

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ»

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебной работе

Г.Ю. Нагорная

« 30 » 03



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия

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.

И.о. зав. выпускающей кафедрой

Узденова Л.Х.

г. Черкесск, 2022 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.....	27
Приложение 2. Аннотация рабочей программы.....	

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель освоения учебной дисциплины «Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия» состоит в овладении соответствующими компетенциями и в изучении и применении на практике основных принципов и методов функциональной диагностики челюстно-лицевой области.

При этом задачами дисциплины являются:

- освоение студентами практических умений по выявлению и устранению факторов риска возникновения стоматологических заболеваний;
- освоение студентами особенностей строения и функционирования аппаратов, воспроизводящих движения нижней челюсти;
- освоение студентами анатомии и биомеханики височно-нижнечелюстного сустава;
- освоение студентами методов функциональной диагностики челюстно-лицевой области;
- освоение студентами принципов этиологии, патогенеза, основной клинической картины заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС);
- приобретение студентами умения проводить дифференциальную диагностику заболеваний ВНЧС;
- освоение студентами методов лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава;
- формирование навыков общения с больным с учетом этики и деонтологии в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентов

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

2.1. Дисциплина «Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия» относится к обязательной части Блока 1 и имеет тесную связь с другими дисциплинами.

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	Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава Реконструктивная хирургия полости рта	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена

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.	ПК-3	Способен к проведению реабилитационных мероприятий пациентам со стоматологической патологией на основе разработки , реализации и контроля эффективности индивидуальных реабилитационных программ.	<p>ИДК-ПК-3.1. Определяет медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий при различных заболеваниях и патологических состояниях.</p> <p>ИДК-ПК-3.2. Выполняет основные принципы реабилитации пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области. консультаций врачей-специалистов.</p> <p>ИДК-ПК- 3.3. Составляет индивидуальный план реабилитации пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области и наблюдает за ходом реабилитации пациента.</p>
2	УК-1	Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий	<p>УК-1.1 Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними.</p> <p>УК-1.2 Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению.</p> <p>УК-1.3 Использует логико-методологический инструментарий для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области.</p>

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

4.1. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры	
		№ 10	
		Часов	
1	2	3	
Аудиторная работа (всего)	96	96	
В том числе:			
Лекции (Л)	32	32	
Практические занятия (ПЗ), В том числе, практическая подготовка	64	64	
Лабораторные работы (ЛР) В том числе, практическая подготовка			
Контактная внеаудиторная работа, в том числе:	2	2	
В том числе: индивидуальные и групповые консультации	2	2	
Самостоятельная работа обучающегося (СРО) (всего)	10	10	
Работа с книжными и электронными источниками	7	7	
Доклад	2	2	
Подготовка к тестированию	1	1	
Промежуточная аттестация(включая СРО)	СРС	33.5	33.5
	<i>Экзамен</i> (Эк)	Эк	Эк
	Прием экзамена., час.	0.5	0.5
ИТОГО: Общая трудоемкость	Часов	144	144
	зачетных единиц	4	4

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	ПЗ	СРО	Всего	
1	2	3	4	5	6	7	8
Семестр 10							
1.	Раздел 1. Принципы организации челюстно-лицевой хирургии в стационаре.	4		6	1	11	Тестирование, устный ответ, ситуационные задачи, доклады.
2.	Раздел 2. Основные методы обезболивания при проведении челюстно-лицевых операций.	4		9	1	14	Тестирование, устный ответ, ситуационные задачи, доклады.
3.	Раздел 3. Неотложные состояния в стоматологической практике.	4		7	2	13	Тестирование, устный ответ, ситуационные задачи, доклады.
4.	Раздел 4. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.	4		9	1	14	Тестирование, устный ответ, ситуационные задачи, доклады.
5.	Раздел 5. Травмы челюстно-лицевой области.	4		7	1	12	Тестирование, устный ответ, ситуационные задачи, доклады.

6.	Раздел 6. Медикаментозное лечение заболеваний челюстной-лицевой области.	4		9	1	14	Тестирование, устный ответ, ситуационные задачи, доклады.
7.	Раздел 7. Гнатическая хирургия.	4		10	2	16	Тестирование, устный ответ, ситуационные задачи, доклады.
8.	Раздел 8. Костная пластика челюстей.	4		7	1	12	Тестирование, устный ответ, ситуационные задачи, доклады.
Внеаудиторная контактная работа						2	Индивидуальные и групповые консультации.
						33,5	СРС
Промежуточная аттестация						0,5	Экзамен
Итого часов в семестре		32		64	10	144	

4.2.2. Лекционный курс

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы лекции	Содержание лекции	Всего часов
1	2	3	4	5
Семестр 10				
1.	Раздел 1. Принципы организации челюстно-лицевой хирургии в стационаре.	1.1 Принципы организации челюстно-лицевой хирургии в стационаре.	Принципы организации челюстно-лицевой хирургии в стационаре. Основные гигиенические требования к помещениям, внешнему виду, одежде челюстно-лицевого хирурга.	2

		1.2 Понятие боли.	Физиология боли. Теория развития боли. Клиническая классификация боли. Механизм местной анестезии. Характеристика местных анестетиков.	2
2.	Раздел 2. Основные методы обезболивания при проведении челюстно-лицевых операций.	2.1 Подготовка пациентов обезболивани.	к Этапы обследования пациента в клинике челюстно-лицевой хирургии. Выбор метода обезболивания у пациентов с сопутствующей патологией	2
		2.2 Местное обезболивание.	Обезболивание при оперативных вмешательствах в ЧЛЮ. Осложнения при проведении местного обезболивания.	2
3.	Раздел 3. Неотложные состояния в стоматологической практике.	3.1 Неотложные состояния в стоматологической практике.	в Обморок, острая сосудистая недостаточность (коллапс), гипертензивные неотложные состояния. Анафилактический шок, судорожные состояния, кровотечения.	2
		3.2 Анафилактический шок .	Анафилактический шок, судорожные состояния, кровотечения.	2

4	Раздел 4. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.	4.1 Одонтогенный гайморит	Этиология, патогенез, клиника и диагностика гнойного гайморита. Оронтральное сообщение. Виды и техника замещения оронтрального сообщения. Операция по Колдуэлл-Люку.	2
		4.2 Лимфадениты Медиастенит.	Этиология, патогенез, клиника и диагностика лимфаденитов. Классификация лимфаденитов. Лечение. Осложнения. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина медиастенита.	2
5	Раздел 5. Травмы челюстно-лицевой области.	5.1 Переломы верхней челюсти. Переломы нижней челюсти.	Этиопатогенез, классификация, клиническая картина, диагностика и принципы лечения переломов челюстей. Виды оперативных доступов.	2
		5.2 Переломы скулоглазничного комплекса. Переломы костей скулоназотомидального комплекса.	Этиопатогенез, классификация, клиническая картина, диагностика и принципы лечения переломов. Виды оперативных доступов.	2
6	Раздел 6. Медикаментозное лечение заболеваний челюстной-лицевой области.	6.1	Классификация антибиотиков, особенности применения их в ЧЛЮ. Принципы назначения при различных видах гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ.	2

		6.2 Принципы комплексного лечения.	Определение тактики лечения гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ. Принципы рациональной антибактериальной терапии. Патогенетическая, симптоматическая терапия. Принципы хирургического лечения. Местное лечение ран ЧЛЮ. Профилактика.	2
	Раздел 7. Гнатическая хирургия.	7.1 Хирургическое лечение деформации челюстей.	Аномалии развития и деформации челюстей. Основные виды деформаций челюстей: недоразвитие (микрогнатия) или чрезмерное развитие (макрогнатия) верхней или нижней челюсти или отдельных их участков (прогнатия и ретрогнатия), открытый прикус.	2
		7.2 Диагностика деформаций челюстей.	Клинические проявления дефектов и деформаций, функциональные и эстетические нарушения. Показания к хирургическому лечению. Анализ деформации, уточненная диагностика с помощью телерентгенографии.	2
8	Раздел 8. Костная пластика челюстей.	8.1 Костная пластика челюстей.	Костная пластика челюстей. Виды и причины дефектов нижней челюсти. Показания к костной пластике. Биологическое обоснование костной пластики. Послеоперационное ведение больного, его реабилитация. Особенности костной пластики нижней челюсти при свежих огнестрельных ранениях и удалении опухолей (первичная костная пластика). Комбинированная костная пластика.	2

		8.2 Методы костной пластики.	Возможности применения консервированной кости и методы консервации. Пересадка аутокости для устранения дефектов нижней челюсти. Подготовка к операции. Методы фиксации трансплантатов и фрагментов нижней челюсти при костно-пластических операциях (титановые минипластины, титановые реконструктивные штанги, металл с памятью формы, спленты, позиционеры, бимаксиллярные назубные шины, внеротовые аппараты). Послеоперационное ведение больного, его реабилитация.	2
Итого часов в семестре				32

4.2.3. Лабораторный практикум - не предусмотрено.

4.2.4. Практические занятия

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
1	2	3	4	5
Семестр 10				
1.	Раздел 1. Принципы организации челюстно-лицевой хирургии в стационаре.	1.1 Принципы организации челюстно-лицевой хирургии в стационаре.	Принципы организации челюстно-лицевой хирургии в стационаре. Основные гигиенические требования к помещениям, внешнему виду, одежде челюстно-лицевого хирурга.	3

		1.2 Понятие боли.	Физиология боли. Теория развития боли. Клиническая классификация боли. Механизм местной анестезии. Характеристика местных анестетиков.	3
2.	Раздел 2. Основные методы обезболивания при проведении челюстно-лицевых операций.	2.1 Подготовка пациентов обезболивани.	к Этапы обследования пациента в клинике челюстно-лицевой хирургии. Выбор метода обезболивания у пациентов с сопутствующей патологией	4
		2.2 Местное обезболивание.	Обезболивание при оперативных вмешательствах в ЧЛЮ. Осложнения при проведении местного обезболивания.	5
3.	Раздел 3. Неотложные состояния в стоматологической практике.	3.1 Неотложные состояния в стоматологической практике.	в Обморок, острая сосудистая недостаточность (коллапс), гипертензивные неотложные состояния. Анафилактический шок, судорожные состояния, кровотечения.	4
		3.2 Анафилактический шок .	Анафилактический шок, судорожные состояния, кровотечения.	3

4	Раздел 4. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.	4.1 Одонтогенный гайморит	Этиология, патогенез, клиника и диагностика гнойного гайморита. Оронтральное сообщение. Виды и техника замещения оронтрального сообщения. Операция по Колдуэлл-Люку.	4
		4.2 Лимфадениты Медиастенит.	Этиология, патогенез, клиника и диагностика лимфаденитов. Классификация лимфаденитов. Лечение. Осложнения. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина медиастенита.	5
5	Раздел 5. Травмы челюстно-лицевой области.	5.1 Переломы верхней челюсти. Переломы нижней челюсти.	Этиопатогенез, классификация, клиническая картина, диагностика и принципы лечения переломов челюстей. Виды оперативных доступов.	4
		5.2 Переломы скулоглазничного комплекса. Переломы костей скулоназотомидального комплекса.	Этиопатогенез, классификация, клиническая картина, диагностика и принципы лечения переломов. Виды оперативных доступов.	3
6	Раздел 6. Медикаментозное лечение заболеваний челюстной-лицевой области.	6.1 Антибактериальная терапия при гнойно-воспалительных заболеваниях ЧЛЮ .	Классификация антибиотиков, особенности применения их в ЧЛЮ. Принципы назначения при различных видах гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ.	5

		6.2 Принципы комплексного лечения.	Определение тактики лечения гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ. Принципы рациональной антибактериальной терапии. Патогенетическая, симптоматическая терапия. Принципы хирургического лечения. Местное лечение ран ЧЛЮ. Профилактика.	4
	Раздел 7. Гнатическая хирургия.	7.1 Хирургическое лечение деформации челюстей.	Аномалии развития и деформации челюстей. Основные виды деформаций челюстей: недоразвитие (микрогнатия) или чрезмерное развитие (макрогнатия) верхней или нижней челюсти или отдельных их участков (прогнатия и ретрогнатия), открытый прикус.	5
		7.2 Диагностика деформаций челюстей.	Клинические проявления дефектов и деформаций, функциональные и эстетические нарушения. Показания к хирургическому лечению. Анализ деформации, уточненная диагностика с помощью телерентгенографии.	5
8	Раздел 8. Костная пластика челюстей.	8.1 Костная пластика челюстей.	Костная пластика челюстей. Виды и причины дефектов нижней челюсти. Показания к костной пластике. Биологическое обоснование костной пластики. Послеоперационное ведение больного, его реабилитация. Особенности костной пластики нижней челюсти при свежих огнестрельных ранениях и удалении опухолей (первичная костная пластика). Комбинированная костная пластика.	3

		8.2 Методы костной пластики.	Возможности применения консервированной кости и методы консервации. Пересадка аутокости для устранения дефектов нижней челюсти. Подготовка к операции. Методы фиксации трансплантатов и фрагментов нижней челюсти при костно-пластических операциях (титановые минипластины, титановые реконструктивные штанги, металл с памятью формы, спленты, позиционеры, бимаксилярные назубные шины, внеротовые аппараты). Послеоперационное ведение больного, его реабилитация.	4
Итого часов в семестре				64

4.3. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

№ п/п	Наименование раздела (темы) дисциплины	№ п/п	Виды СРО	Всего часов
1	2	3	4	5
Семестр 9				
1.	Раздел 1. Принципы организации челюстно-лицевой хирургии в стационаре.	1.1.	Работа с книжными и электронными источниками	1
		1.2.	Подготовка к тестированию	0
		1.3.	Доклад	0
2.	Раздел 2. Основные методы обезболивания при проведении челюстно-лицевых операций.	2.1.	Работа с книжными и электронными источниками	1
		2.2.	Подготовка к тестированию	0

		2.3.	Доклад	0
3.	Раздел 3. Неотложные состояния в стоматологической практике.	3.1.	Работа с книжными и электронными источниками	1
		3.2.	Подготовка к тестированию	0
		3.3.	Доклад	1
4.	Раздел 4. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.	4.1	Работа с книжными и электронными источниками	1
		4.2	Подготовка к тестированию	0
		4.3	Доклад	0
5.	Раздел 5. Травмы челюстно-лицевой области.	5.1.	Работа с книжными и электронными источниками	1
		5.2.	Подготовка к тестированию	0
		5.3.	Доклад	0
6.	Раздел 6. Медикаментозное лечение заболеваний челюстной-лицевой области.	6.1	Работа с книжными и электронными источниками	1
		6.2.	Подготовка к тестированию	0
		6.3.	Доклад	0
7.	Раздел 7. Гнатическая хирургия	7.1	Работа с книжными и электронными источниками	0
		7.2	Подготовка к тестированию	1
		7.3.	Доклад	1
8.	Раздел 8. Костная пластика челюстей.	8.1	Работа с книжными и электронными источниками	1
		8.2	Подготовка к тестированию	0
		8.3	Доклад	0
9.	Итого часов в семестре			10

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.

Непременным 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 внутри семестрового 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

Подготовка презентации и доклада

Для подготовки презентации рекомендуется использовать: PowerPoint, MS Word, Acrobat Reader, LaTeX-овский пакет beamer. Самая простая программа для создания презентаций – Microsoft PowerPoint. Для подготовки презентации необходимо собрать и обработать начальную информацию.

Последовательность подготовки презентации:

1. Четко сформулировать цель презентации: вы хотите свою аудиторию мотивировать, убедить, заразить какой-то идеей или просто формально отчитаться.
2. Определить каков будет формат презентации: живое выступление (тогда, сколько будет его продолжительность) или электронная рассылка (каков будет контекст презентации).
3. Отобрать всю содержательную часть для презентации и выстроить логическую цепочку представления.
4. Определить ключевые моменты в содержании текста и выделить их.
5. Определить виды визуализации (картинки) для отображения их на слайдах в соответствии с логикой, целью и спецификой материала.
6. Подобрать дизайн и форматировать слайды (количество картинок и текста, их расположение, цвет и размер).
7. Проверить визуальное восприятие презентации.

К видам визуализации относятся иллюстрации, образы, диаграммы, таблицы. Иллюстрация - представление реально существующего зрительного ряда. Образы – в отличие от иллюстраций - метафора. Их назначение - вызвать эмоцию и создать отношение к ней, воздействовать на аудиторию. С помощью хорошо продуманных и представляемых образов, информация может надолго остаться в памяти человека. Диаграмма - визуализация количественных и качественных связей. Их используют для убедительной демонстрации данных, для пространственного мышления в дополнение к логическому. Таблица - конкретный, наглядный и точный показ данных. Ее основное назначение - структурировать информацию, что порой облегчает восприятие данных аудиторией.

Практические советы по подготовке презентации готовьте отдельно:

- печатный текст + слайды + раздаточный материал;
- слайды - визуальная подача информации, которая должна содержать минимум текста, максимум изображений, несущих смысловую нагрузку, выглядеть наглядно и просто;
- текстовое содержание презентации – устная речь или чтение, которая должна включать аргументы, факты, доказательства и эмоции;
- рекомендуемое число слайдов 17-22;
- обязательная информация для презентации: тема, фамилия и инициалы выступающего; план сообщения; краткие выводы из всего сказанного; список использованных источников;
- раздаточный материал – должен обеспечивать ту же глубину и охват, что и живое выступление: люди больше доверяют тому, что они могут унести с собой, чем исчезающим изображениям, слова и слайды забываются, а раздаточный материал остается постоянным осязаемым напоминанием; раздаточный материал важно

раздавать в конце презентации; раздаточный материалы должны отличаться от слайдов, должны быть более информативными.

Тема доклада должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме учебного занятия. Материалы при его подготовке, должны соответствовать научно-методическим требованиям вуза и быть указаны в докладе. Необходимо соблюдать регламент, оговоренный при получении задания. Иллюстрации должны быть достаточными, но не чрезмерными.

Работа обучающегося над докладом-презентацией включает отработку умения самостоятельно обобщать материал и делать выводы в заключении, умения ориентироваться в материале и отвечать на дополнительные вопросы слушателей, отработку навыков ораторства, умения проводить диспут.

Докладчики должны знать и уметь: сообщать новую информацию; использовать технические средства; хорошо ориентироваться в теме всего семинарского занятия; дискутировать и быстро отвечать на заданные вопросы; четко выполнять установленный регламент (не более 10 минут); иметь представление о композиционной структуре доклада и др.

Работа с литературными источниками и интернет ресурсами

В процессе подготовки к практическим занятиям, обучающимся 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 обучающимся 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 обучающихся состоит не только в систематическом контроле за знанием точных дат, имен, событий, явлений, но и в развитии умения обучающихся 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 обучающийся 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 рекомендации по написанию рефератов

Реферат - один из видов самостоятельной работы обучающихся в вузе, направленный на закрепление, углубление и обобщение знаний по дисциплинам профессиональной подготовки, овладение методами научных исследований, формирование навыков решения творческих задач в ходе научного исследования по определенной теме; документ, представляющий собой форму отчетности по самостоятельной работе обучающихся, содержащий систематизированные требования по определенной теме.

Тема реферата выбирается обучающимся самостоятельно, исходя из тематики практического занятия, и согласовывается с преподавателем. Тематика реферата должна отвечать следующим критериям: актуальность; научная, теоретическая и практическая значимость; проблематика исследуемого вопроса.

Тема реферата выбирается студентом самостоятельно, исходя из тематики практического занятия, и согласовывается с преподавателем. Тематика реферата должна отвечать следующим критериям: актуальность; научная, теоретическая и практическая значимость; проблематика исследуемого вопроса.

После утверждения темы реферата обучающийся согласовывает с преподавателем план реферата, порядок и сроки ее выполнения, библиографический список. Содержание работы должно соответствовать избранной теме. Реферат состоит из глав и параграфов или только из параграфов. Оглавление включает введение, основной текст, заключение, библиографический список и приложение. Библиографический список состоит из

правовой литературы (учебные и научные издания), нормативно-правовых актов и материалов правоприменительной практики.

Методологической основой любого исследования являются научные методы, в том числе общенаучный - диалектический метод познания и частно-научные методы изучения правовых явлений, среди которых: исторический, статистический, логический, сравнительно-правовой. Язык и стиль изложения должны быть научными.

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 обучающихся 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 для подготовки к коллоквиуму

Коллоквиум - форма проверки и оценивания знаний учащихся в системе образования, преимущественно в вузах. Как правило, он представляет собой проводимый по инициативе преподавателя промежуточный мини-экзамен во время обучения по дисциплине, имеющий целью уменьшить список тем, выносимых на основной экзамен, и оценить текущий уровень знаний обучающихся.

Оценка, полученная на коллоквиуме, может влиять на получение зачета и оценку на экзамене. В некоторых случаях преподаватель выносит на коллоквиум все пройденные темы и обучающийся, как на итоговом экзамене, получает единственную оценку, идущую в зачет по дисциплине.

Коллоквиум может проводиться в устной и письменной форме.

Устная форма. Ответы оцениваются одновременно в традиционной шкале («неудовлетворительно» — «отлично»). Вопросы к коллоквиуму могут содержать как теоретические вопросы, так и задачи практического характера.

Подготовка к коллоквиуму начинается с установочной консультации преподавателя, на которой он разъясняет развернутую тематику проблемы, рекомендует литературу для изучения и объясняет процедуру проведения коллоквиума. Как правило, на самостоятельную подготовку к коллоквиуму обучающемуся отводится 2-4 часа. Подготовка включает в себя изучение рекомендованной литературы и (по указанию преподавателя) конспектирование важнейших источников. Коллоквиум проводится в форме индивидуальной беседы преподавателя с каждым обучающимся или беседы в небольших группах (3-5 человек). Обычно преподаватель задает несколько кратких конкретных вопросов, позволяющих выяснить степень добросовестности работы с литературой, контролирует конспект. Далее более подробно обсуждается какая-либо сторона проблемы, что позволяет оценить уровень понимания.

Методические рекомендации к ситуационным задачам

Это вид самостоятельной работы обучающегося 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 обучающемуся видеть, ставить и разрешать как стандартные, так и не стандартные задачи, которые могут возникнуть в дальнейшем в профессиональной деятельности.

обучающийся 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 обучающегося при возникновении затруднений.

обучающемуся 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 относится 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:

1й – организационный;

2й - 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 10 семестра проводится экзамен. При подготовке к сдаче экзамена рекомендуется пользоваться материалами практических занятий и материалами, изученными в ходе текущей самостоятельной работы.

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

По итогам обучения проводится экзамен, 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 10			
1	Лекция: « Принципы организации челюстно-лицевой хирургии в стационаре ».	Обзорная лекция.	2
2	Лекция: «Анафилактический шок, судорожные состояния, кровотечения».	Обзорная лекция.	2
3	Практическое занятие: «Концепция нейромышечной стоматологии.»	Тематический семинар, использование компьютерных технологий для выполнения практических работ, тестирование, контрольная работа	4
4	Практическое занятие: «Обезболивание при оперативных вмешательствах в ЧЛЮ. Осложнения при проведении местного обезболивания.»	Тематический семинар, использование компьютерных технологий для выполнения практических работ, тестирование	5
Итого часов в 10 семестре:			13

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Список основной литературы	
1.	Технология изготовления челюстно-лицевых аппаратов : учебное пособие / А.В. Севбитов [и др.]. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. — 125 с. — ISBN 978-5-222-35155-0. — Текст : электронный // IPR SMART : [сайт]. — URL: https://www.iprbookshop.ru/116236.html — Режим доступа: для авторизир. пользователей - Текст: электронный
2.	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
3.	Под ред. А.Ю. Дробышева. Челюстно-лицевая хирургия: учебник /под ред. А. Ю. Дробышева, О.О. Янушевича.-Москва: ГЕОТАР-Медиа,2021.-880с.:ил.-ISBN 978-5-9704-5971-3. Текст: непосредственный
Список дополнительной литературы	
1.	Артюшкевич А.С. Травмы и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области : учебное пособие / Артюшкевич А.С.. — Минск : Вышэйшая школа, 2016. — 256 с. — ISBN 978-985-06-2646-2. — Текст : электронный // IPR SMART : [сайт]. — URL: https://www.iprbookshop.ru/90845.html — Режим доступа: для авторизир. пользователей - Текст: электронный
2.	Луцкая И.К. Восстановительная стоматология : учебное пособие / Луцкая И.К.. — Минск : Вышэйшая школа, 2016. — 208 с. — ISBN 978-985-06-2683-7. — Текст : электронный // IPR SMART : [сайт]. — URL: https://www.iprbookshop.ru/120125.html — Режим доступа: для авторизир. пользователей -Текст: электронный

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 5. Visio 2007, 2010, 2013 6. Project 2008, 2010, 2013 7. Access 2007, 2010, 2013 и т. д.	Идентификатор подписчика: 1203743421 Срок действия: 30.06.2022 (продление подписки)
MS Office 2003, 2007, 2010, 2013	Сведения об Open Office: 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

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-наглядных пособий, обеспечивающих тематические иллюстрации: Настенный экран— 1 шт.

Переносной экран рулонный - 1 шт.

Ноутбук - 1 шт.

Мультимедиа –проектор - 1 шт

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

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-наглядных пособий, обеспечивающих тематические иллюстрации

Установка стоматологическая – 1шт.,

Рентгеновская установка – 1шт.

Ауд.№4

3. Помещение для самостоятельной работы.

Электронный читальный зал (БИЦ)

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

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

МФУ – 2 шт.

Читальный зал(БИЦ)

Стол 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 – 1 шт. 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, оснащенное 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.

Приложение 1

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия»

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия»

Компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины

Индекс	Формулировка компетенции
ПК-3.	Способен к проведению реабилитационных мероприятий пациентам со стоматологической патологией на основе разработки, реализации и контроля эффективности индивидуальных реабилитационных программ.
УК- 1.	УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий

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-3	УК-1
1	2	
Раздел 1. Принципы организации челюстно-лицевой хирургии в стационаре.	+	+
Тема 1.2. Принципы организации челюстно-лицевой хирургии в стационаре.	+	+
Тема 1.3. Понятие боли	+	
Раздел 2. Основные методы обезболивания при проведении челюстно-лицевых операций.	+	
Тема 2.1 Подготовка пациентов к обезболиванию.	+	
Тема 2.2. Местное обезболивание.		+
Раздел 3. Неотложные состояния в стоматологической практике.		+
Тема 3.1. Неотложные состояния в стоматологической практике.	+	+
Тема 3.2		+

Анафилактический шок .		
------------------------	--	--

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

ПК-3. Способен к проведению реабилитационных мероприятий пациентам со стоматологической патологией на основе разработки, реализации и контроля эффективности индивидуальных реабилитационных программ.

УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий

Индикаторы достижения компетенции	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	неудовлетв	удовлетв	хорошо	отлично	Текущий контроль	Промежу- точная аттестаци я
1	2	3	4	5	6	7
ИДК –ПК-3.1. Определяет медицинские показания и противопоказани я к проведению реабилитационн ых мероприятий при различных заболеваниях и патологических состояниях	Не знает каким образом определять медицинские показания и противопоказани я к проведению реабилитационн ых мероприятий при различных заболеваниях и патологических состояниях .	Неполные представления о медицинских показаниях и противопоказания х к проведению реабилитационны х мероприятий при различных заболеваниях и патологических состояниях.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы в представлениях о медицинских показаниях и противопоказаниях к проведению реабилитационных мероприятий при различных заболеваниях и патологических состояниях. новообразований, за исключением специализированного приема по лечению предраков слизистой оболочки полости рта и губ	Имеет полностью сформированные знания о медицинских показаниях и противопоказаниях к проведению реабилитационных мероприятий при различных заболеваниях и патологических состояниях.	Тестирование, устный ответ, ситуационные задачи, доклады.	Экзамен
ИДК –ПК-3.2. Выполняет	Не умеет и не готов выполнять	В целом успешное, но с	В целом успешное, но содержащее	Умеет выполнять основные принципы	Тестирование, устный ответ,	Экзамен

основные принципы реабилитации пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области	основные принципы реабилитации пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области. й врачей-специалистов.	систематическим и ошибками выполняет основные принципы реабилитации пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области. й врачей-специалистов.	отдельные пробелы, умение выполнять основные принципы реабилитации пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области. й врачей-специалистов.	реабилитации пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области. й врачей-специалистов.	ситуационные задачи, доклады.	
ИДК –ПК-3.3. Составляет индивидуальный план реабилитации пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области и наблюдает за ходом реабилитации пациента	Не умеет и не готов составлять индивидуальный план реабилитации пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области и наблюдает за ходом реабилитации пациента. пленочных и цифровых носителях))	В целом успешное, но с систематическим и ошибками составляет индивидуальный план реабилитации пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области и наблюдает за ходом реабилитации пациента. пленочных и цифровых носителях))	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение составлять индивидуальный план реабилитации пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области и наблюдает за ходом реабилитации пациента. пленочных и цифровых носителях))	Содержательно и точно составляет индивидуальный план реабилитации пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области и наблюдает за ходом реабилитации пациента. пленочных и цифровых носителях))	Тестирование, устный ответ, ситуационные задачи, доклады.	Экзамен
ИДК –УК-1.1	Не умеет и не	В целом успешно,	В целом успешно, но	Содержательно и	Тестирование,	Экзамен

Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними.	готов выработать стратегию сотрудничества и на ее основе организует отбор членов команды для достижения поставленной цели.	но с систематическим и ошибками выработывает стратегию сотрудничества и на ее основе организует отбор членов команды для достижения поставленной цели.	с отдельными пробелами выработывает стратегию сотрудничества и на ее основе организует отбор членов команды для достижения поставленной цели.	точно осуществляет выработку стратегии сотрудничества и на ее основе организует отбор членов команды для достижения поставленной цели.	устный ответ, ситуационные задачи, доклады.	
ИДК –УК-1.2 Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению.	Не умеет и не готов планировать и корректировать работу команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов.	В целом успешно, но с систематическим и ошибками планирует и корректирует работу команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов.	В целом успешно, но с отдельными пробелами планирует и корректирует работу команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов.	Содержательно и точно планирует и корректирует работу команды с учетом интересов, особенностей поведения и мнений ее членов.	Тестирование, устный ответ, ситуационные задачи, доклады.	Экзамен
ИДК – УК-1.3 Использует логико-методологически й инструментарий для критической оценки современных	Не умеет и не готов интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых	В целом успешно, но с систематическим и ошибками интерпретирует результаты осмотра и физикального обследования	В целом успешно, но с отдельными пробелами интерпретирует результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых	Содержательно и точно интерпретирует результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых	Тестирование, устный ответ, ситуационные задачи, доклады.	Экзамен

концепций философского и социального характера в своей предметной области.		детей и взрослых				
--	--	------------------	--	--	--	--

**4. Комплект контрольно-оценочных средств по дисциплине
«Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия»
Вопросы для устного опроса**

по дисциплине «Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия»

Вопросы к разделу 1.

1. Особенности операций на лице и в полости рта. Инструментарий, особенности разрезов, виды швов.
2. Острый одонтогенный остеомиелит. Основные теории патогенеза. Клиническая картина. Хирургическое и медикаментозное лечение острых остеомиелитов челюстей.
3. Хронический остеомиелит. Виды хронического остеомиелита. Клиника. Диагностика. Рентгенодиагностика. Лечение хронического остеомиелита челюстей. Секвестрэктомия.
4. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика лечение острых лимфаденитов челюстно-лицевой области. Аденофлегмона.
5. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение хронических лимфаденитов челюстно-лицевой области.
6. Острые слюноадениты. Классификация. Этиология. Клиника. Лечение. 7. Хронические слюноадениты. Классификация. Этиология. Клиника. Лечение.
7. Болезнь и синдром Шегрена. Классификация. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение
8. Болезнь и синдром Микулича. Классификация. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение

Вопросы к разделу 2.

1. Антикоагулянтная, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия.
2. Пути распространения инфекции. Особенности распространения воспаления из носогубного треугольника, других областей лица. Архитектоника вен лица. Флебиты поверхностных и глубоких вен лица. Особенности диагностики лечения. Патогенез тромбоза кавернозного синуса. Диагностика (базальный менингит, парез, паралич глазодвигательного и лицевого нервов). Токсический отек оболочек головного мозга. Сепсис.
3. Хирургическое лечение флегмон лица и шеи. Значение выбора оперативного доступа. Принципы разрезов на лице. Оперативные доступы к подчелюстному, околоушному, крыловидно-челюстному, подмассетеральному пространствам.
4. Абсцессы и флегмоны, локализующиеся в тканях, прилежащих к верхней челюсти. Клиника. Диагностика. Лечение. Оперативные доступы.
5. Флегмоны поднижнечелюстного пространства. Топографическая анатомия. Особенности диагностики и лечения. Пути распространения инфекции. Оперативный доступ.
6. Флегмоны подподбородочного пространства, дна полости рта. Топографическая анатомия. Особенности диагностики и лечения. Пути распространения инфекции. Оперативный доступ.
7. Флегмоны околоушно-жевательного пространства, Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекций, клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

Вопросы на экзамен

по дисциплине: «Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия»

1. Особенности операций на лице и в полости рта. Инструментарий, особенности разрезов, виды швов.

2. Острый одонтогенный остеомиелит. Основные теории патогенеза. Клиническая картина. Хирургическое и медикаментозное лечение острых остеомиелитов челюстей.
3. Хронический остеомиелит. Виды хронического остеомиелита. Клиника. Диагностика. Рентгенодиагностика. Лечение хронического остеомиелита челюстей. Секвестрэктомия.
4. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика лечение острых лимфаденитов челюстно-лицевой области. Аденофлегмона.
5. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение хронических лимфаденитов челюстно-лицевой области.
6. Острые слюноадениты. Классификация. Этиология. Клиника. Лечение.
7. Хронические слюноадениты. Классификация. Этиология. Клиника. Лечение.
7. Болезнь и синдром Шегрена. Классификация. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение
8. Болезнь и синдром Микулича. Классификация. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение
9. Слюнно-каменная болезнь. Клиника. Диагностика. Лечение. Показание к сиаlectомии. Методы извлечения конкремента из устья протока.
10. Пластика с применением свободной пересадки тканей. Современные представления о биологических процессах, происходящих при свободной пересадке тканей и органов. Возможности применения ауто-, алло-, ксенотрансплантации различных тканей в челюстно-лицевой хирургии.
11. Свободная пересадка кожи. Виды свободных кожных лоскутов. Биологическое обоснование. Применение для устранения раненых и гранулирующих поверхностей на лице и в полости рта различных видов кожных лоскутов (тонкий, расщепленный, во всю толщину)
12. Раны ЧЛО, классификация, виды швов, нити, лечение.
13. ТРГ, основные параметры
14. Остеотомии верхней и нижней челюсти, виды, техника выполнения.
19. Слюноаденозы. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Абсцессы и флегмоны, локализующиеся в тканях, прилежащих к нижней челюсти. Клиника. Диагностика. Лечение. Оперативные доступы.
20. Одонтогенный гайморит. Этиология. Хирургические методы лечения Медикаментозное лечение.
21. Одонтогенные и неодонтогенные кисты челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика. Лечение одонтогенных кист челюстей.
22. Неодонтогенные воспалительные заболевания лица. Фурункул, карбункул лица и шеи. Осложнения воспалительных заболеваний лица и шеи. Этиология, патогенез фурункула лица и шеи. Особенности хирургического и патогенетического лечения фурункулов челюстно-лицевой области. Профилактика осложнений.
23. Этиология, патогенез карбункула лица и шеи. Особенности раскрытия карбункулов челюстно-лицевой области. Профилактика осложнений при фурункулах и карбункулах лица и шеи. Антикоагулянтная, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия.
24. Пути распространения инфекции. Особенности распространения воспаления из носогубного треугольника, других областей лица. Архитектоника вен лица. Флебиты поверхностных и глубоких вен лица. Особенности диагностики лечения. Патогенез тромбоза кавернозного синуса. Диагностика (базальный менингит, парез, паралич глазодвигательного и лицевого нервов). Токсический отек оболочек головного мозга. Сепсис.
25. Хирургическое лечение флегмон лица и шеи. Значение выбора оперативного доступа. Принципы разрезов на лице. Оперативные доступы к подчелюстному, окологлоточному, крыловидно-челюстному, подмассетериальному пространствам.
26. Абсцессы и флегмоны, локализующиеся в тканях, прилежащих к верхней челюсти. Клиника. Диагностика. Лечение. Оперативные доступы.

27. Флегмоны поднижнечелюстного пространства. Топографическая анатомия. Особенности диагностики и лечения. Пути распространения инфекции. Оперативный доступ.
28. Флегмоны подподбородочного пространства, дна полости рта. Топографическая анатомия. Особенности диагностики и лечения. Пути распространения инфекции. Оперативный доступ.
29. Флегмоны околоушно-жевательного пространства, Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекций, клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.
30. Флегмоны подмассетериального, позадичелюстного пространств, окологлоточного, крыловидно-челюстного пространств. Топографическая анатомия. Особенности диагностики и лечения. Пути распространения инфекции. Оперативный доступ.
31. Флегмоны крылонебной, подвисочной ямок. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.
32. Флегмоны височной области. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.
33. Флегмона глазницы. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.
34. Абсцессы и флегмоны инфраорбитальной, скуловой, щечной областей. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.
35. Абсцессы и флегмоны скуловой, щечной областей. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.
36. Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта. Клиника. Принципы раскрытия при анаэробных флегмонах. Особенности антибактериальной терапии.
37. Актиномикоз челюстно-лицевой области. Клиника. Диагностика. Лечение.
38. Специфические воспалительные челюстно-лицевой области (туберкулез, сифилис).
42. Осложнения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области: одонтогенный сепсис, тромбоз кавернозного синуса, менингит, одонтогенный медиастинит.
43. Особенности ранений челюстно-лицевой области. Классификация повреждений челюстно-лицевой области. Повреждения мягких тканей лица. Первичная хирургическая обработка ран лица. Виды остановки кровотечения. Профилактика столбняка.
44. Переломы верхней челюсти. Классификация. Клиника. Понятие сочетанная травма. Рентгенодиагностика, СКТ, МРТ.
45. Клиническая характеристика переломов нижней челюсти в зависимости от локализации. Типичные места переломов. Механизм смещения отломков. Рентгенологическая диагностика переломов нижней челюсти. Виды транспортной иммобилизации отломков.
46. Ортопедические методы лечения переломов нижней челюсти. Система гнутых, проволочных шин, показания к применению, техника наложения шин. Стандартные ленточные и проволочные шины. Шины лабораторного типа.
47. Переломы скуловой кости. Клиника, диагностика. Методы репозиции и фиксация скуловой кости. Лечение переломов скуловой кости при внедрении осколков в верхнечелюстную пазуху.
48. Особенности огнестрельных повреждений челюстно-лицевой области. Классификация огнестрельных повреждений челюстей
49. Аппаратный метод лечения при переломах верхней челюсти. Классификация аппаратов. Показания и противопоказания. Компрессионный и компрессионно-дистракционный остеосинтез. Показания к использованию. Преимущества и недостатки

метода.

50. Переломы костей средней зоны лица. Классификации. Клиника. Понятие сочетанная травма. Рентгенодиагностика, СКТ, МРТ. Временная иммобилизация при переломах верхней челюсти. Лечебные (постоянные) способы репозиции и закрепления отломков: назубные шины, шины с внеротовым креплением к гипсовой шапочке.

51. Хирургические методы лечения при переломах нижней челюсти. Остеосинтез костным швом, остеосинтез по Макиенко, применение на костных минипластин. Сроки заживления. Медикаментозная терапия. Препараты, влияющие на обмен костной ткани. Физиолечение при переломах челюстей.

52. Хирургические методы лечения при переломах костей средней зоны лица. Методики подвешивания к неповрежденным костям мозгового черепа при переломах средней зоны лица. Кранио-максиллярная фиксация.

53. Компрессионный и компрессионно-дистракционный остеосинтез при лечении переломов нижней челюсти. Показания к использованию. Преимущества и недостатки метода.

54. Анаэробная инфекция ран лица, сроки возникновения, местные и общие проявления, специфическое и неспецифическое лечение.

55. Врожденные кисты и свищи шеи, кисты и свищи околоушной области. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.

56. Абсцесс области челюстно-язычного желобка, подъязычной области, ретромолярной области». Топографическая анатомия. Особенности диагностики и лечения.

72. Абсцесс подъязычной области. Топографическая анатомия. Особенности диагностики и лечения. Пути распространения инфекции. Оперативный доступ.

87. Этиология и патогенез кист мягких тканей лица и шеи. Взаимосвязь с эмбриогенезом. Срединные кисты, свищи шеи. Клиническая картина, диагностика (УЗИ-диагностика, МРТ, диагностическая пункция). Лечение.

88. Боковые кисты и свищи шеи. Клиническая картина, диагностика, лечение.

89. Дермоидные (эпидермоидные) кисты. Патогенез, клиника, хирургическое лечение. Атерома. Патогенез, клиника, хирургическое лечение.

90. Келоидные и гипертрофические рубцы. Методы лечения.

91. Хирургические методы лечения переломов нижней челюсти. Показания и противопоказания. Техника операций с использованием проволоочного шва, спицы Киршнера, скоб из металла с памятью, минипластин.

92. Виды деформаций челюстей. Показания к хирургическому лечению. Оперативное лечение при аномалиях и деформациях верхней и нижней челюсти.

93. Цели и задачи восстановительной хирургии лица. Планирование восстановительного лечения. Простые способы пластики. Пластика местными тканями.

94. Пластика дефектов лица лоскутом на ножке. Пластика лоскутами тканей из отдаленных участков. Показания к применению филатовского стебля.

95. Пластика с применением свободной пересадки тканей. Современные представления о биологических процессах, происходящих при свободной пересадке тканей и органов. Возможности применения ауто-, алло-, ксенотрансплантации различных тканей в челюстно-лицевой хирургии

96. Свободная пересадка кожи. Виды свободных кожных лоскутов. Биологическое обоснование. Применение для устранения раневых и гранулирующих поверхностей на лице и в полости рта различных видов кожных лоскутов (тонкий, расщепленный, полнослойный)

97. Острый инфекционный паротит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

98. Клиника хронического паренхиматозного паротита. Диагностика. Лечение хронического паренхиматозного паротита. Прогноз, хирургическое лечение.

99. Костная пластика нижней челюсти. Виды трансплантатов. Показания и противопоказания к костной пластике. Способы фиксации трансплантатов и фрагментов

нижней челюсти при остеопластике.

100. Цели и задачи восстановительной хирургии лица. Планирование восстановительного лечения. Простые способы пластики. Пластика местными тканями.

101. Пластика дефектов лица лоскутом на ножке. Пластика лоскутами тканей из отдаленных участков. Показания к применению филатовского стебля.

102. Пластика с применением свободной пересадки тканей. Современные представления о биологических процессах, происходящих при свободной пересадке тканей и органов.

Возможности применения ауто-, алло-, ксеннотрансплантации различных тканей в челюстно-лицевой хирургии.

103. Свободная пересадка кожи. Виды свободных кожных лоскутов. Биологическое обоснование. Применение для устранения раненых и гранулирующих поверхностей на лице и в полости рта различных видов кожных лоскутов (тонкий, расщепленный, во всю толщину)

104. Раны ЧЛО, классификация, виды швов, нити, лечение.

105. ТРГ, основные параметры

106. Остеотомии верхней и нижней челюсти, виды, техника выполнения.

СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ

20_ - 20_ учебный год
Экзаменационный билет №

по дисциплине Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия

1. Раны ЧЛО, классификация, виды швов, нити, лечение

2. Цели и задачи восстановительной хирургии лица. Планирование восстановительного лечения. Простые способы пластики. Пластика местными тканями

3. Актиномикоз челюстно-лицевой области. Клиника. Диагностика. Лечение

Зав. кафедрой

Темы для докладов по дисциплине: «Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия»

1. Определение гнатической хирургии. Цели и задачи.
2. Основные элементы зубочелюстной системы и их функция.
3. Аппараты, воспроизводящие движения нижней челюсти.
4. Анатомическое строение ВНЧС.
5. Биомеханика нижней челюсти.
6. Классификации заболеваний ВНЧС.
7. Электромиография. Аксиография. Arcusdigma. Мастикациография.
8. Регистрация вертикальных движений нижней челюсти. Оклюзиография. T-scan.
9. Этиология, патогенез, клиническая картина дисфункциональных синдромов ВНЧС. Дифференциальная диагностика.
10. Этиология, патогенез, клиническая картина артрозов и артритов ВНЧС. Дифференциальная диагностика.
11. Методы избирательного пришлифовывания.
12. Виды капп. Виды ортопедических конструкций, применяемых для лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.
13. Оклюзионные концепции. Методики окклюзиографии.
14. Характеристика методов избирательного пришлифовывания

Комплект тестовых заданий для текущего тестового контроля
по дисциплине: «Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия »

Тесты

1. Местный анестетик сильного и продолжительного действия:

1. анестезин
2. бупивокаин
3. прокаин
4. новокаин

2. Местный анестетик, применяемый для всех видов анестезии:

1. новокаин
2. анестезин
3. артикаин
4. лидокаин

3. Препаратами выбора у пациентов с сопутствующей патологией будут анестезирующие растворы с низкой токсичностью и высокой скоростью метаболизма не относятся:

1. артикаин
2. мепивакаин
3. лидокаин
4. новокаин

4. Лечение раненых с переломами челюстей:

1. хирургическое
2. ортопедическое
3. терапевтическое
4. комплексное

5. Для оказания первой доврачебной помощи при переломах челюстей используют:

1. аппарат Илизарова
2. стандартную транспортную шину
3. кровавую репозицию отломков
4. проволочную шину Тигерштедта

6. По способу фиксации внутриротовые аппараты для лечения переломов:

1. назубные, зубонадесневые, надесневые
2. назубные, дуговые, надесневые
3. паяные, дуговые, зубонадесневые
4. назубные, надесневые

7. Репонирующий аппарат Катца является:

1. внутриротовым
2. внеротовым
3. внутри-внеротовым
4. зубонадесневым

8. Типом смыкания передних зубов при двустороннем переломе тела нижней:

1. открытый
2. перекрестный
3. медиальный
4. дистальный

9. Предпочтительным методом диагностики верхнечелюстного синусита является:

1. клинический осмотр полости рта
2. конусно-лучевая компьютерная томография верхней челюсти
3. ортопантограмма
4. рентгенограмма в носоподбородочной проекции.

10. Предрасполагающим фактором развития одонтогенного верхнечелюстного синусита являются:

1. атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти;
2. близкое расположение корней зубов верхней челюсти к альвеолярной бухте верхнечелюстной пазухи;
3. искривленная перегородка носа;
4. истонченная передняя стенка гайморовой пазухи.

11. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику одонтогенного верхнечелюстного синусита?

1. вазомоторным ринитом;
2. кистой верхнечелюстной пазухи;
3. острым оронитом;
4. периоститом верхней челюсти.

12. Характерным клиническим симптомом одонтогенного гайморита со стороны полости рта является:

1. боль в половине лица, иррадиирующая в висок и шею;
2. боль на температурные раздражители «причинного» зуба;
3. боль при глотании;
4. боль при накусывании на «причинный» зуб.

13. Эндодонтическое лечение какого зуба на верхней челюсти чаще всего может вызвать одонтогенный гайморит?

1. 1.5, 2.5;
2. 1.6, 2.6;
3. 1.7, 2.7;
4. 1.8, 2.8.

14. Этиологически наиболее частой причиной одонтогенного гайморита является:

1. глубокий кариес премоляров верхней челюсти;
2. дистопия и ретенция зубов «мудрости» верхней челюсти;
3. острый периостит верхней челюсти;
4. периодонтит моляров верхней челюсти.

15. Лимфадениты чло по морфологии не бывают:

1. гиперпластические;
2. десквамативные;
3. продуктивные;
4. простые.

16. Для дифференциальной диагностики хронического лимфаденита от метастаза злокачественной опухоли используется:

1. электроодонтодиагностика (ЭОД)
2. сиалометрия по методу Андреевой
3. длиннофокусная рентгенография
4. цитологическое исследование пунктата

17. Основным методом лечения острого гнойного лимфаденита является:

1. физиотерапевтическое
2. хирургическое
3. общеукрепляющая терапия
4. консервативное

18. Лимфаденит - это воспаление:

1. сальных желёз
2. лимфатической ткани
3. лимфатических сосудов
4. лимфатических узлов

19. По локализации медиастениты не бывают:

1. передние
2. задние
3. тотальные
4. хронические

20. Общим осложнением местной анестезии является:

1. отлом иглы
2. неврит
3. гематома
4. анафилактический шок

21. В какую фазу раневого процесса рекомендовано применение мази левомеколь?

1. альтерации;
2. воспаления;
3. образования и реорганизации рубца;
4. регенерации.

22. В какую фазу раневого процесса рекомендовано применение протеолитических ферментов?

1. воспаления;
2. образования и реорганизации рубца;
3. регенерации;
4. экссудации.

23. Какие антибактериальные препараты следует назначить пациенту с аллергией на бета-лактамы антибиотиков?

1. амоксициллин;
2. тинидазол;

3. цефалексин;
4. цефиксим;

24. Какие антибактериальные препараты следует назначить пациенту с аллергией на цефалоспорины?

1. амоксициллин;
2. карбенициллин;
3. метронидазол;
4. цефалексин.

25. К аномалиям размеров зубов относят:

1. микрогнатия
2. макроглоссия
3. глассоптоз
4. микроденция

26. Врожденным дефектом челюстно-лицевой области является:

1. злокачественные новообразования
2. Кариес
3. расщелины верхней губы
4. периостит

27. Заболевание не приводящее к дефектам челюстно-лицевой области:

1. остеомиелит
2. актиномикоз
3. туберкулез
4. пародонтит

28. Причины, не приводящие к приобретенным дефектам челюстно-лицевой области:

1. огнестрельные травмы
2. производственные травмы
3. онкологические заболевания
4. пародонтит

29. Этиологическим фактором приобретенных дефектов неба не является:

1. воспалительные процессы
2. онкологические заболевания
3. травмы
4. соматические заболевания

30. При дефектах неба формируется дыхание:

1. слабое поверхностное
2. глубокое сильное
3. свистящее
4. Чейна-Стокса

31. В каких случаях не показана костная пластика?

1. физиологическая атрофия кости в месте удаленного зуба;
2. травматическое удаление зуба;
3. воспалительные заболевания, сопровождающиеся разрежением костной ткани;
4. кариесе

32. При недостаточном объеме костной ткани для установки имплантата на нижней челюсти проводится операция:

1. вестибулопластика
2. гингивэктомия
3. костная пластика
4. синуслифтинг

33. Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина:

1. Порта
2. Ванкевич
3. Тигерштедта
4. Лимберга

34. При удалении премоляров нижней челюсти применяется анестезия:

1. инфльтрационная
2. резцовая
3. торусальная
4. палатинальная

35. При удалении моляров нижней челюсти применяется анестезия:

1. инфльтрационная
2. туберальная
3. ментальная
4. по Гоу-Гейтсу

36. При проведении разреза на небе в области верхних резцов рекомендуется анестезия:

1. палатинальная
2. резцовая
3. подглазничная
4. туберальная

37. Туберальная анестезия блокирует ветви:

1. передние верхние альвеолярные
2. средние верхние альвеолярные
3. задние верхние альвеолярные
4. глазничного нерва

38. Появление сыпи, отека, губ, век является симптомом:

1. обморока
2. гипертонического криза
3. сердечно-сосудистого коллапса

4. анафилактического шока

39. Возбуждение характерно для:

1. коллапса
2. гипертонического криза
3. анафилактического шока
4. сердечно-сосудистого коллапса

40. К антибиотикам для лечения зубов относят:

1. дроперидол
2. амоксициллин
3. медаксон
4. лораксон

41. Вставьте пропущенные слова. Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости -?

42. Вставьте пропущенные слова. Укажите, для какого перелома характерно нарушение чувствительности подглазничной области?

Ответ: перелом скуловой кости со смещением

43. Вставьте пропущенные слова. Основным методом лечения кист слюнных желез является?

44. Вставьте пропущенное слово. К остеогенным опухолям относится?

45. Вставьте пропущенное слово. Истинной доброкачественной костной опухолью является?

46. Вставьте пропущенное слово. К одонтогенным опухолям относится?

Ответ: амелобластома

47. Вставьте пропущенное слово. Склерозирующая терапия показана при лечении:

48. Вставьте пропущенные слова. Вывихи зубов могут быть?

49. Вставьте пропущенные слова. Вывихи нижней челюсти делятся на?

50. Вставьте пропущенные слова. При полном вывихе зуба с неполностью сформированным корнем рекомендуется?

51. Вставьте пропущенное слово. Рак верхнечелюстной пазухи развивается из ткани?

52. Вставьте пропущенное слово. Переломы нижней челюсти в пределах зубного ряда являются?

53. Вставьте пропущенные слова. Основным симптомом переднего вывиха нижней челюсти является?

54. Вставьте пропущенное слово. Медиастинит – это воспаление?

- 55. Вставьте пропущенное слово.** Внезапная сердечно-сосудистая недостаточность, с потерей сознания и угрозой смерти это?
- 56. Вставьте пропущенные слова.** Воспаление гайморовых пазух, которое развивается от инфицированных зубов верхней челюсти называется?
- 57. Вставьте пропущенное слово.** Врожденная патология, при которой челюстная кость недоразвита и одна челюсть меньше другой называется?
- 58. Вставьте пропущенное слово.** Патологический процесс, представленный новообразованной тканью, в которой изменения генетического аппарата клеток приводят к нарушению регуляции их роста и дифференцировки называется?
- 59. Вставьте пропущенное слово.** Нарушение смыкания зубных рядов из-за неправильного положения верхних зубов по отношению к нижним называется?
- 60. Вставьте пропущенное слово.** Когда одна из челюстей значительно сдвинута назад, но сохраняет свои нормальные размеры называется?

Реализуемые компетенции

Компетенции	ПК-3	УК-1
Тестовые задания	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.	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; 55; 56; 59.

Ситуационные задачи по дисциплине

«Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия»

Задача 1

Больной, 55 лет, обратился в клинику с жалобами на приступообразные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к левой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд, боли жгучего характера, распространяются в висок, затылок. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первый приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться до 1 минуты. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отека левой половины. Пальпация точек выхода II-ой (инфраорбитальное отверстие) и III-ей (ментальное отверстие) ветвей тройничного нерва на лицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Проведите обоснование диагноза?
2. Поставьте диагноз?

3. Наметьте план лечения?

4. Имела ли значение перенесенная ОРВИ для возникновения данного заболевания?

5. Является ли отечность половины лица патогномичным признаком для невралгии II-III ветви тройничного нерва?

Задача 2

Больная, 43 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсивные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течении двух лет, лечилась у невропатолога по месту жительства по поводу невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции простудные заболевания, аппендэктомию в 1978 году. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области 2.4, 2.5 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды.

Вопросы:

1.Проведите обоснование диагноза?

2.Поставьте диагноз?

3.Наметьте план лечения?

4.Чем обусловлена необходимость консультации больной у стоматолога?

5.Имеет ли значение в описанной клинической ситуации, то что больная перенесла аппендэктомию?

Задача 3

Больная, 35 лет, обратилась в клинику с жалобами на сильные, приступообразные, самопроизвольные боли в области 1.4 зуба, иррадиирующие в верхнюю челюсть справа. Из анамнеза выяснено, что в течение года больной удалили 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубы по поводу периодонтита, возникшего сразу же после лечения пульпита. Но интенсивные болевые приступы начинались то в одном, то в другом зубе и в настоящий момент она связывает их с 1.4 зуба. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРВИ, сердечно-сосудистую дистонию. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, пальпация в области инфраорбитального отверстия справа слабо болезненна. В полости рта патологических изменений не определяется. Зуб 1.4 интактный, перкуссия безболезненна, при рентгенологическом обследовании в периапикальной области 1.4 зуба патологии не обнаружено.

Вопросы:

1.Проведите обоснование диагноза?

2.Поставьте диагноз?

3.Наметьте план лечения?

4.Достаточно ли сведений для постановки диагноза?

5.Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Задача 4

Больной, 37 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились месяц назад после лечения 4.6 зуба по поводу пульпита. Конфигурация лица не изменена, определяется участок гипестезии в области нижней

губы справа. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа отмечается рентгеноконтрастная тень, размером 0,2x0,1 см., в нижнечелюстном канале ниже дистального корня 4.6 зуба.

Вопросы:

- 1.Проведите обоснование диагноза?
- 2.Поставьте диагноз?
- 3.Наметьте план лечения?
- 4.Какие условия необходимо соблюдать для профилактики подобного осложнения?
- 5.Перечислите основные этапы хирургического вмешательства, которое может быть показано в данном случае?

Задача 5

Больной, 20 лет, обратился с жалобами на чувство онемения в области нижней губы слева, постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что месяц назад появились боли после сложного удаления 3.8 зуба (с использованием бормашины). Отмечается отсутствие чувствительности в области нижней губы слева. В полости рта лунка 3.8 зуба эпителизирована, воспалительных явлений не определяется. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева выявляется тень лунки удаленного 3.8 зуба, доходящая до нижнечелюстного канала, отсутствие костной перегородки между лункой и нижнечелюстным каналом.

Вопросы:

- 1.Проведите обоснование диагноза?
- 2.Поставьте диагноз?
- 3.Наметьте план лечения?
- 4.Какие из перечисленных признаков подтверждают причинно-следственную связь между проведенным вмешательством и возникшим в последствии заболеванием?
- 5.Показано ли в данном конкретном случае проведение алкоголизации в области III ветви тройничного нерва?

Задача 6

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

Вопросы и задания:

1. О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки диагноза и составления плана лечения?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Опишите клинико-рентгенологическую картину.
5. Методы лечения в данном случае?

Задача 7

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

Вопросы и задания:

1. О каких видах патологии ВНЧС можно думать?
2. Перечислите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.
3. Опишите возможные варианты лечения.

4. В какой последовательности должна проводиться санация полости рта?

5. Какой вид обезболивания можно применить при оперативном лечении в данном случае?

Задача 8

После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа (мукозогенная).

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план хирургического лечения.
3. Назовите варианты пластики.
4. Перечислите возможные осложнения оперативного лечения?.
5. Методы послеоперационного ведения?

Задача 9

Больной К., 52 лет, обратилась с жалобами на боли в ВНЧС справа, которая возникла недели назад после гриппа. Сначала возникло щелканье, 125 затем боль. Объективно; гиперемия, отек в области сустава справа. Региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На томограмме костные структуры без изменения, суставная щель справа расширена.

Вопросы и задания:

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

Задача 10

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

Вопросы и задания:

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

Задача 11

Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса собаки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0х3,0 см., откол коронок 4.2, 3.1, подвижность 4.1, отсутствие 3.2.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Имеет ли значение для составления плана лечения состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2?

Задача 12

У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в месте перехода лобной области в височные, нижняя

граница - в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.

Вопросы

1. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?
2. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции?

Задача 13

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

Вопросы и задания:

1. Составьте план лечения больного.
2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Задача 14

Больная, 22 лет, обратилась с жалобами на косметический дефект вследствие деформации нижней половины лица, затруднения при откусывании пищи, нарушение речи. При обследовании выявляется выступание верхней челюсти вперед по отношению к нормально развитой нижней челюсти. Передняя группа зубов на верхней челюсти выступает вперед, режущие края которых касаются нижней губы. Верхняя губа укорочена и несколько вздернута вверх, губы не смыкаются. При разговоре произношение губных звуков затруднено.

Вопросы

1. О каком виде деформации челюсти идет речь?
2. Какие варианты оперативного лечения?

Задача 15

Больная, 22 лет, обратилась в клинику с жалобами на деформацию нижнего отдела лица, затрудненное разжевывание пищи. В раннем детстве пациентка перенесла правосторонний отит и остеомиелит нижней челюсти справа. С 11 лет заметила искривление нижнего отдела лица справа. Лечилась у ортодонта. При осмотре отмечается уменьшение размера тела нижней челюсти справа, смещение подбородка на 2,0 см. вправо от средней линии и кзади. Прикус нарушен, перекрестный. Открывание рта свободное.

Вопросы и задания

1. Укажите основной метод лечения.

Задача 16

В стоматологическую клинику обратился пациент А. 62 года, по поводу полного отсутствия зубов на верхней и нижней челюстях. Пациенту была проведена регистрация прикуса при помощи лицевой дуги, при этом сам пациент был очень беспокоен и во время манипуляции постоянно дергался.

Назовите 5 основных ошибок, которые ведут к несоответствию движений нижней челюсти в артикуляторе по сравнению с движениями челюстей пациента?

Чем обрабатывают ложку для лучшей ретенции слепочной массы?

Из какого гипса лучше отливать слепочные модели?

Между какими плоскостями находится «срединно-лицевая горизонталь»? От чего зависит величина угла сагиттального пути?

Задача 17

После проведенного ортопедического лечения врачом стоматологом больная Н. утверждает, что у нее появились щелчки в височно-нижнечелюстном суставе при жевании. Как следует себя вести доктору и что он может привести в доказательство отсутствия ятрогенного фактора?

Что такое аксиограф?

Что позволяет определить метод аксиографии?

Для чего используют аксиографию?

Приведите примеры механических аксиографов? Почему нужно делать аксиографию до начала лечения?

Задача 18

В клинику обратился больной с жалобами: на тренировке по боксу был нанесен удар в правую околоушную область. Беспокоит боль разной интенсивности в околоушной и щечной областях с иррадиацией в зубы, ограничение подвижности нижней челюсти.

Предположительный диагноз?

Какие дополнительные методы исследования нужно применить? Какие анатомические структуры повреждены?

Как провести пальпацию ВНЧС данному больному?

Этапы лечения данного больного.

Задача 19.

Пациент М. 27 лет обратился в клинику с жалобами на ограничение открывания рта, онемение кожи левой подглазничной области и верхней губы слева, диплопию. В анамнезе травма левой половины лица, произошедшая 7 дней назад. Сохраняется отечность левой подглазничной области и гематома нижнего века левого глаза. Признаков воспаления нет.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Перечислите причины, обуславливающие жалобы пациента.

3. Виды оперативного вмешательства, показанные в данном случае.

4. Назовите типы хирургического лечения, проводимые при неправильно сросшихся переломах скуло-орбитального комплекса.

5. Перечислите возможные виды фиксации фрагментов.

Задача 20

Больной К., 23-х лет, обратился с жалобами на подвижность 11 и 12, множественные сколы на передних зубах верхней челюсти.

Анамнез: три дня назад после удара, появилась резкая боль, подвижность 12, приступ боли от холодной и горячей пищи, при накусывании, покачивании зуба, а также в ночное время. Внешний осмотр: незначительная деформация верхней губы справа за счет отека мягких тканей и гематомы. На слизистой оболочке верхней губы – ссадины.

Местный статус: 12 - розового цвета, подвижность коронки II степени, при пальпации – боль в десне на 3 – 4 мм выше десневого края, резкая боль от холодного, при перкуссии. Множественные трещины, сколы эмали 12, 11.

На внутриротовой рентгенограмме линия просветления на твердых тканях проходит в косом направлении средней трети корня 12.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.

2. С помощью какого метода исследования можно определить витальность пульпы травмированных зубов?

3. Определите тактику врача – челюстно-лицевого хирурга.

4. Укажите способы фиксации отломков и сроки консолидации отломков.

5. Как провести лечение сколов и трещин эмали, восстановить естественный цвет 12 зуба?

Задача 21.

Больная, 22 лет, обратилась в клинику с жалобами на деформацию нижнего отдела лица, затрудненное разжевывание пищи. В раннем детстве пациентка перенесла правосторонний отит и остеомиелит нижней челюсти справа. С 11 лет заметила искривление нижнего отдела лица справа. Лечилась у ортодонта. При осмотре отмечается уменьшение размера тела нижней челюсти справа, смещение подбородка на 2,0 см. вправо от средней линии и кзади. Прикус нарушен, перекрестный. Открывание рта свободное.

Вопросы и задания

Укажите основной метод лечения.

Задача 22

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены. Вопросы и задания:

1. Составьте план лечения больного.

2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Задача 23

После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа (мукозогенная).

1. Поставьте диагноз.

2. Наметьте план хирургического лечения.

3. Назовите варианты пластики.

4. Перечислите возможные осложнения оперативного лечения?.

5. Методы послеоперационного ведения?

Задача 24

Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса собаки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0х3,0 см., откол коронок 4.2, 3.1, подвижность 4.1, отсутствие 3.2.

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения.

3. Имеет ли значение для составления плана лечения состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2?

Задача 25

Больной К., 23-х лет, обратился с жалобами на подвижность 11 и 12, множественные сколы на передних зубах верхней челюсти.

Анамнез: три дня назад после удара, появилась резкая боль, подвижность 12, приступ боли от холодной и горячей пищи, при накусывании, покачивании зуба, а также в ночное время. Внешний осмотр: незначительная деформация верхней губы справа за счет отека мягких тканей и гематомы. На слизистой оболочке верхней губы – ссадины.

Местный статус: 12 - розового цвета, подвижность коронки II степени, при пальпации – боль в десне на 3 – 4 мм выше десневого края, резкая боль от холодного, при перкуссии. Множественные трещины, сколы эмали 12, 11.

На внутриротовой рентгенограмме линия просветления на твердых тканях проходит в косом направлении средней трети корня 12.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. С помощью какого метода исследования можно определить витальность пульпы травмированных зубов?
3. Определите тактику врача –челюстно-лицевого хирурга.
4. Укажите способы фиксации отломков и сроки консолидации отломков.
5. Как провести лечение сколов и трещин эмали, восстановить естественный цвет 12 зуба?

Задача 26.

Больная, 22 лет, обратилась в клинику с жалобами на деформацию нижнего отдела лица, затрудненное разжевывание пищи. В раннем детстве пациентка перенесла правосторонний отит и остеомиелит нижней челюсти справа. С 11 лет заметила искривление нижнего отдела лица справа. Лечилась у ортодонта. При осмотре отмечается уменьшение размера тела нижней челюсти справа, смещение подбородка на 2,0 см. вправо от средней линии и кзади. Прикус нарушен, перекрестный. Открывание рта свободное.

Вопросы и задания

Укажите основной метод лечения.

Задача 27.

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены. Вопросы и задания:

1. Составьте план лечения больного.
2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Задача 28.

После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа (мукозогенная).

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план хирургического лечения.
3. Назовите варианты пластики.
4. Перечислите возможные осложнения оперативного лечения?.
5. Методы послеоперационного ведения?

Задача 29

Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса собаки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0х3,0 см., откол коронок 4.2, 3.1, подвижность 4.1, отсутствие 3.2.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Имеет ли значение для составления плана лечения состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2?

Задача 30.

У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в месте перехода лобной области в височные, нижняя граница - в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.

- Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?

- Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции?

Задача 31.

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

1. Составьте план лечения

Задача 32.

Больной 24 года. Жалобы на деформацию нижнего отдела лица и затрудненное открывание рта. Анамнез заболевания: 5 лет назад больной получил травму подбородка, врачу не обращался. Через 2 года обратили внимание на затрудненное открывание рта, которое постепенно нарастало. В последующем появились асимметрия лица и западение подбородочного отдела. В настоящее время рот открывается до 1,3 см.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Предложите план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов.

3. Укажите все возможные причины заболевания.

4. Предложите метод лечения.

Задача 33.

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

Вопросы:

1. Диагноз?

2. План обследования?

3. План лечения?

Задача 34.

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

Рисунок - Рентгенограмма Вопросы:

1. Диагноз?

2. План обследования?

3. План лечения?

Задача 35.

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

Вопросы:

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

Задача 36.

Пациент Б., 43 года. Доставлен реанимобилем в приемное отделение областной больницы. Со слов бригады скорой медицинской помощи - пострадал в ДТП 30 минут назад. Объективно: состояние тяжелое, сознание ступорозное, диффузный цианоз, дыхание стридорозное, ЧД 13/мин, при выдохе изо рта отделяется умеренное количество пенистой мокроты с примесью крови. Пульс ритмичный, ЧСС - 120/мин, АД - 125/80 мм.рт.ст. Нижний отдел лица деформирован, при пальпации определяется патологическая подвижность фронтального отдела нижней челюсти. В полости рта - кровь, пенистая мокрота, язык ограниченно подвижен, западает кзади.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. План оказания неотложной помощи?
3. План обследования.
4. План лечения, реабилитации, диспансерного наблюдения?
5. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.
6. Какой ориентировочный срок нетрудоспособности при данном заболевании

Задача 37.

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

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?
4. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.
5. Какой ориентировочный срок нетрудоспособности при данном заболевании

Задача 38.

Больной Н. 20 лет, обратился с жалобами на припухлость нижней и верхней губ, на приступообразные боли иррадирующего характера в области фронтальных зубов верхней челюсти.

Из анамнеза выявлено, что 5 часов тому назад получил удар в лицо. Сознание не терял, тошноты не было.

Объективно: отек мягких тканей верхней и нижней губы. На красной кайме верхней губы - рана глубиной около 1 см. Рот открывается в полном объеме. Перелом коронки 21 зуба в области латерального угла коронки, корневая пульпа обнажена, резкая боль от прикосновения, на температурные раздражители. 11 смещен в небную сторону, резкая боль при перкуссии, из-под десны сукровичное отделяемое. Скол медиального угла режущего края в пределах дентина 12 зуба, зондирование болезненно. Клыки, премоляры и моляры верхней челюсти устойчивы, интактны. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений.

18 17 16 15 14 13 12 11½ 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41½ 31 32 33 34 35 36 37 38

ПП 1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.

2. Проведите дополнительное обследование.

3. Окажите неотложную помощь.

4. Спланируйте реставрацию фронтальных зубов верхней челюсти.

Задача 39..

После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа (мукозогенная).

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.

2. Наметьте план хирургического лечения.

3. Назовите варианты пластики.

4. Перечислите возможные осложнения оперативного лечения?.

5. Методы послеоперационного ведения?

Задача 40.

У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в месте перехода лобной области в височные, нижняя граница - в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.

Вопросы

1. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?

2. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции?

Задача 41.

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

Вопросы и задания:

1. Составьте план лечения больного.

2.Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

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 оценивания тестирования

При тестировании все верные ответы берутся за 100%.

91%-100% отлично

76%-90% хорошо

60%-75% удовлетворительно

менее 60% неудовлетворительно

5.4 Критерии оценки ответов на экзамене:

Отлично	ответы на вопросы четкие, обоснованные и полные, проявлена готовность к дискуссии, студент демонстрирует высокий уровень владения знаниями, умениями и навыками соответствующих компетенций, что позволяет ему решать широкий круг типовых и нетиповых задач, студент проявил высокую эрудицию и свободное владение материалом дисциплины
Хорошо	ответы на вопросы преимущественно правильные, но недостаточно четкие, студент способен самостоятельно воспроизводить и применять соответствующие знания, умения и навыки для решения типовых задач дисциплины, может выполнять поиск и использование новой информации для выполнения новых профессиональных действий на основе полностью освоенных знаний, умений и навыков соответствующих компетенций
Удовлетворительно	ответы на вопросы не полные, на некоторые ответ не получен, знания, умения, навыки сформированы на базовом уровне, студент частично, с помощью извне (например, с использованием наводящих вопросов, ассоциативного ряда понятий и т.д.) могут воспроизводить и применять соответствующие знания, умения, навыки
Неудовлетворительно	на большую часть вопросов ответы не были получены, либо они показали полную некомпетентность студента в материале дисциплины, студент не способен самостоятельно, без помощи извне, воспроизводить и применять соответствующие знания, умения, навыки или знания, умения и навыки обучающегося не выявлены

5.5 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.

5.6 Критерии оценки реферата(доклада):

«Отлично» ставится, если выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена рассматриваемая проблема и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

«Хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

«Удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

«Неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Аннотация дисциплины

Дисциплина (Модуль)	«Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия»
Реализуемые компетенции	ПК-3, УК-1
Индикаторы достижения компетенций	<p>ПК-ПК-3.1. Определяет медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий при различных заболеваниях и патологических состояниях.</p> <p>ПК-3.2. Выполняет основные принципы реабилитации пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области.</p> <p>ПК- 3.3. Составляет индивидуальный план реабилитации пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области и наблюдает за ходом реабилитации пациента.</p> <p>УК-1.1 Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними.</p> <p>УК-1.2 Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению.</p> <p>УК-1.3 Использует логико-методологический инструментарий для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области.</p>
Трудоемкость, з.е.	144/4
Формы отчетности (в т.ч. по семестрам)	Экзамен в 10 семестре