

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Специальность	<b>31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия</b>
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2024
Всего ЗЕТ	3
Всего часов	108
Предэкзаменационные консультации (лекции)	6

## **1. Цель, сроки, виды государственных аттестационных**

в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися основных профессиональных образовательных программ высшего образования (далее – ОПОП ВО) соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее - ФГОС ВО).

На ГИА проверяется:

- уровень достижения планируемых результатов освоения ОПОП ВО (компетенций, установленных ФГОС ВО);

- готовность выпускника к выполнению соответствующих трудовых функций, указанных в профессиональных стандартах, с учетом которых разрабатывалась ОПОП ВО

В блок ОПОП ВО «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация проводится на 2 году обучения в соответствии с календарным учебным графиком.

## **2. Структура аттестационных испытаний**

ГИА обучающихся, завершающих освоение по имеющим государственную аккредитацию образовательных программ высшего образования – программам ординатуры проходит в форме государственного экзамена, который проводится в два этапа и предусматривает:

- проверку уровня теоретической подготовки;

- оценку умения решать конкретные клинические ситуации и выполнять трудовые действия, входящие в трудовые функции, установленные профессиональным стандартом, а основании которого разрабатывалась и реализовывалась программа ординатуры.

Проверка уровня теоретической подготовки выпускника осуществляется посредством проведения компьютерного (или бланочного) тестирования.

## **3. Регламент проведения (каждого этапа ГИА или каждого вида аттестационного испытания)**

### **3.1. Регламент проведения тестирования**

1. Тестирование проводится в учебной аудитории, отвечающий требованиям, предъявляемым к учебным помещениям и оборудованном компьютерной техникой. При проведении компьютерного тестирования в аудитории присутствуют члены комиссии ГИА, специалист учебно-методического управления, осуществляющий техническую поддержку тестируемых.

2. Перед началом аттестации ординатор предъявляет Секретарю аттестационной комиссии паспорт гражданина Российской Федерации либо иной документ, удостоверяющий личность.

3. При прохождении аттестации ординатор имеет возможность самостоятельно выбрать посадочное место при наличии свободных мест в аудитории.

4. До начала проведения компьютерного тестирования секретарь аттестационной комиссии осуществляет ознакомление ординатора под роспись с руководством пользователя по прохождению компьютерного тестирования.

5. На тестирование выносятся 50 тестовых заданий для выполнения которых отводится 50 минут. Вариант тестовых заданий формируется автоматически посредством случайного выбора из банка тестовых заданий, используемых в университете для прохождения ГИА по соответствующей специальности. По истечении указанного времени, доступ к базе тестирования автоматически прекращается.

6. Во время прохождения компьютерного тестирования, на рабочем столе ординатора могут находиться только лист с логином и паролем и руководство пользователя по прохождению компьютерного тестирования. В период проведения компьютерного тестирования ординатору запрещено:

- иметь при себе и использовать справочные материалы, письменные заметки, средства связи и иные технические средства,
- покидать аудиторию,
- разговаривать и отвлекать других участников аттестации,
- перемешаться по аудитории, пересаживаться,
- обмениваться материалами и предметами,
- загораживать видеокамеры компьютеров.

При нарушении выше указанных правил, обучающийся удаляется из аудитории, о чем делается запись в протоколе комиссии. Обучающийся считается не сдавшим первый этап ГИА, ему выставляется оценка «неудовлетворительно» и ординатор отчисляется из университета как не прошедший государственную итоговую аттестацию.

7. Ординатор может завершить компьютерное тестирование досрочно, но при этом области аттестации, по которым он не проходил компьютерное тестирование, будут считаться не сданными.

8. В случае технического сбоя (выход из строя серверного или сетевого оборудования, отсутствие электроэнергии и т.п.) во время прохождения компьютерного тестирования. Ординатор может продолжить компьютерное тестирование, если возможность восстановления компьютерного тестирования составляет не более 60 минут. Если за этот период времени неполадка не может быть устранена, ординатору назначается другое время или дата прохождения компьютерного тестирования.

9. Обучающиеся, успешно прошедшие первый этап, в соответствии с расписанием ГИА приступают к сдаче второго этапа – собеседованию.

### **3.2. Регламент проведения собеседования**

1. Собеседование проводится в учебной аудитории, отвечающий требованиям, предъявляемым к учебным помещениям. При проведении собеседования в аудитории присутствуют члены комиссии ГИА.

2. Перед началом аттестации ординатор предъявляет секретарю аттестационной комиссии паспорт гражданина Российской Федерации либо иной документ, удостоверяющий личность.

3. Ординатор выбирает билет, который содержит 3 теоретических вопроса и два задания на проверку умения решать профессиональные задачи, предусмотренные профессиональным стандартом «Врач –челюстно-лицевой хирург», утвержденный Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации №337Н от 15.06.2020, оформленные в виде индивидуальных заданий (ситуационных задач), которые оформляются на отдельных листах.

4. На подготовку к ответу каждому ординатору предоставляется не менее 30 минут, хронометраж ведется секретарем ГИА.

Ординатору предоставляются: листы для выполнения записей, справочные материалы (при необходимости).

5. После ответа все листы с записями сдаются секретарю комиссии, члены комиссии оформляют аттестационные листы.

#### 4. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации

##### 4.1 Перечень компетенций (индикаторов их достижения) которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения ОПОП ВО

<i>Индекс</i>	<i>Содержание</i>	<i>1 этап ГИА</i>	<i>2 этап ГИА</i>
<b>УК-1</b>	<b><i>Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</i></b>		
УК-1.1	Осуществляет системный критический анализ достижений в области медицины и фармации по профилю	+	+
УК-1.2	Определяет возможности и способы применения современных достижений медицины и фармации при решении профессиональных задач	+	+
<b>УК-2</b>	<b><i>Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им</i></b>		
УК-2.1	Обосновывает цель и задачи проекта, его актуальность и значимость на основании анализа данных	+	
УК-2.2	При разработке проекта в области медицины применяет технологии проектного менеджмента	+	
УК-2.3	Организует мониторинг и контроль выполнения основных этапов проекта в области медицины	+	
<b>УК-3</b>	<b><i>Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению</i></b>		
УК-3.1	Организовывает процесс оказания медицинской помощи по профилю в соответствии с законодательными и нормативными документами	+	+
УК-3.2	Осуществляет руководство работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала	+	+
<b>УК-4</b>	<b><i>Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности</i></b>		
УК-4.1	Выстраивает деловые профессиональные отношения	+	
УК-4.2	Применяет методы бесконфликтного общения с пациентами и коллегами	+	
<b>УК-5</b>	<b><i>Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории</i></b>		
УК-5.1	Определяет задачи развития собственной карьерной траектории	+	
УК-5.2	Применяет методы профессионального и личностного развития в соответствии с индивидуальными потребностями	+	
<b>ОПК-1</b>	<b><i>Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности</i></b>		
ОПК-1.1	При выполнении трудовых функций применяет современные информационно-коммуникационные технологии для получения, обработки и передачи	+	

<i>Индекс</i>	<i>Содержание</i>	<i>1 этап ГИА</i>	<i>2 этап ГИА</i>
	информации		
ОПК-1.2	Работает в медицинской информационной системе с соблюдением требований информационной безопасности	+	
ОПК-1.3	При оказании медицинской помощи по профилю способен применять технологии телемедицины	+	
<b>ОПК-2</b>	<b><i>Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</i></b>		
ОПК-2.1	При организации управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи использует медико-статистические показатели	+	
ОПК-2.2	Оценивает и прогнозирует состояние популяционного здоровья с использованием современных индикаторов и с учетом социальных детерминант здоровья населения	+	
ОПК-2.3	Проводит работу по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	+	
<b>ОПК-3</b>	<b><i>Способен осуществлять педагогическую деятельность</i></b>		
ОПК-3.1	Принимает участие в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам	+	
ОПК-3.2	Применяет современные психолого-педагогические технологии, методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан, повышение у них мотивации сохранения и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	+	
ОПК-3.3	Применяет педагогические технологии для обучения среднего и младшего медицинского персонала	+	
<b>ОПК-4</b>	<b><i>Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</i></b>		
ОПК-4.1	Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей)		+
ОПК-4.2	Проводит физикальное исследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи		+
ОПК-4.3	Определяет и оценивает морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы организма человека	+	+
ОПК-4.4	Обосновывает и планирует объем лабораторных и инструментальных исследований пациентов, интерпретирует их результаты		+
ОПК-4.5	Использует алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять	+	+

<i>Индекс</i>	<i>Содержание</i>	<i>1 этап ГИА</i>	<i>2 этап ГИА</i>
	методы дифференциальной диагностики у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи		
<b>ОПК-5</b>	<b><i>Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</i></b>		
ОПК-5.1	Разрабатывает план лечения пациентов по профилю «челюстно - лицевая хирургия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи		+
ОПК-5.2	Назначает лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, оценивает эффективность их применения	+	+
ОПК-5.3	Назначает немедикаментозную терапию пациентам, оценивает эффективность её назначения		+
ОПК-5.4	Осуществляет профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения	+	+
<b>ОПК-6</b>	<b><i>Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</i></b>		
ОПК-6.1	Принимает участие в работе мультидисциплинарной реабилитационной команды амбулаторно, в условиях стационара, дневного стационара		+
ОПК-6.2	Применяет шкалу реабилитационной маршрутизации у пациентов по профилю «челюстно-лицевая хирургия»		+
ОПК-6.3	Осуществляет контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации у пациентов по профилю «челюстно-лицевая хирургия»		+
<b>ОПК-7</b>	<b><i>Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</i></b>		
ОПК-7.1	Проводит в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность	+	

<i>Индекс</i>	<i>Содержание</i>	<i>1 этап ГИА</i>	<i>2 этап ГИА</i>
ОПК-7.2	Устанавливает причинно-следственную связь между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина		+
<b>ОПК-8</b>	<b><i>Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</i></b>		
ОПК-8.1	Проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению населения и формированию у пациентов приверженности к ведению здорового образа жизни	+	
ОПК-8.2	Осуществляет контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни		+
<b>ОПК-9</b>	<b><i>Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</i></b>		
ОПК-9.1	Применяет современные методы управления персоналом, контролирует выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками	+	
ОПК-9.2	Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа, использует современные программные средства для анализа медико-статистической информации	+	+
<b>ОПК-10</b>	<b><i>Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</i></b>		
ОПК-10.1	Распознает состояния, представляющие угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме	+	+
ОПК-10.2	Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания). Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме	+	
<b>ПК-1</b>	<b><i>Способен выполнять местную анестезию: инфильтрационную (прямую, непрямую), проводниковую, стволовую (II и III ветвей тройничного нерва) пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю, в том числе с травмой, челюстно-лицевой области</i></b>		
ПК-1.1	Осуществляет местное обезболивание (инфильтрационную (прямую, непрямую), проводниковую, стволовую (II и III ветвей тройничного нерва) анестезии) пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю, в том	+	+

<i>Индекс</i>	<i>Содержание</i>	<i>1 этап ГИА</i>	<i>2 этап ГИА</i>
	числе с травмой, челюстно-лицевой области		
ПК-1.2	Осуществляет профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате проведения местной анестезии	+	+
<b>ПК-2</b>	<b><i>Способен оказывать специализированную медицинскую помощь пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю, в том числе с травмой, челюстно-лицевой области</i></b>		
ПК-2.1	Проводит хирургическое лечение заболеваний и (или) состояний, в том числе с травмой, челюстно-лицевой области	+	+
ПК-2.2	Осуществляет предоперационную подготовку и послеоперационное ведение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с травмой, челюстно-лицевой области	+	+

#### **4.2. Перечень трудовых функций готовность к выполнению которых проверяется на ГИА;**

По окончании освоения программы ординатуры выпускник будет готов осуществлять следующие трудовые функции «Врач - челюстно-лицевой хирург», утвержденным Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации №337Н от 15.06.2020 г.

Обобщенные трудовые функции наименование	Трудовые функции наименование	код ТФ
Оказание медицинской помощи населению по профилю «челюстно - лицевая хирургия»	Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмой, челюстно-лицевой области и установление диагноза	A/01.8
	Назначение и проведение лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмой, челюстно-лицевой области, контроль его эффективности и безопасности	A/02.8
	Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями челюстно-лицевой области, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	A/03.8
	Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмой, челюстно-лицевой области	A/04.8
	Проведение и контроль эффективности мероприятий по	A/05.8

профилактике заболеваний и (или) состояний, в том числе травмой, челюстно-лицевой области и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	
Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	A/06.8
Оказание медицинской помощи в экстренной форме	A/07.8

### 4.3 Показатели и критерии оценивания компетенций, шкалы оценивания;

#### 4.3.1. Критерии оценивания первого этапа ГИА (тестирование)

Доля правильных ответов	Оценка
90% и более	отлично
80-89%	хорошо
70-79%	удовлетворительно
менее 70%	неудовлетворительно

#### 4.3.2. Критерии оценивания на втором этапе ГИА

*Критерии выставления оценки при проведении собеседования:*

Оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если теоретическое содержание дисциплины освоено полностью, обучающийся строит ответ на уровне самостоятельного мышления, грамотно и логично излагает изученный материал, не затрудняется с ответом, делает обоснованные выводы и заключения, свободно ориентируется в теоретических и практических особенностях своей специальности, свободно применяет теоретические знания при решении практических задач; индивидуальное задание выполнено на оценку «отлично».

Оценка «хорошо» ставится обучающемуся, если он строит ответ на уровне самостоятельного мышления, грамотно и логично излагает изученный материал, однако допускает отдельные неточности и пробелы в знаниях, некритичные в практической деятельности, свободно применяет теоретические знания при решении практических задач; индивидуальное задание выполнено на оценку «хорошо».

Оценка «удовлетворительно» ставится обучающемуся, усвоившему только базовую часть программного материала, при ответе допускает неточности, некритичные ошибки, материал излагает непоследовательно, затрудняется применить теоретические знания при решении практической задачи, допускает ошибки, которые исправляет с помощью преподавателя; индивидуальное задание выполнено на оценку «удовлетворительно».

Оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся, который не способен продемонстрировать знания теоретического материала, допускает существенные ошибки при изложении учебного материала, при ответе подменяет теоретическую аргументацию рассуждениями обыденно-бытового характера, в решении стандартных практических задач делает существенные ошибки. В ответе допускает грубые ошибки, которые не может исправить даже с помощью преподавателя; индивидуальное задание выполнено на оценку «неудовлетворительно».

*Критерии оценки выполнения индивидуальных заданий (ситуационных задач)*

Оценка «отлично» выставляется, если обучающийся объясняет ход решения ситуационной задачи, объяснение подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями, с необходимым схематическими изображениями и наглядными демонстрациями, с правильным и свободным владением терминологией, с

использованием знаний клинических рекомендаций и национальных руководств; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.

Оценка «хорошо» выставляется, если обучающийся объясняет ход решения ситуационной задачи, объяснение подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, схематических изображениях и наглядных демонстрациях, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие, однако обучающийся самостоятельно исправляет свои ошибки, демонстрирует умение применять основные положения клинических рекомендаций и национальных руководств в практической деятельности.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если обучающийся объясняет ход решения ситуационной задачи, объяснение недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и наглядных демонстрациях, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях, которые он исправляет только после указания преподавателя, неуверенно ориентируется в клинических рекомендациях и национальных руководствах по профилю.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если обучающийся объясняет ход решения ситуационной задачи, но объяснение дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования, без умения схематических изображений и наглядных демонстраций или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют, демонстрирует отсутствие умения применять клинические рекомендации и национальные руководства в решении клинических практических заданий.

#### 4.4. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов освоения ОПОП (перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, в том числе комплект тестовых заданий)

##### Комплект тестовых заданий для проведения первого этапа ГИА

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
УК-1.1	Осуществляет системный критический анализ достижений в области медицины и фармации по профилю	<p>1. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерны изменения костной ткани:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в виде "тающего сахара"</li> <li>2) с нечеткими границами в области одного или нескольких зубов</li> <li>3) в виде нескольких полостей с четкими контурами</li> <li>4) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов</li> <li>5) с образованием секвестра</li> </ol> <p>Правильный ответ: 4</p> <p>2. Основным методом лечения больного с фиброматозом является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) химиотерапия</li> <li>2) лучевая терапия</li> <li>3) комбинированное лечение</li> <li>4) иссечение новообразования вместе с надкостницей</li> <li>5) резекция челюсти</li> </ol> <p>Правильный ответ: 4</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		<p>3. О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствует:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) симптом Малевича</li> <li>2) положительная реакция Вассермана</li> <li>3) положительный тест двойного пятна</li> <li>4) снижение количества альбуминов в крови</li> <li>5) наличие крепитации в области сосцевидных отростков</li> </ol> <p>Правильный ответ: 3</p> <p>4. Абсолютным показанием к удалению третьего нижнего моляра является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) наличие фолликулярной кисты от этого зуба</li> <li>2) наличие перикоронита или капюшона</li> <li>3) скученный зубной ряд на нижней челюсти</li> <li>4) ретенция зуба, обнаруженная при рентгенографии челюсти</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1</p>
УК-1.2	<p>Определяет возможности и способы применения современных достижений медицины и фармации при решении профессиональных задач</p>	<p>1. Артикаин (все утверждения верны, кроме одного):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) используется для поверхностной анестезии</li> <li>2) используется для инфильтрационной и проводниковой анестезии</li> <li>3) расширяет сосуды</li> <li>4) действует до 90 минут</li> <li>5) обладает высокой диффузионной способностью</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1</p> <p>2. Характерным рентгенологическим отличием луночкового остеомиелита от альвеолита по истечению 2-2,5 недель является наличие:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) резорбции краев костной альвеолы</li> <li>2) размытости внутренней компактной пластинки лунки с появлением мелких секвестров</li> <li>3) признаки деструкции костной ткани на значительном протяжении нижней челюсти</li> <li>4) рентгенологические признаки формирования костной ткани в лунке</li> </ol> <p>Правильный ответ: 2</p> <p>3. При желудочковых нарушениях ритма показано использование:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Артикаина</li> <li>2) Бупивакаина</li> <li>3) Новокаина</li> <li>4) Лидокаина</li> </ol> <p>Правильный ответ: 4</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		<p>4. Ведущим методом лечения хронического периостита челюсти является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Лекарственная терапия</li> <li>2) Ополаскивания антисептиком в течение 10 дней</li> <li>3) Удаление патологического очага физическими или хирургическим методами</li> <li>4) Не требует лечения</li> </ol> <p>Правильный ответ: 3</p>
УК-2.1	<p>Обосновывает цель и задачи проекта, его актуальность и значимость на основании анализа данных</p>	<p>1. Проектная деятельность - это:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) использование знаний, умений и навыков, полученных в ходе обучения, для постановки и решения практических задач, которые могут носить как академический, так и прикладной характер</li> <li>2) деятельность врача по диагностике и лечению пациентов</li> <li>3) нехарактерная для врача деятельность во вне рабочее время</li> <li>4) формирование знаний и умений специалиста путем изучения специальной литературы</li> <li>5) создание отчета о профессиональной деятельности за год</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1</p> <p>2. Классификация проектов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) по масштабу: микропроект, малый, средний, мегапроект</li> <li>2) по сложности: простой, организационно сложный, технически сложный, ресурсно сложный, комплексно сложный</li> <li>3) по тяжести: легкий, средний, тяжелый</li> <li>4) по степени заинтересованности автора: интересный. Малоинтересный</li> <li>5) по отношению к профессиональной деятельности: медицинский, немедицинский</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1,2</p> <p>3. Сколько этапов жизненного цикла управления проектом:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) три</li> <li>2) два</li> <li>3) пять</li> <li>4) шесть</li> <li>5) десять</li> </ol> <p>Правильный ответ: 3</p>
УК-2.2	<p>При разработке проекта в области медицины применяет технологии проектного менеджмента</p>	<p>1. Этапы жизненного цикла управления проектом:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инициация</li> <li>2) планирование</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		<p>3) выполнение 4) разметка 5) переделка Правильный ответ: 1,2,3</p> <p>2. Принципы формулировки цели проекта: 1) конкретность 2) измеримость 3. выявляемость 4) нуждаемость 5) обращаемость Правильный ответ: 1,2</p> <p>3. Система SMART – это: 1) методика постановки целей и задач в управлении 2) технология финансирования 3) методика диагностики заболеваний 4) особенности планирования операционных вмешательств 5) методика статистической обработки данных Правильный ответ: 1</p>
УК-2.3	Организует мониторинг и контроль выполнения основных этапов проекта в области медицины	<p>1. Понятие бюджета проекта: 1) план затрат, необходимых для его исполнения, в стоимостном выражении 2) структура операционных вмешательств 3) планирование времени выполнения проекта 4) распределение ролей в проекте 5) особенности классификации проекта Правильный ответ: 1</p> <p>2. Инновационные проекты в здравоохранении: 1) искусственный интеллект 2) медицинская робототехника 3) носимые устройства для мониторинга здоровья 4) продовольственная безопасность 5) космические исследования в физике Правильный ответ: 1,2,3</p> <p>3. Мониторинг – это: 1) лечение, медицинская реабилитация 2) сроки ранней диагностики и выявления болезней 3) структура организации медицинской помощи, исполнение законодательства в сфере здравоохранения 4) ранние варианты лечения опухолей различных локализаций</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		Правильный ответ: 1
УК-3.1	Организовывает процесс оказания медицинской помощи по профилю в соответствии с законодательными и нормативными документами	<p>1. Организация процесса оказания медицинской помощи в стационаре и поликлинике регулируется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) порядками оказания медицинской помощи по профилю</li> <li>2) конституцией РФ</li> <li>3) приказом министерства здравоохранения РФ</li> <li>4) положением об организации мед. помощи данной медицинской организации</li> <li>5) рекомендациями главного специалиста по профилю</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1</p> <p>2. Основным документом, регламентирующим диагностику и лечение отдельных заболеваний по профилю, является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) порядок оказания медицинской помощи по профилю</li> <li>2) конституция РФ</li> <li>3) приказ министерства здравоохранения РФ</li> <li>4) положение об организации мед. помощи данной медицинской организации</li> <li>5) клинические рекомендации по профилю</li> </ol> <p>Правильный ответ: 5</p> <p>3. Организация медицинской помощи на врачебном участке в медицинской организации амбулаторного типа осуществляется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) медицинской сестрой</li> <li>2) врачом- участковым</li> <li>3) старшей медицинской сестрой</li> <li>4) санитаркой</li> <li>5) главным врачом медицинской организации</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1,2</p>
УК-3.2	Осуществляет руководство работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала	<p>1. Основы рабочей деятельности врача по профилю регламентируются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) порядком оказания медицинской помощи по профилю</li> <li>2) конституцией РФ</li> <li>3) приказом Министерства здравоохранения РФ</li> <li>4) положением об организации мед. помощи данной медицинской организации</li> <li>5) должностной инструкцией</li> </ol> <p>Правильный ответ: 5</p> <p>2. В медицинских организациях на старших медицинских сестер, как правило, возлагается:</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		<p>1) полная коллективная материальная ответственность  2) полная индивидуальная материальная ответственность  3) ограниченная индивидуальная материальная ответственность  4) частичная индивидуальная материальная ответственность  Правильный ответ: 2</p> <p>3. В процессе управления управляющее воздействие может быть реализовано в виде:  1) приказа, распоряжения, указания  2) пожеланий, советов руководителя  3) отчета, мотивации  4) результатов контроля  Правильный ответ: 1</p>
УК-4.1	Выстраивает деловые профессиональные отношения	<p>1. Основные положения построения деловых профессиональных отношений осуществляются с учетом:  1) этики,  2) деонтологии  3) конфликтологии  4) порядков оказания медицинской помощи по профилю  5) Конституции РФ  Правильный ответ: 1,2,3</p> <p>2. Корпоративная культура – это:  1) совокупность моделей поведения, которые приобретены организацией в процессе адаптации к внешней среде и внутренней интеграции, показавших свою эффективность и разделяемых большинством членов организации  2) правила поведения в стационаре  3) особенности соблюдения режима труда и отдыха  4) нормы общения между пациентом и врачом  5) особенности общения сотрудников на работе и дома  Правильный ответ: 1</p> <p>3. Элементы корпоративной культуры – это:  1) личные цели и возможности каждого сотрудника  2) стиль и методы общения  3) распорядок и традиции  4) особенности приема пищи в коллективе  5) конфликты в коллективе</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		Правильный ответ: 1,2,3
УК-4.2	Применяет методы бесконфликтного общения с пациентами и коллегами	<p>1. Укажите причиной какого конфликта могут явиться психологические особенности личности:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) объективного</li> <li>2) субъективного</li> <li>3) социально-психологического</li> <li>4) личностного</li> </ol> <p>Правильный ответ: 4</p> <p>2. Укажите, какие взаимодействия между партнерами осуществляются при деловом стиле общения:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ослабление контроля за социально-статусными и этикетными нормами</li> <li>2) признание ценности и значимости поведенческих действий друг друга</li> <li>3) умение партнеров адаптировать собственные профессиональные знания к конкретной деловой ситуации</li> <li>4) рациональное использование партнерами поддерживающих техник</li> </ol> <p>Правильный ответ: 2</p> <p>3. Выберите из предложенных вариантов обязательные условия существования коллектива «Коллектив существует, если есть:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) общая значимая цель, совпадающая с общественными целями</li> <li>2) общая совместная деятельность для достижения поставленной позитивной цели</li> <li>3) группа людей с общими интересами</li> <li>4) объединение людей больше десяти человек</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1,2</p>
УК-5.1	Определяет задачи развития собственной карьерной траектории	<p>1. Виды деловой карьеры:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) вертикальная карьера</li> <li>2) горизонтальная карьера</li> <li>3) ступенчатая карьера</li> <li>4) финансовая карьера</li> <li>5.) лекарственная карьера</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1,2,3</p> <p>2. Карьерная траектория — это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) описание пути, по которому проходит человек на протяжении карьеры</li> <li>2) описание механизмов лечения пациентов</li> <li>3) описание методик диагностики при онкологических болезнях</li> <li>4) описание методик финансирования</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		<p>здравоохранения</p> <p>5) методы самоконтроля в здравоохранении</p> <p>Правильный ответ: 1</p>
УК-5.2	<p>Применяет методы профессионального и личностного развития в соответствии с индивидуальными потребностями</p>	<p>1.Профессиональное развитие врача включает в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) повышение квалификации путем обучения на профильной кафедре</li> <li>2) участие в профессиональных конференциях</li> <li>3)участие в онлайн вебинарах по соответствующей специальности</li> <li>4) поездки на экскурсии в отпуске</li> <li>5) чтение художественной литературы</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1,2,3</p> <p>2.Для личностного роста врача необходимо:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) иерархия системы ценностей и реализация ее на практике</li> <li>2) участие в ночных дежурствах</li> <li>3)изучение нормативно-правовых актов, регулирующих медицинскую деятельность</li> <li>4) изучение финансовых отчетов медицинской организации</li> <li>5) анализ летальности в своем клиническом подразделении</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1</p>
ОПК-1.1	<p>При выполнении трудовых функций применяет современные информационно-коммуникационные технологии для получения, обработки и передачи информации</p>	<p>1. Уровни медицинских информационных систем в России:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)базовый, медицинской организации, региональный, федеральный</li> <li>2) низкий, средний, высокий</li> <li>3) легкий, средний, тяжелый</li> <li>4) финансовый, юридический, деонтологический</li> <li>5) международный и базовый</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1</p> <p>1. Какие задачи решаются с помощью систем консультативной поддержки принятия врачебных решений?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сортировка и учёт электронных медицинских карт</li> <li>2) сведения о лекарственных препаратах</li> <li>3) сведения о доходах пациента</li> <li>4) сведения о личной жизни пациента</li> <li>5) комплаентность в лечении</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1,2</p>
ОПК-1.2	<p>Работает в медицинской информационной системе</p>	<p>1. Главное требование информационной безопасности в профессиональной деятельности</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
	с соблюдением требований информационной безопасности	<p>врача:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сохранение персональных данных пациентов</li> <li>2) сохранение личных данных врача</li> <li>3) ведение истории болезни только в электронном виде</li> <li>4) использование сложных паролей при входе в личный кабинет</li> <li>5) ведение медицинской документации только на национальном языке</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1</p> <p>2. По правилам категорирования информационных систем, в которых обрабатываются данные о здоровье субъекта персональных данных, относят:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. не ниже третьей</li> <li>2. первой</li> <li>3. второй</li> <li>4. девятой</li> <li>5. нулевой</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1</p> <p>3. Консультирующая медицинская организация предоставляет пациенту в доступной форме, в том числе посредством размещения в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", следующую информацию о себе:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) объемы финансирования на текущий год</li> <li>2) результаты контроля качества оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий</li> <li>3) перечень профилей оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий</li> <li>4) место нахождения</li> <li>5) лицензия на осуществление соответствующих видов деятельности</li> </ol> <p>Правильный ответ: 3,4,5</p>
ОПК-1.3	При оказании медицинской помощи по профилю способен применять технологии телемедицины	<p>1. Аудио- и видеозаписи консультаций и консилиумов врачей, текстовые сообщения, голосовая информация, изображения, иные сообщения в электронной форме, полученный по результатам дистанционного взаимодействия с применением телемедицинских технологий относятся к:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) истории болезни</li> <li>2) основной документации</li> <li>3) сопутствующим материалам</li> <li>4) дополнительной документации</li> </ol> <p>Правильный ответ: 3</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		<p>2. Документация по результатам дистанционного взаимодействия с применением телемедицинских технологий подлежит внесению в электронную медицинскую карту пациента:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) единой телемедицинской системы</li> <li>2) единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения</li> <li>3) медицинской информационной системы консультирующей медицинской организации</li> <li>4) медицинской информационной системы медицинской организации, запрашивающей консультацию.</li> </ol> <p>Правильный ответ: 3</p> <p>3. Консультации (консилиумы врачей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в режиме реального времени и (или) отложенных консультаций</li> <li>2) в режиме реального времени, за исключением взаимодействия медицинских работников между собой</li> <li>3) только в режиме реального времени</li> <li>4) только в режиме отложенных консультаций</li> <li>5) в режиме отложенных консультаций, за исключением консилиумов.</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1</p>
ОПК-2.1	<p>При организации управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи использует медико-статистические показатели</p>	<p>1. Показатели статистики здоровья населения:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) медико-демографические</li> <li>2) инвалидности</li> <li>3) доходов населения</li> <li>4) состояния эпидемиологического контроля в медицинской организации</li> <li>5) деонтологические показатели</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1,2</p> <p>2. Как рассчитывается показатель общей летальности?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) число умерших больных/число выбывших больных * 100%</li> <li>2) число умерших больных/число выздоровевших больных * 100%</li> <li>3) число инвалидов/число выбывших больных * 100%</li> <li>4) число умерших больных/число наблюдающихся больных * 100%</li> <li>5) число умерших больных/10 тысяч населения * 100%</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		<p>3. Этапы внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг включают:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) анализ учетной и отчетной документации;</li> <li>2) проведение клинического аудита</li> <li>3) метод оценки финансовой деятельности клиники</li> <li>4) этап оценки качества эпидемиологического окружения</li> <li>5) проведение исследования состояния помещений медицинской организации</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1,2</p>
ОПК-2.2	<p>Оценивает и прогнозирует состояние популяционного здоровья с использованием современных индикаторов и с учетом социальных детерминант здоровья населения</p>	<p>Определение первичной заболеваемости:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) число случаев заболеваний, впервые выявленных в данном календарном году</li> <li>2) число первичных обращений в данном календарном году</li> <li>3) число первичных обращений в данном календарном году + число впервые выявленных заболеваний при медицинском осмотре</li> <li>4) число выявленных заболеваний при медицинском осмотре</li> <li>5) число посещений по поводу острых и хронических заболеваний в календарном году</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1</p> <p>2. Единицей наблюдения при изучении заболеваемости по данным медицинских осмотров является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) каждый обратившийся пациент</li> <li>2) первичное обращение</li> <li>3) каждый случай выявленного заболевания</li> <li>4) каждое впервые выявленное заболевание</li> <li>5) каждый выявленный больной</li> </ol> <p>Правильный ответ: 3</p> <p>3. В структуре причин смерти в РФ в настоящее время первое ранговое место принадлежит:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инфекционным болезням</li> <li>2) болезням системы кровообращения</li> <li>3) травмам и отравлениям</li> <li>4) злокачественным новообразованиям</li> <li>5) болезням органов дыхания</li> </ol> <p>Правильный ответ: 2</p>
ОПК-2.3	<p>Проводит работу по обеспечению внутреннего контроля</p>	<p>1. Лицензирование - это:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выдача государственного разрешения на осуществления определенных видов деятельности</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
	качества и безопасности медицинской деятельности	<p>2) выдача государственного разрешения на осуществления определенных видов деятельности и услуг по программе ОМС</p> <p>3) выдача государственного разрешения на осуществления определенных видов деятельности по программе ДМС</p> <p>4) выдача документа согласно Федерального закона РФ “Об обязательном медицинском страховании в РФ”</p> <p>Правильный ответ: 1</p> <p>2. Качество медицинской услуги - это:</p> <p>1) совокупность свойств продукции, которая обеспечивает удовлетворение потребностей людей в охране здоровья</p> <p>2) использование достижений научно-технического прогресса при оказании медицинских услуг</p> <p>3) удовлетворенность пролеченного человека</p> <p>4) результат, полученный при диагностике, реабилитации, профилактике</p> <p>Правильный ответ: 1</p> <p>3. Аккредитация медицинских учреждений - это:</p> <p>1) определение их соответствия установленным профессиональным стандартам</p> <p>2) определение их соответствия территориальным стандартам</p> <p>3) определение их соответствия федеральным стандартам</p> <p>4) выдача государственного разрешения на осуществление определенных видов медицинской деятельности</p> <p>5) выдача государственного разрешения на осуществление всех видов медицинской деятельности</p> <p>Правильный ответ: 2</p> <p>4. К процессу лицензирования медицинской организации относятся:</p> <p>1) определение видов и объема медицинской помощи, осуществляемых в ЛПО</p> <p>2) выдача документов на право заниматься определенным видом медицинской деятельности</p> <p>3) определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам</p> <p>4) оценка степени готовности медицинского персонала к оказанию медицинской помощи</p> <p>Правильный ответ: 1,2</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
ОПК-3.1	Принимает участие в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам	<p>1. Наука об обучении, образовании, методике преподавания дисциплины называется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) теорией воспитания</li> <li>2) дидактикой</li> <li>3) педагогическим менеджментом</li> <li>4) педагогической технологией</li> </ol> <p>Правильный ответ: 2</p> <p>2. Процессом обучения называется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) преподавание</li> <li>2) учебная деятельность</li> <li>3) специфический процесс познания, управляемый педагогом</li> <li>4) формирование умений и навыков</li> </ol> <p>Правильный ответ: 3</p> <p>3. Функциями процесса обучения являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) образовательная, воспитательная, развивающая</li> <li>2) образовательная, объяснительная, воспитательная</li> <li>3) проектировочная, прогностическая, развивающая</li> <li>4) ориентирующая, формулирующая, направляющая</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1</p>
ОПК-3.2	Применяет современные психолого-педагогические технологии, методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан, повышение у них мотивации сохранения и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<p>1. Видами педагогического требования врача к пациенту являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) намёк</li> <li>2) совет</li> <li>3) изменение отношение к пациенту</li> <li>4) просьба</li> <li>5) ограничение в правах</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1,2,4</p> <p>2. К методам воздействия на сознание пациентов, с целью формирования у них основ ЗОЖ являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) убеждение</li> <li>2) соревнование</li> <li>3) наказание</li> <li>4) беседа</li> </ol> <p>Правильный ответ: 1,4</p> <p>3. Целенаправленное обучение и воспитание пациентов ЗОЖ осуществляется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в Школе здоровья</li> <li>2) частной клинике</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		3) в Центре медицинской профилактики 4) на приёме у врача Правильный ответ: 1,3
ОПК-3.3	Применяет педагогические технологии для обучения среднего и младшего медицинского персонала	1. Укажите активные формы обучения: 1) Сократов круг 2) лекция 3) урок 4) интеллектуальная дуэль Правильный ответ: 1,4  2. Какие из перечисленных методов обучения являются активными: 1) беседа 2) инструктаж 3) метод коллективной мыслительной деятельности (КМД) 4.) показ 5) кейс-метод 6) метод моделирования профессиональной деятельности Правильный ответ: 3,5,6
ОПК-4.3	Определяет и оценивает морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы организма человека	1. Болезненность при глотании появляется у больных с флегмоной в области: 1) височной 2) скуловой 3) щечной 4) околоушно-жевательной 5) окологлоточного пространства Правильный ответ: 5  2. Первичный очаг гнойного воспаления, перерастающий в флегмону дна полости рта, локализуется в: 1) щечной области 2) подвисочной ямке 3) жевательной мышце 4) околоушной слюнной железе 5) поднижнечелюстной области Правильный ответ: 5  3. Причиной развития флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства является воспалительный процесс в области: 1) верхней губы 2) третьих моляров 3) зубов верхней челюсти 4) лимфатических узлов щечной области 5) периоста с небной стороны

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		<p>Правильный ответ: 2</p> <p>4. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ограниченным участком ороговения десны</li> <li>2) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны</li> <li>3) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов</li> <li>4) синюшно-бурым бугристым новообразованием на десне мягкой консистенции</li> <li>5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации</li> </ol> <p>Правильный ответ: 4</p>
ОПК-4.5	<p>Использует алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клиническая картина острого сиалоденита характеризуется: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) синдромом Харвата</li> <li>2) незначительным уплотнением железы</li> <li>3) болью, увеличением железы, гипосаливацией</li> <li>4) болью, увеличением железы, гиперсаливацией</li> <li>5) наличием ксеростомии и уплотнением слюнной железы</li> </ol> <p>Правильный ответ: 3</p> </li> <li>2. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течении: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) первого часа</li> <li>2) 8-12 часов</li> <li>3) 24-48 часов</li> <li>4) 3 суток</li> <li>5) 8 суток</li> </ol> <p>Правильный ответ: 3</p> </li> <li>3. Укажите признаки озлокачествления трофической язвы. <ol style="list-style-type: none"> <li>1) язва с ровными, чёткими краями, малоблезненная, не кровоточит</li> <li>2) язва округлой формы с валикообразными краями, гладким дном, на дне язвы воскообразный налёт</li> <li>3) язва с неровными, подрытыми краями, с инфильтратом в основании, кровоточит</li> <li>4) язва кратерообразной формы, покрыта фибриновым налётом</li> </ol> <p>Правильный ответ: 3</p> </li> <li>4. Ранула-это: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) киста подъязычной слюнной железы</li> </ol> </li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		2) киста подчелюстной слюнной железы 3) боковая киста шеи 4) срединная киста шеи Правильный ответ: 1
ОПК-5.2	Назначает лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, оценивает эффективность их применения	1. При желудочковых нарушениях ритма показано использование: 1) артикаина 2) бупивакаина 3) новокаина 4) лидокаина Правильный ответ: 4  2. Для лечения судорог при передозировке анестетиков следует использовать: 1) мезатон 2) нитроглицерин 3) сибазон 4) кордиамин Правильный ответ: 3  3. При отеке легких необходимо: 1) уложить больного и ввести сердечные гликозиды 2) перевести больного в положение сидя и дать нитроглицерин 3) уложить больного и придать ногам возвышенное положение 4) уложить больного, приподняв ноги, ввести адреналин Правильный ответ: 2  4. При беременности нужно использовать: 1) артикаин 2) бупивакаин 3) мепивакаин 4) лидокаин 5) этидокаин Правильный ответ: 1
ОПК-5.4	Осуществляет профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций,	1. У лиц пожилого и старческого возраста дозы местных анестетиков следует: 1) увеличивать 2) уменьшать 3) оставлять без изменения 4) не применять вообще Правильный ответ: 2  2. Атропин вводят для нормализации сердечного ритма:

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
	<p>применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения</p>	<p>1) при выраженной брадикардии  2) при выраженной тахикардии  3) при мерцательной аритмии  4) при шоке  Правильный ответ: 1</p> <p>3. Отметьте местный анестетик, не оказывающий сосудорасширяющего действия:  1) бензокаин (анестезин)  2) мепивакаин  3) прокаин (новокаин)  4) лидокаин  5) артикаин (ультракаин)  Правильный ответ: 2</p> <p>4. При наличии аритмии у больного местную анестезию лучше выполнять:  1) лидокаином  2) бупивакаином  3) мепивакаином  4) артикаином  5) новокаином  6) прилокаином  Правильный ответ: 1</p>
ОПК-7.1	<p>Проводит в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность</p>	<p>1. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:  1) костными изменениями типа "тающего сахара"  2) костными изменениями типа "матового стекла"  3) деструкцией кости в виде множественных очагов  4) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении, разрежением с четкими границами, разделенными костными перегородками  5) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении  Правильный ответ: 3</p> <p>2. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти являются:  1) подвижность всех зубов на челюсти  2) воспалительный инфильтрат на поверхности челюсти без четких границ, положительный симптом нагрузки  3) муфтообразный, без четких границ воспалительный инфильтрат, положительный симптом Венсана, подвижность зубов  4) воспалительный инфильтрат на одной поверхности челюсти с четкими границами,</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		<p>отрицательный симптом Венсана Правильный ответ: 3</p> <p>3. Для рентгенологической картины кистозной формы гигантоклеточной опухоли характерно: 1) очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами 2) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками 3) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верушек корней зубов 4) наличие кисты с зачатком зуба 5) наличие секвестра Правильный ответ: 2</p> <p>4. Для острых периоститов характерна смешанная микрофлора, состоящая из анаэробных и аэробных бактерий в соотношении: 1) 75% : 25% 2) 50% : 50% 3) 25% : 75% 4) 40% : 60% Правильный ответ: 1</p>
ОПК-8.1	Проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению населения и формированию у пациентов приверженности к ведению здорового образа жизни	<p>1. В рамках развития профилактического направления в здравоохранении России предусмотрены мероприятия по: 1) обеспечению населения качественными продуктами питания 2) формированию сети оздоровительных организаций 3) обеспечению доступности стационарной помощи 4) формированию здорового образа жизни Правильный ответ: 2,4</p> <p>2. Охрана здоровья граждан РФ подразумевает совокупность мер, направленных на: 1) сохранение и укрепление здоровья 2) поддержание активного долголетия 3) развитие экономики здравоохранения 4) получение прибыли ЛПО Правильный ответ: 1, 2</p> <p>3. Наибольшее влияние на формирование здоровья: 1) оказывают биологические факторы 2) оказывают природные факторы и состояние окружающей среды</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		<p>3) оказывает образ жизни населения  4) оказывают уровень и качество оказания медицинской помощи  Правильный ответ: 3</p> <p>4. Факторы риска здоровью – это все, что:  1) непосредственно вызывает какое-либо заболевание или патологическое состояние  2) способствует возникновению и развитию заболевания или патологического состояния  3) влияет на сохранение и укрепление здоровья населения  4) определяет уровень здоровья населения  Правильный ответ: 2</p>
ОПК-9.1	<p>Применяет современные методы управления персоналом, контролирует выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками</p>	<p>1. Основными методами управления средним и младшим персоналом являются:  1. организационно-распорядительные  2. правовые  3. семейные  4. тоталитарные  5. финансово-медицинские  Правильный ответ: 1,2</p> <p>2. К должностным обязанностям медицинских сестер, контролируемым врачом, относят:  1. соблюдение пациентом режима лечения  2. внесение данных в медицинскую карту больного  3. соблюдение финансовых ограничений  4. телефонные звонки на рабочем месте  5. деятельность в обеденный перерыв  Правильный ответ: 1,2</p>
ОПК-9.2	<p>Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа, использует современные программные средства для анализа медико-статистической информации</p>	<p>1. Журнал учёта, приёма больных и отказов в госпитализации:  1) форма N 007/у-02  2) форма N 016/у-02  3) форма N 066/у-02  4) форма №001/у  Правильный ответ: 4</p> <p>2. Испорченные бланки больничных листов уничтожаются:  1) главной медицинской сестрой медицинской организации  2) старшей медицинской сестрой отделения медицинской организации  3) специальной комиссией медицинской организации</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		<p>4) должностным лицом, ответственным за учет и хранение бланков Правильный ответ: 3</p> <p>3. К сводной ведомости движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении относится: 1) форма N 007/у-02 2) форма N 016/у-02 3) форма N 066/у-02 4) форма №001/у Правильный ответ: 2</p> <p>4. Отношение числа операций, после которых зарегистрированы инфекционные осложнения, к общему числу операций, умноженное на 100, характеризует: 1) структуру больных, доставленных по экстренным показаниям 2) структуру оперативных вмешательств; 3) частоту госпитализаций инфекционных больных 4) частоту послеоперационных инфекционных осложнений Правильный ответ: 4</p>
ОПК-10.1	Распознает состояния, представляющие угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме	<p>1. Анафилактический шок - это: 1) аноксия мозга, вызванная сердечно-сосудистой недостаточностью 2) остро развивающаяся полиорганная недостаточность, вызванная тяжелой аллергической реакцией на антиген 3) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания 4) иммунная реакция немедленного типа с повреждением эндотелия сосудов (феномен артюса-сахарова) 5) остро развивающаяся полиорганная недостаточность вызванная болевой реакцией Правильный ответ: 2</p> <p>2. Абсолютным показанием к наркозу при стоматологических хирургических вмешательствах является: 1) аллергическая реакция на местные анестетики группы сложных эфиров 2) эпилепсия 3) хирургические вмешательства</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		<p>продолжительностью более 1 часа</p> <p>4) сопутствующие заболевания органов внутренней секреции</p> <p>5) вмешательства, сопровождающиеся нарушением проходимости верхних дыхательных путей</p> <p>Правильный ответ: 5</p> <p>3. Основные клинические признаки отека легких:</p> <p>1) выраженная одышка (чаще затруднен вдох)</p> <p>2) вынужденное сидячее положение (ортопноэ)</p> <p>3) кашель - вначале сухой, затем с пенистой, иногда розовой мокротой</p> <p>4) в легких сухие хрипы, в нижних отделах - влажные</p> <p>5) тоны сердца ослаблены, &lt;ритм галопа&gt;</p> <p>Правильный ответ: 1,2,3,4,5</p> <p>4. Для анафилактического шока характерно:</p> <p>1) потеря сознания, судороги</p> <p>2) резкое падение АД, отсутствие пульса</p> <p>3) острая нехватка воздуха, бронхоспазм</p> <p>4) резкая боль в животе</p> <p>Правильный ответ: 1,2,3,4,</p>
ОПК-10.2	<p>Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания). Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p>	<p>1. Для лечения судорог при передозировке анестетиков следует использовать:</p> <p>1) мезатон</p> <p>2) нитроглицерин</p> <p>3) сибазон</p> <p>4) кордиамин</p> <p>Правильный ответ: 3</p> <p>2. При закрытом массаже сердца компрессию осуществляют на область:</p> <p>1) сердца слева от грудины</p> <p>2) на верхнюю треть грудины</p> <p>3) на нижнюю треть грудины</p> <p>4) центра грудины</p> <p>Правильный ответ: 3</p> <p>3. Атропин вводят для нормализации сердечного ритма:</p> <p>1) при выраженной брадикардии</p> <p>2) при выраженной тахикардии</p> <p>3) при мерцательной аритмии</p> <p>4) при шоке</p> <p>Правильный ответ: 1</p> <p>4. Неотложная помощь при внезапной остановке</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		<p>кровообращения:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) строфантин, мезатон</li> <li>2) преднизолон, димедрол, хлористый кальций</li> <li>3) закрытый массаж сердца, ивл, дефибриляция</li> <li>4) вызов бригады скорой помощи, обеспечение покоя больному и доступа свежего воздуха</li> <li>5) адреналин, мезатон, преднизолон</li> </ol> <p>Правильный ответ: 3</p>
ПК-1.1	<p>Осуществляет местное обезболивание (инфильтрационную (прямую, непрямую), проводниковую, стволовую (II и III ветвей тройничного нерва) анестезии) пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю, в том числе с травмой, челюстно-лицевой области</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ориентиром для вкола иглы при проведении инфильтрационной анестезии на верхней челюсти является: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) десневой край</li> <li>2) величина коронки зуба</li> <li>3) переходная складка</li> <li>4) свод преддверия</li> <li>5) десневой сосочек</li> </ol> <p>Правильный ответ: 3</p> </li> <li>2. Выберите препарат для обезболивания тканей полости рта при воспалении: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мепивакаин</li> <li>2) артикаин (ультракаин)</li> <li>3) прокаин (новокаин)</li> <li>4) бупивакаин</li> <li>5) лидокаин</li> </ol> <p>Правильный ответ: 2</p> </li> <li>3. Точка вкола иглы при проведении стволовой анестезии по-Вайсблату должна соответствовать проекции: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нижнего полюса полулунной вырезки</li> <li>2) середине траго-орбитальной линии под скуловой дугой (траго-орбитально-ангулярного расстояния)</li> <li>3) проекции передней поверхности суставной головки при широко открытом рте</li> <li>4) передненижнему углу скуловой кости</li> </ol> <p>Правильный ответ: 2</p> </li> <li>4. Вкол иглы при туберальной анестезии производят на уровне верхнего: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 8 зуба</li> <li>2) 7 зуба</li> <li>3) 6 зуба</li> <li>4) 5 зуба</li> <li>5) 4 зуба.</li> </ol> <p>Правильный ответ: 2</p> </li> </ol>
ПК-1.2	Осуществляет	1. Для лечения судорог при передозировке

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
	<p>профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате проведения местной анестезии</p>	<p>анестетиков следует использовать:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мезатон</li> <li>2) нитроглицерин</li> <li>3) сибазон</li> <li>4) кордиамин</li> </ol> <p>Правильный ответ: 3</p> <p>2. Анафилактический шок - это:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аноксия мозга, вызванная сердечно-сосудистой недостаточностью</li> <li>2) остро развивающаяся полиорганная недостаточность, вызванная тяжелой аллергической реакцией на антиген</li> <li>3) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания</li> <li>4) иммунная реакция немедленного типа с повреждением эндотелия сосудов (феномен Артюса-Сахарова)</li> <li>5) остро развивающаяся полиорганная недостаточность вызванная болевой реакцией</li> </ol> <p>Правильный ответ: 2</p> <p>3. При анафилактическом шоке адреналин не рекомендуется вводить:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) внутривенно</li> <li>2) подкожно</li> <li>3) в корень языка</li> <li>4) в трахею</li> </ol> <p>Правильный ответ: 2</p> <p>4. При очень редком пульсе используют:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атропин</li> <li>2) анаприлин</li> <li>3) нитроглицерин</li> <li>4) адреналин</li> </ol> <p>Правильный ответ: 2</p>
ПК-2.1	<p>Проводит хирургическое лечение заболеваний и (или) состояний, в том числе с травмой, челюстно-лицевой области</p>	<p>1. Разрез при флегмоне дна полости рта достаточен, если он сделан:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в области флюктуации</li> <li>2) в проекции корня языка</li> <li>3) по границе гиперемии кожи</li> <li>4) на протяжении инфильтрата</li> <li>5) в месте наибольшей болезненности</li> </ol> <p>Правильный ответ: 4</p> <p>2. Оперативное лечение больного с травматическим остеомиелитом челюсти заключается в:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) удалении секвестров</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания, эталонный ответ
		<p>2) ревизии костной раны  3) репозиции и фиксации отломков  4) ревизии костной раны, удалении секвестров  5) ревизии костной раны, удалении секвестров, репозиции и фиксации отломков  Правильный ответ: 5</p> <p>3. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо:  1) провести синусотомию  2) динамическое наблюдение  3) промыть пазуху антисептиком, провести тугую тампонаду устья лунки после образования в ней сгустка крови  4) укрыть лунку йодоформным тампоном  5) выскаблить полипы из верхнечелюстной пазухи через лунку  Правильный ответ: 3</p> <p>4. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху состоит в проведении:  1) радикальной операции гайморотомии  2) остеотомии верхней челюсти  3) спиц Киршнера через скуловую кость по методу Макиенко  4) радикальной операции гайморотомии с репозицией отломков  5) бимаксиллярного шинирования  Правильный ответ: 4</p>
ПК-2.2	<p>Осуществляет предоперационную подготовку и послеоперационное ведение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с травмой, челюстно-лицевой области</p>	<p>1. Уход за пациентами с травмами ЧЛЮ принято подразделять:  1) на общий  2) индивидуальный  3) специальный  4) смешанный  Правильный ответ: 1,3</p> <p>2. Режим, когда пациенту разрешается вставать с постели на короткое время, именуется:  1) строгим постельным;  2) постельным;  3) полупостельным;  4) общим.  Правильный ответ: 3</p> <p>3. Измерение температуры следует проводить</p>

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания, эталонный ответ</i>
		<p>дважды в день:</p> <p>1) утром с 4 до 6 часов и вечером с 19 до 22 часов;  2) утром с 6 до 8 часов и вечером с 21 до 22 часов;  3) утром с 6 до 8 часов и вечером с 17 до 19 часов.  Правильный ответ: 3</p> <p>4. После остеосинтеза репозиции, иммобилизации и остеосинтеза челюстей назначают стол:</p> <p>1) № 1  2) № 9  3) № 15  4) трубочный  5) 2-й челюстной  Правильный ответ: 4</p>

*Комплект заданий для проведения второго этапа ГИА (вопросы для собеседования)*

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания</i>
УК-1.2	Определяет возможности и способы применения современных достижений медицины и фармации при решении профессиональных задач	<p>1. Роль клинических рекомендаций в решении профессиональных задач врача-челюстно-лицевого хирурга.</p> <p>2. Костно-пластические операции. Показания, противопоказания, виды костных трансплантатов и способы их фиксации в дефекте, возможности стимуляции репаративной регенерации.</p> <p>3. Операция синус-лифтинга. Показания. Методы. Характеристика используемых материалов. Осложнения.</p>
УК-3.1	Организовывает процесс оказания медицинской помощи по профилю в соответствии с законодательными и нормативными документами	<p>1. Показания к плановому направлению на стационарное лечение пациентов с челюстно-лицевой патологией, оформление медицинской документации.</p> <p>2. Показания к экстренному направлению на стационарное лечение пациентов с челюстно-лицевой патологией, оформление медицинской документации.</p> <p>3. Онкологическая настороженность. Определение понятия, виды. Диспансеризация больных с опухолями челюстно-лицевой области. Группы диспансерных больных.</p>
УК-3.2	Осуществляет руководство работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала	<p>1. Требования к организации стационара челюстно-лицевой хирургии.</p> <p>2. Должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала в медицинских организациях.</p> <p>3. Роль медицинской сестры отделения челюстно-лицевой хирургии,</p>

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания</i>
		функциональные обязанности.
ОПК-4.1	Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Порядок сбора жалоб, анамнеза жизни и анамнеза заболевания у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с травмой, челюстно-лицевой области (их законных представителей).</li> <li>2. Обследование больного с челюстно-лицевой патологией. Определение показаний к амбулаторному и стационарному лечению.</li> <li>3. Врачебная этика и деонтология.</li> </ol>
ОПК-4.2	Проводит физикальное исследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи,	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клинические методы обследования больного с хирургической патологией челюстно-лицевой области.</li> <li>2. Особенности обследования пациентов с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.</li> <li>3. Особенности обследования пациентов с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области.</li> </ol>
ОПК-4.3	Определяет и оценивает морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы организма человека	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Классификация. Роль микрофлоры, состояния иммунных сил организма в развитии и течении воспалительных процессов.</li> <li>2. Особенности клинической картины флегмон у больных с сопутствующими заболеваниями. Лечение, осложнения.</li> <li>3. Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. (одонтогенный медиастинит, сепсис, тромбоз кавернозного синуса). Этиология, клинические проявления, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения, прогноз.</li> </ol>
ОПК-4.4	Обосновывает и планирует объем лабораторных и инструментальных исследований пациентов, интерпретирует их результаты	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Дополнительные методы обследования больного с хирургической патологией челюстно-лицевой области.</li> <li>2. Рентгенологические методы обследования больного с хирургической патологией челюстно-лицевой области (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ядерно-магнитный резонанс и др.).</li> </ol>
ОПК-4.5	Использует алгоритм постановки диагноза (основного,	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Абсцесс и флегмона подвисочной и крылонебной ямок. Топография областей. Пути проникновения инфекции. Клиника,</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
	сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	<p>диагностика, дифдиагностика, лечение, осложнения.</p> <p>2. Острый одонтогенный гайморит. Топографическая анатомия синуса. Классификация. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, дифдиагностика, лечение, осложнения, прогноз.</p> <p>3. Реактивно-дистрофические изменения слюнных желез (болезнь Микулича, синдром Гужеро-Шегрена). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифдиагностика, лечение.</p>
ОПК-5.1	Разрабатывает план лечения пациентов по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	<p>1. Предраковые заболевания покровного эпителия челюстно-лицевой области. Классификация. Предрасполагающие факторы. Методы диагностики. Принципы лечения. Диспансеризация. Неогнестрельные переломы нижней челюсти. Классификация. Механизмы смещения отломков. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>2. Неогнестрельные переломы нижней челюсти. Классификация. Механизмы смещения отломков. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>3. Туберкулез челюстно-лицевой области. Классификация. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение, осложнения, прогноз.</p>
ОПК-5.2	Назначает лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, оценивает эффективность их применения	<p>1. Принципы консервативного лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.</p> <p>2. Актиномикоз челюстно-лицевой области. Классификация. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение, осложнения, прогноз.</p> <p>3. Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта (ангина Жансуля-Людвига). Топография областей. Пути проникновения инфекции. Клиника, диагностика, жифдиагностика, лечение, осложнения.</p>

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания</i>
ОПК-5.4	Осуществляет профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Асептика и антисептика в хирургической стоматологии, хирургическая обработка ран челюстно-лицевой области. Сроки вмешательства, виды обезболивания. Последовательность обработки ран.</li> <li>2. Аллергические реакции. Ларинго- и бронхоспазм. Этиология, клиника, диагностика, неотложные мероприятия, профилактика.</li> <li>3. Ранние и поздние местные осложнения анестезий. Клинические проявления, диагностика, лечение. Профилактика.</li> </ol>
ОПК-6.1	Принимает участие в работе мультидисциплинарной реабилитационной команды амбулаторно, в условиях стационара, дневного стационара	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Основные принципы реабилитации больных с челюстно-лицевой патологией.</li> </ol>
ОПК-6.2	Применяет шкалу реабилитационной маршрутизации у пациентов по профилю «челюстно-лицевая хирургия»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Шкала реабилитационной маршрутизации у пациентов с челюстно-лицевой патологией.</li> </ol>
ОПК-6.3	Осуществляет контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации у пациентов по профилю «челюстно-лицевая хирургия»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медицинские показания, оценка эффективности направления пациентов с патологией челюстно-лицевой области врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе, при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов.</li> </ol>
ОПК-7.2	Устанавливает причинно-следственную связь между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Осложнения острого одонтогенного остеомиелита челюстей (остеофлегмона, синусит, тромбофлебит вен лица), лечение и профилактика.</li> <li>2. Проникающая радиация и радиоактивное заражение ран челюстно-лицевой области. Лучевая болезнь, степени и стадии. Особенности лечения.</li> <li>3. Кисты челюстей. Теории происхождения. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.</li> </ol>
ОПК-8.2	Осуществляет контроль эффективности мероприятий по	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Основные принципы диспансеризации больных с челюстно-лицевой патологией.</li> </ol>

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания</i>
	профилактике и формированию здорового образа жизни	
ОПК-9.2	Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа, использует современные программные средства для анализа медико-статистической информации	1. Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями функции челюстно-лицевой области, в том числе в форме электронного документа.
ОПК-10.1	Распознает состояния, представляющие угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме	1. Принципы хирургического лечения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области. Выбор метода обезболивания, реанимационные мероприятия. Уход за послеоперационной раной. 2. Коллапс. Этиология, клиника, диагностика, неотложные мероприятия, профилактика. 3. Гипертонический криз. Этиология, клиника, диагностика, неотложные мероприятия, профилактика.
ПК-1.1	Осуществляет местное обезболивание (инфильтрационную (прямую, непрямую), проводниковую, стволовую (II и III ветвей тройничного нерва) анестезии) пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю, в том числе с травмой, челюстно-лицевой области	1. Характеристика методов общего обезболивания в стоматологии. 2. Характеристика методов местного обезболивания в стоматологии. 3. Стволовая анестезия второй и третьей ветви тройничного нерва. Топографические ориентиры. Методика проведения. Зоны обезболивания. Осложнения.
ПК-1.2	Осуществляет профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате проведения местной анестезии	1. Обморок. Этиология, клиника, диагностика, неотложные мероприятия, профилактика. 2. Отек Квинке. Этиология, клиника, диагностика, неотложные мероприятия, профилактика. 3. Коллапс. Этиология, клиника, диагностика, неотложные мероприятия, профилактика.
ПК-2.1	Проводит хирургическое лечение заболеваний и (или) состояний, в том числе с травмой, челюстно-лицевой области	1. Лечение переломов верхней и нижней челюсти, способы репозиции и фиксации отломков (временная, постоянная иммобилизация, хирургические методы (остеосинтез)).

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания</i>
		2. Операция аугментации. Показания. Методы. Характеристика используемых материалов. 3. Пластика местными тканями. Показания, противопоказания, виды пластики.
ПК-2.2	Осуществляет предоперационную подготовку и послеоперационное ведение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с травмой, челюстно-лицевой области	1. Подготовка больных с заболеваниями крови (гемофилия, лейкозы, болезнь Верльгофа и др.) к хирургическому вмешательству. Особенности хирургического вмешательства, послеоперационный уход за раной. 2. Подготовка больных с сердечно - сосудистыми заболеваниями к хирургическому вмешательству. Особенности хирургического вмешательства, послеоперационный уход за раной. 3. Подготовка больных с эндокринными заболеваниями к хирургическому вмешательству. Особенности хирургического вмешательства, послеоперационный уход за раной.

*Комплект заданий для проведения второго этапа ГИА (индивидуальных заданий (ситуационных задач)*

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания</i>
УК-1.1	Осуществляет системный критический анализ достижений в области медицины и фармации по профилю	<b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b> <b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b> <b>Основная часть</b> Больной К., 52 лет, обратилась с жалобами на боли в ВНЧС справа, которая возникла 3 недели назад после гриппа. Сначала возникло щелканье, 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. <b>Вопросы:</b> 1. Сформулируйте диагноз заболевания, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. 2. Проведите дополнительные методы обследования, обоснуйте их необходимость для верификации диагноза. 3. Предложите план лечения, назначьте медикаментозное лечение. 4. Показана ли физиотерапия больному? <b>Ответ</b> 1. Острый артрит ВНЧС справа, предварительный диагноз устанавливается на основании сбора жалоб и клинического обследования пациента: больной стал отмечать болевые ощущения в области ВНЧС справа

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>после перенесенного гриппа 3 недели назад, возникло щелканье, боль; объективно: гиперемия, отек в области сустава справа, региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны.</p> <p>2.Рентгенография ВНЧС, которая установит наличие расширенной суставной щели справа.</p> <p>Анализ крови на наличие ревматоидных факторов, который определит наличие или отсутствие иммуновоспалительного (аутоиммунного) ревматического заболевания, характеризующееся хроническим эрозивным артритом и системным поражением внутренних органов, приводящем к ранней инвалидности и сокращению продолжительности жизни пациентов.</p> <p>3.Для снятия воспалительных явлений назначается антибактериальная, иммуномодулирующая терапия, симптоматическая: противовоспалительная (НПВС, антигистаминные препараты). Щадящая диета.</p> <p>4.Не показана. Физиотерапевтическое лечение возможно проводить после стихания острых воспалительных процессов.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>На прием в отделение челюстно-лицевой хирургии обратился больной Ф., 59 лет с жалобами на наличие дефекта мягких тканей нижней губы.</p> <p>Ан. анамнестический: 5 лет назад была произведена тотальная резекция нижней губы по поводу рака с последующим лучевым лечением.</p> <p>Объективно: при внешнем осмотре нижняя губа отсутствует полностью. Ротовая щель не смыкается. Кожа подбородка рубцово изменена, сухая, имеет вид «пергаментной бумаги». В полости рта: без патологии.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте диагноз заболевания, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.</li> <li>2. Проведите дополнительные лучевые методы обследования, обоснуйте их необходимость для верификации диагноза.</li> <li>3. Предложите план лечения, назначьте медикаментозное лечение.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <p>1.Постоперационный тотальный дефект нижней губы, рубцовая деформация мягких тканей подбородка, предварительный диагноз устанавливается на основании сбора жалоб и клинического обследования пациента: жалобы на наличие дефекта мягких тканей нижней губы после произведенной тотальной резекция нижней губы по</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>поводу рака с последующим лучевым лечением; объективно: при внешнем осмотре нижняя губа отсутствует полностью, ротовая щель не смыкается, кожа подбородка рубцово изменена, сухая, имеет вид «пергаментной бумаги».</p> <p>2.КТ (КЛКТ) нижней челюсти с целью установления наличия патологических очагов в костной ткани в следствии ранее перенесенного онкологического заболевания.</p> <p>3. Пластика филатовским стеблем (формирование стебля напередне-боковой поверхности живота, перенос через предплечье, перенос к месту дефекта, распластывание). Для профилактики послеоперационных осложнений и снятия воспалительных явлений назначается антибактериальная, симпатоматическая: обезболивающая, противовоспалительная (НПВС, антигистаминные препараты). Щадящая диета.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Пациент 38 лет обратился с жалобами на боль и отек в правой половине лица, затрудненное носовое дыхание. Из анамнеза: в течении года периодически болел 16 зуб. Неделю назад появились ноющие боли, усиливающиеся при накусывании. К врачу не обращался, принимал анальгетики. Накануне повысилась температура тела до 38,2<sup>0</sup>С, отек и боль в правой половине лица, затрудненное носовое дыхание. Объективно: при разговоре пациента определяется гнусавый оттенок речи. Асимметрия лица вследствие отека мягких тканей правого нижнего века и щечной области, сглаженность носогубной борозды. Кожа над отеком в цвете не изменена, из правого носового хода отмечается слизисто-гнойное отделяемое. Пальпация тканей в правой подглазничной области болезненна. Слизистая оболочка преддверия полости рта справа гиперемирована, отечна, сглаженность переходной складки в области моляров, пальпация болезненна. 16 зуб - коронка разрушена на 2/3, зуб изменен в цвете, перкуссия болезненна. 11 и 21 зубы - на контактных поверхностях кариозные полости средней глубины, зондирование стенок, реакция на холод болезненны, перкуссия безболезненна. На внутриротовой рентгенограмме 16 зуба в околоверхнощечной области медиального щечного корня отмечено пламеобразное разряжение костной ткани, небный корень выступает в верхнечелюстную пазуху, периодонтальная щель в апикальной части корня не прослеживается. На рентгенограмме черепа в полуаксиальной проекции</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>определяется интенсивное гомогенное затемнение правой верхнечелюстной пазухи без изменения ее костных стенок.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>3. Окажите неотложную помощь. Назначьте медикаментозное лечение.</li> <li>4. Перечислите показания для консервативно-хирургического лечения 16 зуба.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обострение хронического одонтогенного синусита. Обострение хронического гранулирующего периодонтита 16 зуба. Предварительный диагноз устанавливается на основании сбора жалоб и клинического обследования пациента: в течении года периодически болел 16 зуб, а неделю назад появились ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, повысилась температура тела до 38,2<sup>0</sup> С, появился отек и боль в правой половине лица, затрудненное носовое дыхание. Объективно: при разговоре пациента определяется гнусавый оттенок речи. Асимметрия лица вследствие отека мягких тканей правого нижнего века и щечной области, сглаженность носогубной борозды. Кожа над отеком в цвете не изменена, из правого носового хода отмечается слизисто-гнойное отделяемое. Пальпация тканей в правой подглазничной области болезненна. Слизистая оболочка преддверия полости рта справа гиперемирована, отечна, сглаженность переходной складки в области моляров, пальпация болезненна. 16 зуб - коронка разрушена на 2/3, зуб изменен в цвете, перкуссия болезненна. 11 и 21 зубы - на контактных поверхностях кариозные полости средней глубины, зондирование стенок, реакция на холод болезненны, перкуссия безболезненна.</li> <li>2. КТ (КЛКТ) верхней челюсти с целью определения патологического очага в области причинного зуба, возможности выстояния корней зуба в верхнечелюстную пазуху, наличия перфорации дна и воспалительных явлений гайморовой пазухи, установления одонтогенной этиологии гайморита.</li> <li>3. а) местная анестезия, б) удаление 16 зуба, в) санация верхнечелюстной пазухи через лунку удаленного зуба, г) антибактериальная и противовоспалительная терапия, д) после купирования острого воспалительного процесса - гайморолмия с пластижкой соустья.</li> <li>4. Показанием к зубосохраняющим операциям (резекция верхушки корня, ампутация щечного корня) является</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		отсутствие обострения, локализация патологического процесса в области одного щечного корня, проходимость остальных корневых каналов.
ОПК-4.1	Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей)	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Больной 27 лет обратился с жалобами на невозможность полноценного открывания рта. Питается только жидкой пищей, ограничение движений нижней челюсти происходило постепенно, в течение полугода. Шесть месяцев тому назад в результате имевшей место обширной флегмоны справа образовались несколько рубцов на месте имевшихся разрезов после лечения в стационаре. Рубцы со временем становились всё грубее, а открывание рта становилось всё более ограниченным. При внешнем осмотре в месте соединения скуловой кости и скуловой дуги справа на коже имеется втянутый трёхлепестковый рубец. При пальпации определяется рубцовый конгломерат под кожей, идущий от скуловой дуги к венечному отростку. Движения суставных головок сохранены, но в ограниченном объёме. Открывание рта на 8-9 мм между резцами. В полости рта: большое количество мягкого зубного налёта, остатки пищи в складках слизистой оболочки и в области переходных складок.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз, обосуйте его.</li> <li>2. Каковы причины, вызывающие заболевание?</li> <li>3. Классификация данной патологии.</li> <li>4. Дайте определение заболевания.</li> <li>5. Предложите дополнительные методы обследования.</li> <li>6. Методы лечения этой патологии.</li> <li>7. Причины рецидивов данного заболевания и их профилактика.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <p>1. Предварительный диагноз: внесуставная рубцовая межкостная контрактура устанавливается на основании сбора анамнеза, жалоб и клинического обследования (жалобы на невозможность полноценного открывания рта. Шесть месяцев тому назад в результате имевшей место обширной флегмоны справа образовались несколько рубцов на месте имевшихся разрезов после лечения в стационаре. При внешнем осмотре в месте соединения скуловой кости и скуловой дуги справа на коже имеется втянутый трёхлепестковый рубец. При пальпации определяется рубцовый конгломерат под кожей, идущий от скуловой дуги к венечному отростку. Движения суставных головок сохранены, но в ограниченном объёме. Открывание рта на 8-9 мм между</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>резцами. В полости рта: большое количество мягкого зубного налёта, остатки пищи в складках слизистой оболочки и в области переходных складок.</p> <p>2. Причина заболевания: активный процесс рубцевания остаточной гнойной полости, возникшей в результате имевшей место флегмоны. Отсутствие адекватного процесса реабилитации в послеоперационном периоде привело к формированию чрезмерного рубцового конгломерата, ограничившего активные движения НЧ.</p> <p>3. Контрактуры НЧ бывают внутри- и внесуставными. Внесуставные контрактуры могут быть кожными, кожно-мышечными, мышечно-слизистыми, костно-мышечными, межкостными и сложно сочетанными.</p> <p>4. Термин «контрактура» происходит от латинского слова «contractere – стягивать, сокращать, стаскивать». Контрактура – ограничение движения нижней челюсти за счёт наличия внутри- или внесуставных патологических процессов в качестве механических помех.</p> <p>5. Проведение ОПТГ, КТ (КЛКТ), МРТ, компьютерной томографии височно-нижнечелюстного сочленения. Эти методы позволяют выявить зубочелюстно-лицевые деформации, проанализировать состояние элементов сустава и положение головки в суставной ямке, играют большую роль в дифференциальной диагностике.</p> <p>5. Лечение небольших по площади и объёму рубцовых тяжей ограничивается физиотерапией (УЗ, ГНЛ, магнитотерапия, ЭФорез с лидазой, ронидазой) и механотерапией (активной и пассивной). В случае наличия больших блоков рубцовой ткани показано хирургическое лечение: иссечение фиброзных конгломератов с использованием прокладок из фибриновой плёнки (между мышцами, костями), аутофасции, лиофилизированной аллофасции. Возможно применение деэпидермизированного стебельчатого кожно-жирового лоскута Н.В. Филатова. В данном случае первым этапом должно быть радикальное иссечение рубцового конгломерата между скуловой костью и веначным отростком с использованием аутофасции с бедра; второй этап: механотерапия с 9-10 суток после операции и вплоть до 1,5 месяца с момента её начала.</p> <p>6. Рецидивы при лечении контрактур возникают при нерадикальном иссечении рубцовых тяжей, а также отказ от использования разобщающих прокладок между оперированными тканями.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2</b>  <b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b>  <b>Основная часть</b></p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>Больной Б., 37 лет, жалуется на наличие свищей на коже в заднем отделе поднижнечелюстной области справа, ограниченное открывание рта. Три месяца назад был удален разрушенный 48 зуб, после чего появились припухлость в области угла нижней челюсти справа, ограниченное открывание рта. Через месяц и две недели, после «прорыва» припухлости там появились свищи с небольшим количеством гнойного отделяемого. Температура тела почти все время была субфебрильной. При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей в области угла нижней челюсти справа и в заднем отделе поднижнечелюстной области, кожа над припухлостью синюшно-багрового цвета, с характерным видом «стёганого одеяла». Здесь же имеются 4 свища со скудным, гнойно-крошковидным отделяемым. При пальпации определяется умеренно болезненный, деревянистой плотности инфильтрат. Рот открывается на 1,5 см между центральными резцами, лунка 48 полностью зажила.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое заболевание можно предположить?</li> <li>2. Каковы этиологические моменты развития данного заболевания?</li> <li>3. Каковы пути распространения инфекции?</li> <li>4. Какие клинические проявления характерны для данного заболевания?</li> <li>5. Какой метод диагностики может помочь в постановке окончательного диагноза?</li> <li>6. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены?</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наиболее вероятный диагноз: актиномикоз в области угла нижней челюсти справа, кожно-мышечная форма.</li> <li>2. Заболевание вызывается лучистыми грибами, которые сапрофитируют в полости рта почти каждого здорового человека. Только высокий уровень сенсibilизации и резкое ослабление всех видов иммунитета может привести к возникновению актиномикоза.</li> <li>3. Распространяется актиномикоз контактным, одонтогенным, лимфогенным и гематогенным путями.</li> <li>4. Наиболее патогномичные симптомы актиномикоза: деревянистой плотности инфильтрат в месте первичного внедрения лучистого грибка в ткани, синюшно-багровая окраска кожи над инфильтратом и симптом «стёганого одеяла», который возникает за счёт наличия множества свищей, устья которых образуют втянутости. Из свищей могут выделяться, наряду с гноем, крошковидные включения, содержащие элементы друз лучистого грибка.</li> <li>5. Для уточнения диагноза необходимо использовать</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>кожно-аллергическую пробу с актинолизатом по Аснину. Внутрикожно, во внутреннюю поверхность предплечья, вводится 0,1 мл актинолизата (продукт спонтанного лизиса колонии актиномицетов). В другое предплечье, симметрично. Вводится столько же стерильного мясопептонного бульона для контроля. Через 12-24 часа оценивают реакцию организма на введённый антиген. Если вокруг места введения никаких проявлений, лишь лёгкая краснота – реакция отрицательная. Если краснота вокруг места инъекции более 1,5-2 см и имеется волдырь – реакция положительная. Наиболее надёжным способом диагностики является сочетание иммуноспецифической реакции с гистологическим исследованием: взятием кусочка тканей во всю толщу из зоны поражения.</p> <p>6. Лечение может быть иммунонеспецифическим (большие дозы антибиотиков, противогрибковые препараты, соли тяжёлых металлов, малые дозы рентгеновского излучения) и иммуноспецифическим (лечение актинолизатом). Актинолизатотерапия проводится с учётом рекомендаций большого русского учёного Безредки: начиная с дозы «переносимости» (около 0.3 мл) с повышением ежедневно на 0.2 мл до дозы «терпимости» (около 1,6 мл). После этого выдерживается «плато» на максимально терпимой организмом дозе в течение недели и начинается снижение дозировки по 0,2 мл в сутки до первоначальных 0,3 мл. Через два месяца при необходимости курс повторяется. Лечение актинолизатом по методу Сутеева: внутримышечно, за один раз, вводится максимальная доза – 3 мл. При отсутствии отрицательных реакций через три дня вводится ещё столько же. Подобное лечение длится в течение месяца и даёт хороший клинический результат.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Больной 42 лет поступил в клинику с жалобами на невозможность закрыть рот после акта зевания. При осмотре лицо больного вытянуто в длину за счет смещения нижней челюсти книзу и кпереди. Рот полуоткрыт, из него самопроизвольно вытекает слюна, попытки закрыть рот ни к чему не приводят, только вызывают боль в мышцах и в области височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) с обеих сторон. Больной расстроен и беспомощен. Речь неразборчива. При пальпации в области височно-нижнечелюстных суставов наличия суставных головок в ямках не определяется.</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Какие клинические данные, отсутствующие в описании, характерны для данного вида патологии?</li> <li>3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза, обоснуйте?</li> <li>4. Перечислите факторы, способствующие возникновению данного вида патологии.</li> <li>5. Классификация данного вида патологии.</li> <li>6. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>7. Методы устранения данной патологии через 1-3 часа после случившегося.</li> <li>8. Тактика ведения больных после устранения данной патологии.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагноз: острый передний двусторонний вывих нижней челюсти.</li> <li>2. У таких больных возникает чувство плохо контролируемой паники, толкающее их на необдуманные поступки, невозможность общения, приёма пищи, смыкания зубных рядов, чувство социальной ущербности.</li> <li>3. Необходимо провести рентгенографию (РГ) по Шюллеру-Майеру или по Йозефу, или по Парма. Все они позволяют добиться главного: наименьшее количество наложений костных структур на область ВНЧС и определение положения суставных головок нижней челюсти.</li> <li>4. Кроме акта зевания к этой патологии могут привести: громкий крик, чрезмерное открывание рта при откусывании большого куска пищи, рвота, удар в подбородок сверху вниз, а также длительное незакрывание рта на приёме у стоматолога. Нередко вывих нижней челюсти встречается при интубации трахеи у больных во время проведения наркоза.</li> <li>5. Вывихи нижней челюсти делятся на острые (передний и задний, одно- и двусторонний) и привычные (передний одно- и двусторонний). Встречаются также застарелые невправленные вывихи. Острым вывих считается в течение 12-24 часов после травмы. Спустя неделю – застарелым. Если вывих удаётся больному вправить самостоятельно, то в большинстве случаев формируется привычный вывих.</li> <li>6. Суть ДД состоит в определении положения суставных головок нижней челюсти (НЧ). Если одна головка в ямке, а другая нет – вывих односторонний. Если головка впереди от козелка уха вывих передний, кзади – задний. Если больной открывает рот шире, чем положено в норме – вывих привычный, если это произошло впервые – острый.</li> </ol>

<i>Код</i>	<i>Формулировка индикатора</i>	<i>Формулировка задания</i>
		<p>7. Лечение – классическое вправление НЧ. Больной сидит, плотно прижавшись всем телом и головой к твёрдой поверхности. Врач, обернув большие пальцы марлей, накладывает их на моляры нижней челюсти больного и в течение минуты (не менее!) отдавливает НЧ книзу, используя не только силу, но и собственный вес. При этом происходит растягивание напряжённых жевательных мышц. После НЧ смещается врачом кзади и слегка подталкивается вверх. В этот момент врачу необходимо быстро убрать пальцы на внутренние косые линии НЧ, чтобы не получить травму рефлекторно сжавшимися зубами пациента. Вывих вправлен.</p> <p>8. После вправления вывиха НЧ её необходимо иммобилизовать на срок 2,5-3 недели либо с помощью теменно-подбородочной жёсткой повязки, либо гипсовой головной шапочки и стандартной пращи Энтина, либо с помощью двучелюстного лигатурного связывания зубов, либо с помощью аппарата Бетельмана, коронок Катца, шины Ядровой.</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
ОПК-4.2	Проводит физикальное исследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Больной 38 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобой на болезненную припухлость под нижней челюстью слева. Увеличение припухлости возникает при приеме пищи и сопровождается резкими болями колющего характера. Спустя 20-30 минут припухлость постепенно уменьшается, вместе с этим ослабевает интенсивность боли. Болен около 7-8 месяцев, когда впервые обратил внимание на возникающую боль при еде и появление припухлости в поднижнечелюстной области. Периодически припухлость и боли исчезали, но ненадолго. Последний месяц при приеме пищи боли возникали постоянно и были более резкими по сравнению с предыдущим периодом. Общее состояние больного удовлетворительное. При внешнем осмотре патологии не выявлено. При бимануальной пальпации в левой поднижнечелюстной области определяется слегка увеличенная левая поднижнечелюстная слюнная железа, безболезненная, мягко-эластической консистенции. В среднем отделе левого Вартонова протока при бимануальной пальпации определяется наличие овальной формы болезненного уплотнения размерами 1,0 x 0,3 см.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Какие дополнительные методы обследования можно провести?</li> <li>3. Причины возникновения заболевания.</li> <li>4. Классификация данной патологии.</li> <li>5. Опишите методику хирургического лечения данной патологии.</li> <li>6. Возможные осложнения.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <p>1. Сиалолитиаз, конкремент в протоке. Постановка предварительного диагноза осуществляется на основе сбора жалоб, анамнеза, клинического обследования (жалобы на болезненную припухлость под нижней челюстью слева, увеличение припухлости возникает при приеме пищи и сопровождается резкими болями колющего характера. Спустя 20-30 минут припухлость постепенно уменьшается, вместе с этим ослабевает интенсивность боли. При бимануальной пальпации в левой поднижнечелюстной области определяется слегка увеличенная левая поднижнечелюстная слюнная железа, безболезненная, мягко-эластической консистенции. В среднем отделе левого Вартонова протока при</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>бимануальной пальпации определяется наличие овальной формы болезненного уплотнения размерами 1,0 x 0,3 см.</p> <p>Для постановки окончательного диагноза необходимо проведение дополнительных лучевых методов обследования.</p> <p>2. Необходима РГ дна полости рта по Коваленко для уточнения расположения конкремента.</p> <p>3. Основной причиной возникновения камней в слюнных железах (СЖ) является снижения клиренса слюноотделения. Это бывает при гипофункции СЖ. Также важным моментом в камнеобразовании может быть нарушение водно-солевого обмена в организме, нарушение деятельности желез внутренней секреции, хронические болезни ЖКТ.</p> <p>4. Слюннокаменная болезнь (СКБ) делится на начальную и развившуюся, захватывающую одну и более СЖ, с образованием камней внутри паренхимы СЖ и в её протоках, сочетающуюся с камнеобразованием в других органах (печени, почках) и изолированную.</p> <p>5. Под торусальной или мандибулярной анестезией прошиваются и подтягиваются кверху ткани позади камня вартонова протока. Это необходимо для того, чтобы камень не ускользнул во время операции в ампулу железы. После делается разрез над уплотнённым участком протока вплоть до ощущения царапанья кончика скальпеля по поверхности конкремента. Небольшой кюретажной ложкой камень аккуратно извлекается из места его «прилипания» к внутренней поверхности вартонова протока в полость рта. При этом из увеличенной слюнной железы однократно выделится около 4-6 мл застойной слюны. Разрез дренируется, назначается массаж ПЧСЖ, уход за полостью рта.</p> <p>6. К возможным осложнениям относятся раздробление камня при грубых действиях хирурга, проталкивание его в мягкие ткани с их последующим нагноением, нанесение значительной травмы больному при попытке использования зажимов для извлечения камня, кровотечение.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2</b>  <b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b>  <b>Основная часть</b>  В Индонезии 12 октября 2002 года около 23 часов в Куте, городе на юге острова Бали, перед ночным клубом «Сари» была приведена в действие заложенная в белый фургон бомба весом около 1000 кг, управляемая дистанционно. После взрыва в ночном клубе начался мощный пожар, во внутренних помещениях начали</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>взрываться баллоны с газом. Всего за несколько мгновений все посетители ночного клуба оказались в огненном кольце, далее пожар который перекинулся на помещение другого ночного клуба, также наполненного людьми, а затем охватил в общей сложности еще 20 соседних зданий. Десятки человек получили тяжёлые ожоги. Вы оказались невольным свидетелем происходящего, поспешили на помощь пострадавшему мужчине, лежавшему на земле недалеко от места происшествия. В результате пожара одежда на мужчине воспламенилась, которую другие очевидцы тушили подручными средствами. При осмотре: пострадавший в состоянии возбуждения, которое в последствии сменилось на заторможенность, безучастно отвечает на вопросы, испытывает жажду, озноб и мышечную дрожь, пульс частый, артериальное давление несколько снижено, дыхание поверхностное. Лицо в области лба, щек, носа, губ, подбородка отечное, гиперемированное, на коже лица визуализируются пузыри с прозрачной желтоватой жидкостью и вскрывшиеся пузыри, под покрывшейся пузырькой определяется влажная ткань ярко-красного цвета с выраженной болевой чувствительностью, также определяются участки обугленной кожи - струп светло-коричневого цвета, поверхность его эластична, болевая чувствительность снижена, тактильная сохранена. Кожа вне ожоговых очагов бледная, холодная, определяется цианоз слизистых оболочек.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Окажите неотложную первую медицинскую помощь пострадавшему на месте происшествия.</li> <li>3. Составьте план дальнейшего обследования и специализированного лечения больного.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Термический ожог лица II-III степени, ожоговый шок (I период ожоговой болезни).</li> <li>2. Первая медицинская помощь пострадавшему: необходимо прекратить воздействие термического агента на ткани любым, возможным в данной ситуации, способом (облить водой, обсыпать песком, накрыть брезентом или одеялом до момента исчезновения пламени, сбить пламя и др.). Удалить, препятствующие оказанию первой помощи участки одежды, лучше разрезать, особенно там, где она прилипает к ожоговой поверхности, отрывать одежду от кожи нельзя. Не следует оставлять пострадавшего в вертикальном положении, так как оно способствует распространению пламени на лицо. Больного необходимо уложить на бок. Вызвать скорую помощь.</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>Раны желателно закрыть асептической повязкой. Для уменьшения прогрева подлежащих тканей в первые 15—20 мин после термической травмы эффективен холод на обожжённую поверхность (холодная вода, пузырь со льдом, смоченное водой полотенце и др.). Если нет возможности применить холод, обожжённую поверхность следует оставить открытой для охлаждения воздухом. Наиболее эффективно немедленное после получения ожога охлаждение. Однако даже через 30 мин охлаждение обожжённых тканей целесообразно, так как уменьшает отёк и проявления признаков воспаления. Больного необходимо укрыть, дать выпить большое количество жидкости. По показаниям проводят сердечно-лёгочную реанимацию до приезда бригады скорой медицинской помощи. Срочно госпитализировать в хирургический стационар. Оказывающий первую помощь должен знать, что всякие дополнительные повреждения и загрязнения ожоговой поверхности опасны для пострадавшего.</p> <p><i>Доврачебную помощь</i> оказывает медицинский работник: сразу следует начать противошоковые мероприятия, вводят наркотические или ненаркотические анальгетики, сердечно сосудистые препараты, противостолбнячную сыворотку или анатоксин. Необходимо дать выпить больному от 0,5—2 л раствора: 1 чайная ложка (5,5 г) поваренной соли и 1/2 чайной ложки (4 г) питьевой соды на 1 л воды. Прием более 0,5 л чистой воды противопоказан из-за опасности развития водной интоксикации. При показаниях продолжают сердечно-лёгочную реанимацию. При необходимости транспортировки на обожжённое лицо накладывают асептическую повязку с отверстиями для глаз. При оказании первой и до врачебной помощи не следует применять мази, а также дубящие вещества, метиленовый синий или бриллиантовую зелень, — всё это затрудняет обработку ожоговой раны и определение глубины ожога. Транспортировать пострадавшего с обширными ожогами следует с крайней осторожностью, в положении лежа на той части тела, которая не повреждена (на боку, животе и др.).</p> <p>3. План обследования и лечения:  <b>ОБСЛЕДОВАНИЕ.</b>  Критериями установки диагноза является выявление ожога кожных покровов и/или ингаляционной травмы у пациента на основе анализа его жалоб, анамнеза заболевания и физикального обследования пациента и исключение другой патологии со схожей клинической картиной</p> <p>1). Жалобы и анамнез - рекомендуется собрать и оценить жалобы пациента с целью выявления ожога</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>и/или ингаляционной травмы, их последствий.</p> <p>2). Физикальное обследование - рекомендуется проводить визуальное исследование при термических, химических и электрических ожогах пациента с ожогом и/или ингаляционной травмой с целью их выявления, исключения или подтверждения сочетанного или комбинированного характера травмы, а также оценки общего состояния пациента и выявления возможной соматической патологии.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Определение площади ожога - для ориентировочного определения площади обширных ожогов, полностью занимающих отдельные зоны тела, у взрослых рекомендуется использовать правило "девятки". При ограниченных по площади ожогах, а также ожогах, расположенных в различных частях тела и не полностью занимающих отдельные зоны тела, применяется "правило ладони".</li> <li>- Определение глубины ожога проводится по местным клиническим признакам. Возможно использование дополнительных диагностических проб для определения глубины ожога: признаки нарушения кровообращения определяют путем "капиллярной" пробы; состояние болевой чувствительности оценивают различными способами: нанесением уколов иглой, выдергиванием волосков, касанием раневой поверхности марлевыми (ватными) шариками, смоченными спиртом, или доньшком пробирки, заполненной теплой водой (тепловая проба).</li> <li>- Выявление у пострадавшего от ожогов признаков ожогового шока. Для выявления признаков ожогового шока и начала противошоковой терапии в ранний период после травмы достаточно иметь данные физикального обследования, определяющие состояние больного (общая площадь и глубина ожогового поражения, локализация ожога, возраст пострадавшего). Чем раньше будут начаты противошоковые мероприятия, тем больше вероятность благоприятного течения ожоговой болезни, и меньше частота ее тяжелых осложнений. Основными клиническими критериями ожогового шока спустя 6 - 8 часов после получения травмы являются: <ul style="list-style-type: none"> <li>– сухость кожи и слизистых оболочек;</li> <li>– бледность или мраморность кожных покровов;</li> <li>– симптом белого пятна более 3 сек;</li> <li>– гипотермия, увеличение градиента кожно-ректальной температуры более 5 °С;</li> <li>– нарушения гемодинамики (тахикардия, снижение артериального давления);</li> <li>– нарушения функции почек (олигурия или анурия);</li> <li>– нарушение ментального статуса (психомоторное</li> </ul> </li> </ul>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>возбуждение, реже угнетение сознания);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– нарушение функции ЖКТ (тошнота, рвота, парез кишечника);</li> <li>– острая дыхательная недостаточность.</li> <li>– - Выявление у пострадавшего признаков ингаляционной травмы и/или отравления продуктами горения. Косвенные клинические признаки ингаляционной травмы, отравления продуктами горения:</li> <li>– локализация ожогов на лице, шее, передней поверхности грудной клетки, опаление ресниц, бровей, волосков в носовых ходах;</li> <li>– отек и покраснение слизистой оболочки рта и глотки;</li> <li>– копоть на слизистой ротоглотки, в носовых ходах, мокроте;</li> <li>– изменение голоса (дисфония, афония);</li> <li>– признаки дыхательной недостаточности;</li> <li>– нарушение сознания, не связанное с заболеванием и травмой ЦНС.</li> </ul> <p>3). Лабораторные диагностические исследования.  Рекомендуется с целью определения тяжести состояния, выявления осложнений и сопутствующих заболеваний, дифференциального диагноза с другими заболеваниями или состояниями, необходимости в проведении лечебных мероприятий и оценки динамики состояния на фоне лечения взрослым пациентам и детям с ожогом и/или ингаляционной травмой выполнять стандартные лабораторные диагностические исследования (Общий (клинический) анализ крови. Общий (клинический) анализ мочи. Определение основных групп по системе АВ0. Определение антигена D системы Резус (резус-фактор). Анализ крови биохимический общетерапевтический, включая: Исследование уровня глюкозы в крови. Исследование уровня общего билирубина в крови. Определение активности аланинаминотрансферазы в крови. Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови. Исследование уровня мочевины в крови. Исследование уровня креатинина в крови. Исследование уровня общего белка в крови. Исследование уровня альбумина в крови. Исследование уровня калия в крови. Исследование уровня натрия в крови. Исследование уровня миоглобина в крови (при циркулярных глубоких ожогах конечностей и/или электроожогах). Исследование кислотно-основного состояния и газов крови (при ожоговом шоке, а также для диагностики и оценки степени тяжести дыхательной недостаточности)).</p> <p>4). Инструментальные диагностические исследования.  Рекомендуется пациентам с ожогом и/или</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>ингаляционной травмой с целью определения тяжести состояния пациента, выявления осложнений и сопутствующих заболеваний, дифференциального диагноза с другими заболеваниями или состояниями, необходимости в проведении лечебных мероприятий и оценки динамики состояния на фоне лечения выполнять стандартные инструментальные диагностические исследования (Электрокардиография (для выявления альтернативных заболеваний сердца, аритмий, определения локализации очаговых (инфарктных, рубцовых) изменений, установки признаков перегрузки и гипертрофии камер сердца). Прицельная рентгенография органов грудной клетки (для выявления альтернативных заболеваний легких, выявления нарушений легочной гемодинамики; выявления кардиомегалии). Дуплексное сканирование артерий и/или вен (для определения состояния, функциональности и проходимости вен и артерий, а также обнаружения измененных участков сосудов, образовавшихся тромбов или атеросклеротических отложений, определения скорости кровотока). Бронхоскопия (БС) - наиболее информативный метод в диагностике ингаляционной травмы).</p> <p><b>ЛЕЧЕНИЕ.</b></p> <p>1. Противошоковая терапия.</p> <p>2. У пациента с ожогом проведение обезболивания анальгетиками (при оценке (интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале больше 3 баллов). Обработывают ожоговую рану. Здоровую кожу вокруг пораженных участков протирают 96% спиртом или 0,5% раствором нашатырного спирта. Можно вымыть кожу водой с мылом. Имеющиеся пузыри орошают раствором фурапилина или другого антисептика. Обрывки эпидермиса удаляют. Пузырь подсекают для удаления жидкости из него. Отслоившийся эпидермис (покрышка пузыря), прилипая к раневой поверхности, выполняет роль биологической повязки, которая способствует эпителизации раны, поэтому иссекать пузырь нельзя. Это делают лишь тогда, когда содержимое его становится «густым» или нагнаивается. Ожоги лица лечат открытым, реже закрытым способом. Препарат для местного лечения ожогов должен создавать условия для роста эпителия и обладать бактериостатическими свойствами, не раздражать ткани.. Раны на лице, если их ведут открытым способом, смазывают мазью или эмульсией 3—4 раза в сутки. Для этого можно использовать 10% синтомициновую эмульсию, 1% гентамициновую, 0,5% фурацилиновую, 10% анестезиновую или 10% сульфамилоновую мази. Хороший эффект дает 1% раствор сульфадиазина</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>серебра (крем на водорастворимой основе). Возможно применение жидких лекарственных средств с антибактериальными свойствами: растворы антисептиков на водной, спиртовой, водно-спиртовой или масляной основе; коллоидные растворы поверхностно-активных веществ. Кроме указанных эмульсий и мазей, используют многокомпонентные мази левосин, левомеколь, диоксиколь, метрокаин.</p> <p>После отторжения струпа при ожоге III A степени для ускорения эпителизации можно накладывать масляно-бальзамические повязки, производить УФ-облучение раны. При глубоких ожогах лица первичную и раннюю некротомию не применяют, так как приживление свободного трансплантата возможно лишь при условии иссечения некроза в пределах абсолютно здоровых тканей. На лице соблюсти это условие не представляется возможным. Кроме того, реальна опасность повреждения лицевого и других нервов. Поэтому раневую поверхность при глубоких ожогах подготавливают к пластическому закрытию постепенно, в процессе консервативного лечения. Отторгающиеся в процессе лечения участки струпа аккуратно срезают ножницами, не травмируя жизнеспособные ткани. Гранулирующая рана на лице готова к аутодермопластике, если некротические ткани полностью отторглись, нет признаков гнойного воспаления в ней, грануляции мелкозернистые и розового цвета с узкой каймой молодого эпителия по краям. Толщина кожного трансплантата должна быть 0,3—0,4 мм. При ожогах лица используют только сплошные кожные лоскуты, взятые дерматомом с любого доступного участка тела. Перфорации на лоскуте не делают, так как они снижают эстетический эффект.</p> <p>3. Антибактериальная и симптоматическая терапия.</p> <p>4. Медицинская реабилитация.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>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.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. О каких видах патологии ВНЧС можно думать?</li> <li>2. Перечислите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>3. Опишите возможные варианты лечения.</p> <p>4. Какой вид обезболивания можно применить при оперативном лечении в данном случае?</p> <p><b>Ответ</b></p> <p>1. На основании жалоб, анамнеза и клинического обследования можно предположить у больного анкилоз ВНЧС (жалобы на резкое ограничение открывания рта; в раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюсти; в настоящее время выражена деформация нижнего отдела лица, прикус перекрестный.)</p> <p>2. Рентгенологическое обследование ВНЧС (для визуализации структур ВНЧС), компьютерную томографию лицевого черепа(для оценки соотношения костных структур лицевого скелета, положения зубов и мягких тканей), а также линейные измерения размеров тела и ветви нижней челюсти сравнительно справа и слева.</p> <p>3. При лечении фиброзного анкилоза ВНЧС возможны варианты:  Консервативного лечения - активная механотерапия аппаратами типа Дарсисака, физиолечение с гидрокортизоном или лидазой, но эта попытка может быть малоэффективной. Необходимы хирургические методы лечения. Выбор хирургического метода лечения зависит степени и возможности открывания рта, характера деформации и размеров нижней челюсти. Мы стремимся к созданию нового или ложного сустава ближе к естественному, а также восстановлению нормального прикуса. Для этого осуществляется остеотомия в области шейки суставного отростка или верхней трети ветви нижней челюсти с интерпозицией между фрагментами мягких тканей круглого стебельчатого лоскута (его соединительнотканной основы - метод Лимберга), интерпозиция с помощью колпачков, обработка концов фрагментов по Великановой. Однако методом выбора в настоящее время является артропластика ортотопическим гомотрансплантатом нижней челюсти - суставной головки вместе с ветвью челюсти, что позволяет одномоментно восстановить сустав и удлинить ветвь челюсти (по Н.А.Плотникову):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- хирургическое лечение анкилоза ВНЧС,</li> <li>- консультация ортодонта,</li> <li>- терапевтическое и хирургическое лечение зубов,</li> <li>- ортодонтическое и (или) ортопедическое лечение.</li> </ul> <p>4. Проводниковая анестезия внеротовым доступом или общее обезболивание.</p>
ОПК-4.3	Определяет и оценивает морфофункциональные,	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
	физиологические состояния и патологические процессы организма человека	<p><b>Основная часть</b>  У больного 35 лет, готовящегося к протезированию, при обследовании опорных зубов на R-грамме выявлено наличие очага деструкции костной ткани альвеолярного отростка округлой формы, с четкими контурами, размерами 2,5 x 2 см, связанного с верхушками интактных 12, 13 зубов. Каналы 12, 13 не запломбированы.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какой диагноз вы поставите этому больному?</li> <li>2. Какое дополнительное обследование следует произвести?</li> <li>3. Каков план лечения? Что необходимо сделать перед операцией?</li> <li>4. Какие виды обезболивания следует применить при оперативном вмешательстве у такого больного?</li> <li>5. Каким анестетикам следует отдать предпочтение?</li> <li>6. Какое хирургическое вмешательство показано при таком патологическом процессе?</li> </ol> <p>Опишите основные этапы хирургического вмешательства</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Медикаментозное и другие виды лечения в послеоперационном периоде.</li> <li>8. Что можно использовать для стимуляции остеогенеза в зоне деструкции костной ткани?</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Радикулярная киста верхней челюсти от 12 и 13 зубов.</li> <li>2. Для уточнения локализации патологического очага, его формы и размеров, а также состояния зубов, расположенных по обе стороны от него необходимо выполнить КТ верхней челюсти.</li> <li>3. Лечение должно заключаться в полном удалении кисты (операция цистэктомии). Перед операцией в обязательном порядке депульпировать включённые в кисту зубы и запломбировать их за верхушку.</li> <li>4. Для адекватного обезболивания следует использовать двустороннюю инфраорбитальную анестезию в сочетании с инцизивной анестезией.</li> <li>5. Предпочтительно использовать карпульные анестетики амидного ряда с вазоконстрикторами, но не более 4 карпул.</li> <li>6. При данной кисте небольших размеров кроме цистэктомии одномоментно следует выполнить ампутацию верхушек 12 и 13 зубов, чтобы радикально убрать всю оболочку. Это предупредит развитие рецидива.</li> <li>7. После операции для предупреждения нагноения остаточной костной полости, необходимо назначить антибиотики (в рациональных дозах), сульфамиды, антигистамины, анальгетики. Важно: назначение</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>особого вида мягкого питания (не путать с диетой!), тщательное соблюдение гигиены полости рта вплоть до удаления швов. Не использовать быстро резорбируемые шовные материалы!</p> <p>8. В качестве остеостимуляторов при восполнении костного дефекта возможно использование пасты из антибиотика в сочетании с кровью, гемостатическую губку, гидроксилпатит и его производные, коллаген и его производные, лиофилизированную аллокостную щебёнку.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Больной 43 лет жалуется на боль и припухлость в области зуба на нижней челюсти слева. Подобные обострения уже возникали раньше и были связаны с простудными заболеваниями. В анамнезе: хроническая пневмония, хронический бронхит. Местно: 35 зуб имеет кариозную полость на <math>\frac{1}{2}</math> коронки, сообщающуюся с полостью зуба. Перкуссия 35 зуба болезненна. Слизистая оболочка в проекции корня 35 зуба гиперемирована, отечна, пальпация болезненна. На R-грамме отмечается тень пломбирочного материала в канале 35 зуба на <math>\frac{1}{3}</math> длины корня. У верхушки корня имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы с четкими контурами, диаметром около 4мм.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.</li> <li>2. В каких патогенетических взаимоотношениях могут находиться хронические околоверхушечные очаги и воспалительный процесс в дыхательных путях?</li> <li>3. Назначьте дополнительные лучевые методы диагностики.</li> <li>4. Решите вопрос о целесообразности сохранения 35 зуба и возможных путях решения этой проблемы.</li> <li>5. В случае удаления, какую анестезию можно провести? Опишите методику.</li> <li>6. Какие щипцы Вы предпочтете, и в какое положение усадите больного?</li> <li>7. Опишите этапы удаления зуба и положение левой руки врача при этом.</li> <li>8. Как добиться полноценного формирования сгустка?</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <p>1. Хронический гранулематозный периодонтит 35 зуба в стадии обострения. Предварительный диагноз установлен на основании сбора жалоб и клинического обследования пациента: больной жалуется на боль и припухлость в области зуба на нижней челюсти слева, обострения уже возникали раньше и были связаны с</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>простудными заболеваниями. В анамнезе: хроническая пневмония, хронический бронхит. Местно: 35 зуб имеет кариозную полость на ½ коронки, сообщающуюся с полостью зуба. Перкуссия 35 зуба болезненна. Слизистая оболочка в проекции корня 35 зуба гиперемирована, отечна, пальпация болезненна.</p> <p>2. При наличии сопутствующих заболеваний у пациентов всегда отмечается снижение уровня напряжённости иммунитета. В этой связи даже незначительное переохлаждение может провоцировать у них обострение одонтогенных воспалительных хронических заболеваний.</p> <p>3. Для уточнения локализации патологического очага, его формы и размеров, а также состояния зубов, расположенных по обе стороны от него необходимо выполнить КТ (КЛКТ) нижней челюсти.</p> <p>4. Так как корневого канал 35 зуба запломбирован некачественно, в первую очередь необходимо его вскрыть и попытаться запломбировать слегка за верхушку. Если возникнет обострение – погасить его и впоследствии прибегнуть к ампутации верхушки корня 35 зуба. Закончить лечение изготовлением искусственной коронки. В том случае, если перелечить зуб не удастся, его следует удалить.</p> <p>5. При удалении 35 зуба следует воспользоваться любой проводниковой анестезией, включающей нижелуночковый нерв (торусальная, мандибулярная в любой модификации).</p> <p>6,7. Положение врача: спереди-справа от пациента, удаляемый зуб – на уровне локтевого сустава врача (или ниже). Щипцы следует взять клювовидные несходящиеся со средней ширины щёчками. Вывихивать 35 зуб можно ротационными движениями в сочетании с люксационными.левой рукой врач охватывает тело НЧ, подстраховывая ВНЧС от травм и большим пальцем оттесняя щеку и угол рта, обеспечивая себе хороший обзор зоны манипуляции.</p> <p>8. После удаления лунку подвергнуть ревизии, края её максимально сблизить, через 5-6 минут проверить наличие сгустка. После этого объяснить больному правила поведения после ОУЗ и отпустить, предупредив о немедленном обращении в отделение при любых отклонениях от нормы в послеоперационном периоде.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3</b>  <b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b>  <b>Основная часть</b>          Больная, 35 лет, обратилась в клинику с жалобами на сильные, приступообразные, самопроизвольные боли в области 1.4 зуба, иррадиирующие в верхнюю челюсть</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>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 периапекальной области 1.4 зуба патологии не обнаружено.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проведите обоснование диагноза?</li> <li>2. Поставьте диагноз?</li> <li>3. Наметьте план лечения?</li> <li>4. Достаточно ли сведений для постановки диагноза?</li> <li>5. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. На основании жалоб больной на приступообразные боли в зоне иннервации II ветви тройничного нерва справа, данных анамнеза (удаление 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубов) можно предположить невралгию II ветви тройничного нерва справа.</li> <li>2. Диагноз: невралгия II ветви тройничного нерва справа.</li> <li>3. Следует провести обследование больной у невропатолога, отоларинголога и терапевта. При выявлении органической патологии лечение должно быть комплексным. Назначаются противосудорожные средства (тигретол, суксилен, финлепсин, ривотрил, морфолен, триметин, клоноцепам), витамины группы "В", биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты и т. п., физиолечение.</li> <li>4. Не достаточно. Нет сведений о продолжительности и внезапности возникновения болевых приступов, их частоте и связи с какими-либо провоцирующими факторами, о наличии зон парестезии, о наличии триггерных зон, нет данных ЭОД 1.4 зуба, нет сведений о R-ком обследовании верхнечелюстных пазух.</li> <li>5. Невралгия II ветви тройничного нерва, острый или обострение хронического пульпита, острый периодонтит, острый верхнечелюстной синусит.</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
ОПК-4.4	Обосновывает и планирует объем лабораторных и инструментальных исследований пациентов, интерпретирует их результаты	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Каретой скорой медицинской помощи в челюстно-лицевое отделение городской больницы доставлен больной в возрасте 45 лет с жалобами на сильные ноющие боли в области припухлости на верхней челюсти справа, высокую температуру (до 39,5° С), потрясающие ознобы, общую слабость, недомогание, плохой сон и аппетит. Состояние больного средней тяжести. Заболевание связывает с удаленным три дня тому назад 17 зубом, который был долгое время разрушен и неоднократно беспокоил. Местно: выраженная асимметрия лица за счет припухлости в верхнем отделе правой щёчной, скуловой и подглазничной областях справа. Естественные складки сглажены, угол рта справа опущен, глазная щель справа сужена. Кожные покровы над припухлостью гиперемизированы, имеется коллатеральный воспалительный отек мягких тканей, пальпация в центре припухлости болезненна. Кожа в этом участке с трудом собирается в складку. Пальпируются увеличенные множественные, болезненные регионарные лимфатические узлы. Открывание рта слегка затруднено – контрактура 1 степени. В полости рта: имеется гиперемия слизистой оболочки в области альвеолярного отростка с вестибулярной и небной сторон в проекции удалённого 17 зуба. Переходная складка от 17 до 13 зуба сглажена. Пальпируется болезненный инфильтрат по переходной складке от 17 до 13 зуба с флюктуацией в центре. Лунка удаленного ранее 17 зуба заполнена остатками распавшимся кровяного сгустка, стенки её покрыты серовато-грязным налетом. Имеется неприятный запах изо рта, подвижность интактных 16, 15 и 14 зубов.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Классификация заболевания.</li> <li>3. Какие дополнительные методы обследования, позволяющие уточнить диагноз, не указаны в условии задачи?</li> <li>4. Поставьте окончательный диагноз.</li> <li>5. Составьте план комплексного лечения.</li> <li>6. Ваше отношение к зубам, находящимся в очаге воспаления при этом заболевании?</li> <li>7. Исход заболевания? Возможные осложнения?</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острый остеомиелит верхней челюсти справа от 17 зуба.</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>2. Остеомиелиты острые делятся на серозную стадию и гнойную, а по распространению – на ограниченную форму, локальную и диффузную.</p> <p>3. Возможно также вовлечение в процесс верхнечелюстного синуса (ВС) с симптомами острого серозно-гнойного гайморита. При исследовании крови будет иметь место выраженный нейтрофильный лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитопения, резкое увеличение СОЭ (до 35-50 мм/час).</p> <p>4. Острый локальный остеомиелит верхней челюсти справа от 17 зуба.</p> <p>5. Лечение будет заключаться в реализации следующих основных этапов: а) удаление <u>только</u> причинного зуба и вскрытие образовавшихся гнойных очагов; б) назначение соответствующих доз антибиотиков и сульфаниламидов; в) антигистаминные, десенсибилизирующие препараты; г) дезинтоксикационная терапия; д) иммунокоррекция и иммуностимуляция; е) на стадии реконвалесценции – ФТ и витаминотерапия до полной реабилитации.</p> <p>6. Интактные зубы, расположенные рядом с причинным зубом не удаляются!</p> <p>7. При адекватном и своевременном лечении исход только один: выздоровление. При несвоевременном обращении больного или не совсем верном лечении возможен переход в хроническую стадию со всеми вытекающими последствиями.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Больной Л., 25 лет, страдающий тяжёлой формой сахарного диабета, жалуется на слабость, быструю утомляемость и быстро развивающуюся подвижность зубов, неприятный запах изо рта, кровоточивость и частое гноетечение из дёсен. Стоматологический статус: отмечается резкая гиперемия десневых сосочков, неприятный запах изо рта, подвижность всех зубов 2-3 степени, пародонтальные карманы до 5-6 мм.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ваш предположительный диагноз.</li> <li>2. Критерии основного диагноза.</li> <li>3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?</li> <li>4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.</li> <li>5. Лечебная тактика, выбор препаратов.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Идиопатическое заболевание пародонта – сахарный диабет тяжелой степен.</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>2.Рентгенологическая картина каждой из разновидностей гистиоцитоза имеет некоторые особенности. На рентгенограмме определяются одиночные или множественные округлые, с неправильными контурами очаги деструкции костной ткани. При эозинофильной гранулёме, как правило, обнаруживаются изменения не только в челюстях, но и в плоских костях свода черепа: округлые, чёткие, как бы выбитые пробойником. На верхней челюсти часто поражается альвеолярный отросток, а на нижней – альвеолярная часть; зубы, лишённые костной структуры как бы висят в воздухе - «плавающие зубы». При болезни Хенда-Шюллера-Крисчена поражение костей свода черепа (лобной, теменной, височной) обычно представлено множественными деструктивными очагами различной формы и размеров (достигают 9-10 см в поперечнике). Ввиду неравномерной деструкции наружной и внутренней кортикальных пластинок контуры извилисты, фестончаты («ландкартообразный череп»). На рентгенограмме при болезни Леттерера-Сиве также видны множественные очаги деструкции в плоских костях (свод черепа, ребра, таз) – картина «ткани, изъеденной молью». При поражении позвонков имеет место их сплющивание.</p> <p>3.Определение гигиенических индексов, анализ крови на содержание сахара в крови, биохимический анализ крови.</p> <p>4.Обследование и лечение у эндокринолога.</p> <p>5.Местное лечение: индивидуальная гигиена, профессиональная гигиена, хирургическое лечение (удаление подвижных зубов, кюретаж), рациональное протезирование.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3</b>  <b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b>  <b>Основная часть</b>  У больной С., 37 лет, в ходе профилактического осмотра было выявлено: десна плотная, не кровоточит, зубных отложений нет, отсутствуют пародонтальные карманы, незначительное обнажение шеек зубов, несмотря на отсутствие жалоб. В анамнезе тиреотоксикоз, гипертоническая болезнь I степени.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Поставьте диагноз,</li> <li>2. Какой вид дополнительного исследования поможет уточнить диагноз? Опишите, что оно покажет.</li> <li>3. Проведите дифференциальную диагностику,</li> <li>4. Каковы принципы лечения этого заболевания?</li> <li>5. Какие реабилитационные и профилактические мероприятия необходимо проводить в данном случае?</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания																								
		<p><b>Ответ</b></p> <p>1. Пародонтоз лёгкой степени тяжести.</p> <p>2. Рентгенологическое исследование позволяет выявить склеротические изменения костной ткани (уменьшение костномозговых пространств, мелкоячеистый рисунок кости). Атрофические процессы в этой ткани приводят к равномерному уменьшению высоты межзубных перегородок при сохраняющихся кортикальных пластинках. С рентгенологических позиций костные изменения при наличии воспалительного процесса рассматривать как вторичные деструктивные изменения. При рентгенологическом исследовании определяется убыль костной ткани межзубных перегородок, очаги остеопороза, общий рисунок кости альвеолярного отростка мелкоячеистый, склерозированный. Лёгкую степень пародонтоза обозначают в случаях, когда отмечается обнажение шеек зубов или корня зуба на величину до 1/3; на рентгенограмме снижение высоты межзубной перегородки до 1/3 её величины.</p> <p>3. Рентгенологическая диагностика различных форм патологии пародонта.</p> <table border="1" data-bbox="703 994 1442 1731"> <thead> <tr> <th data-bbox="703 994 900 1111">Симптомы</th> <th data-bbox="904 994 1074 1111">Катаральный гингивит генерализованный</th> <th data-bbox="1078 994 1289 1111">Пародонтит генерализованный</th> <th data-bbox="1294 994 1442 1111">Пародонтоз</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="703 1117 900 1234">Изменение структуры ткани челюстей</td> <td data-bbox="904 1117 1074 1234">Отсутствует</td> <td data-bbox="1078 1117 1289 1234">Изменена в зависимости от степени пародонтита</td> <td data-bbox="1294 1117 1442 1234">Остеосклероз</td> </tr> <tr> <td data-bbox="703 1240 900 1395">Характер изменения гребней межальвеолярных перегородок</td> <td data-bbox="904 1240 1074 1395">Нет изменений</td> <td data-bbox="1078 1240 1289 1395">Деструкция разной степени</td> <td data-bbox="1294 1240 1442 1395">Нет изменений</td> </tr> <tr> <td data-bbox="703 1402 900 1518">Состояние окаймляющих кортикальных пластинок</td> <td data-bbox="904 1402 1074 1518">Сохранены</td> <td data-bbox="1078 1402 1289 1518">Разрушены</td> <td data-bbox="1294 1402 1442 1518">Сохранены</td> </tr> <tr> <td data-bbox="703 1525 900 1630">Наличие очагов остеопороза гребней</td> <td data-bbox="904 1525 1074 1630">Отсутствуют</td> <td data-bbox="1078 1525 1289 1630">Очаги пятнистого остеопороза в активной фазе</td> <td data-bbox="1294 1525 1442 1630">Отсутствуют</td> </tr> <tr> <td data-bbox="703 1637 900 1731">Характер контурных перегородок</td> <td data-bbox="904 1637 1074 1731">Чёткие</td> <td data-bbox="1078 1637 1289 1731">Нечёткие</td> <td data-bbox="1294 1637 1442 1731">Чёткие</td> </tr> </tbody> </table> <p>4. Лечение пародонтоза комплексное, индивидуализированное. Характер и объём его определяется степенью деструкции альвеолярного отростка, состоянием кровообращения в тканях пародонта и, насколько это возможно, активностью процесса атрофии альвеолярного отростка. Терапия направлена на повышение сопротивляемости организма и нормализацию трофики тканей пародонта. Комплексное воздействие включает проведение как</p>	Симптомы	Катаральный гингивит генерализованный	Пародонтит генерализованный	Пародонтоз	Изменение структуры ткани челюстей	Отсутствует	Изменена в зависимости от степени пародонтита	Остеосклероз	Характер изменения гребней межальвеолярных перегородок	Нет изменений	Деструкция разной степени	Нет изменений	Состояние окаймляющих кортикальных пластинок	Сохранены	Разрушены	Сохранены	Наличие очагов остеопороза гребней	Отсутствуют	Очаги пятнистого остеопороза в активной фазе	Отсутствуют	Характер контурных перегородок	Чёткие	Нечёткие	Чёткие
Симптомы	Катаральный гингивит генерализованный	Пародонтит генерализованный	Пародонтоз																							
Изменение структуры ткани челюстей	Отсутствует	Изменена в зависимости от степени пародонтита	Остеосклероз																							
Характер изменения гребней межальвеолярных перегородок	Нет изменений	Деструкция разной степени	Нет изменений																							
Состояние окаймляющих кортикальных пластинок	Сохранены	Разрушены	Сохранены																							
Наличие очагов остеопороза гребней	Отсутствуют	Очаги пятнистого остеопороза в активной фазе	Отсутствуют																							
Характер контурных перегородок	Чёткие	Нечёткие	Чёткие																							

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>общего, так и местного лечения.Общее лечение пародонтоза предусматривает нормализацию обменных процессов и повышение иммунного статуса организма.</p> <p>5. Р е а б и л и т а ц и я. Режим реабилитации больных пародонтозом предусматривает прежде всего меры по предотвращению присоединения воспалительных явлений. Важны систематическое проведение мер по нормализации окклюзионных соотношений, а также воздействия, направленные на улучшение местного кровообращения. В частности, показаны все виды массажа дёсен – пальцевой, вибрационный, гидромассаж. Режим реабилитации после курсового лечения по поводу пародонтоза предусматривает многолетнее наблюдение больного и внесение корректив в зависимости от активности процесса атрофии альвеолярной кости.</p> <p>П р о ф и л а к т и к а направлена на периодическое удаление зубных отложений, систематический уход за зубами и полноценное по составу и консистенции питание.</p>
ОПК-4.5	<p>Использует алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики у пациентов инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Пациент 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов, отсутствие зубов 11 21 31, кровоточивость десны, выделение гноя, боль, неприятный запах из полости рта, частые случаи припухлости десны, которые сопровождаются болью и повышением температуры тела до 37,9 градусов. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Внешний осмотр: кожные покровы без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отмечается гнойное отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6-9 мм патологическая подвижность зубов I-III степени.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите группы заболеваний пародонта, к которым может относиться данная патология.</li> <li>2. Назовите данные анамнеза, которые необходимо выяснить для уточнения диагноза.</li> <li>3. Назовите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>4. Наметьте план лечебных мероприятий.</li> <li>5. Обоснуйте отдалённый прогноз заболевания.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>1. Данная патология может быть отнесена к группам воспалительных и идеопатических заболеваний пародонта.</p> <p>2. Для уточнения диагноза необходимо выяснить длительность течения диабета и применения инсулинотерапии.</p> <p>3. Рентгенологическое исследование (панорамная рентгенография верхней и нижней челюстей); общий клинический анализ крови; заключение эндокринолога. Предварительный диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжёлой степени, осложнённый частичной вторичной адентией, протекающей на фоне сахарного диабета I типа.</p> <p>4. План лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- удаление зубных отложений;</li> <li>- коррекция и контроль гигиены;</li> <li>- местная противовоспалительная терапия;</li> <li>- санация полости рта.</li> </ul> <p>5. Отдалённый прогноз заболевания неблагоприятный, что обусловлено:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- возникновением болезни в молодом возрасте;</li> <li>- быстрой потерей альвеолярной кости;</li> <li>- ранней потерей зубов;</li> <li>- патологической подвижностью зубов;</li> <li>- гипергликемией, её осложнениями</li> </ul> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>В клинику обратился пациент 32 лет с жалобами на наличие новообразования в области нижней челюсти справа, на отсутствие коронки 21.</p> <p>Анамнез заболевания: впервые заметил новообразование 6 лет назад, которое незначительно увеличивается в размерах без болевых ощущений. 21 ранее лечен по поводу осложненного кариеса, месяц назад произошел отлом коронки зуба.</p> <p>Объективно: незначительная асимметрия лица за счет увеличения угла нижней челюсти справа. Региональные лимфатические узлы не пальпируются, нарушение чувствительности подбородка и нижней губы не определяется, рот открывается в полном объеме, слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Прикус ортогнатический. Полость рта санирована. В области угла нижней челюсти справа отмечается новообразование размером 1,0 x 2,0 см. При пальпации определяются участки флюктуации, чередующиеся с участками уплотнения. Пальпация тела нижней челюсти безболезненна. Зубы нижней челюсти интактны. На рентгенограмме определяется</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>множественные очаги деструкции костной ткани челюсти с четкими границами, 21-определяется неравномерное расширение, деформация периодонтальной щели в апикальном отделе, канал корня заполнен рентгенконтрастным веществом на 2/3 длины.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.</li> <li>2. Проведите необходимые дополнительные исследования для уточнения основного диагноза.</li> <li>3. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>4. Выберите метод оперативного лечения.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Остеобластокластома нижней челюсти справа. Хронический фиброзный периодонтит 21.</li> <li>2. Для уточнения диагноза необходимо выполнить: КТ (КЛКТ) нижней челюсти с целью определения локализации процесса, его формы, структуры и границ; расширенную биопсию при которой удаляют образец ткани из пораженного участка тела для дальнейшего исследования гистологического исследования удаленной патологической ткани. Это делается для определения типа патологии и ее распространенности.</li> <li>3. Дифференцировать необходимо с амелобластомой, фиброзной дисплазией нижней челюсти.</li> <li>4. Операция – резекция нижней челюсти справа в пределах здоровых тканей с одномоментной костной пластикой.</li> </ol> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Больной Н., 25 лет, обратился с жалобами на деформацию альвеолярного отростка верхней челюсти справа. При осмотре полости рта обнаружена деформация альвеолярного отростка за счет вздутия с вестибулярной стороны в области 1.2, 1.3, 1.4 пальпация которой безболезненная. В области наибольшего выбухания определяется симптом "пергаментного хруста". Больной отмечает, что в настоящее время практически здоров. Два месяца назад у него был перелом нижней челюсти справа.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?</li> <li>3. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?</li> <li>4. Какие рентгеновские снимки необходимы в процессе обследования данного больного?</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>5. Необходима ли для установления точного диагноза морфологическая верификация?</p> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Радикулярная киста верхней челюсти справа.</li> <li>2. Данные анамнеза: давность заболевания, наблюдались ли ранее признаки воспаления, данные о состоянии зубов соответственно этой оболочке. Рентгенологическое обследование, ЭОД.</li> <li>3. Не имеет.</li> <li>4. Внутриротовой, прицельный рентгеновский снимок этих зубов, КТ (КЛКТ) верхней челюсти (уточнение формы патологического очага, его локализации и возможного сообщения с верхнечелюстной пазухой, а также состояние зубов, расположенных в очаге и по обе стороны от него)</li> <li>5. Да, удаленный патологический материал, необходимо направить на патогистологическое исследование для определения типа патологии и ее возможной распространенности и точной верификации диагноза.</li> </ol>
ОПК-5.1	<p>Разрабатывает план лечения пациентов по профилю «челюстно - лицевая хирургия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Пациент К., 48 лет, обратился с жалобами на неприятный запах изо рта, ноющие боли в области зубов верхней челюсти, чувствительность зубов к холодному. Из анамнеза: боли появились 3 года назад, к врачу не обращался, мостовидный протез изготовлен 14 лет назад.</p> <p>При внешнем осмотре отмечено снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных складок.</p> <p>Объективно: стираемость твердых тканей зубов, убыль твердых тканей на 1/4 высоты коронки, оголение шеек и корней зубов на 2-3 мм, быстропроходящая боль от холодного. Слизистая оболочка десны слабо гиперемирована с синюшным оттенком. Стальной мостовидный протез с опорой на 24 и 26, пародонтальный карман глубиной 5 мм с дистальной поверхности 24 зуба, после удаления мостовидного протеза обнаружена подвижность 24 в дистальном направлении II степени.</p> <p>На ортопантограмме – неравномерное снижение высоты межзубных перегородок на 1/3 – 1/2 длины корня. Пародонтальные карманы у зубов жевательной группы верхней челюсти 3-5 мм. Односторонний костный карман у дистальной поверхности 24 зуба на 1/2 длины корня, корневые каналы заполнены слабоконтрастным пломбирочным материалом до</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>верхушки. Расширение периодонтальной щели в периапикальной области.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.</li> <li>2. Составьте план лечения.</li> <li>3. Назначьте общее и местное лечение.</li> <li>4. Выберите метод хирургического лечения в области 24 зуба.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <p>1. Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести. Патологическая стираемость зубов I степени. Гиперестезия зубов. Диагноз установлен на основании сбора жалоб, анамнеза, клинического и дополнительного обследования: пациент обратился с жалобами на неприятный запах изо рта, ноющие боли в области зубов верхней челюсти, чувствительность зубов к холодному; из анамнеза: боли появились 3 года назад, к врачу не обращался, мостовидный протез изготовлен 14 лет назад; при внешнем осмотре отмечено снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных складок; объективно: стираемость твердых тканей зубов, убыль твердых тканей на 1/4 высоты коронки, оголение шеек и корней зубов на 2-3 мм, быстропроходящая боль от холодного. Слизистая оболочка десны слабо гиперемирована с синюшным оттенком. Стальной мостовидный протез с опорой на 24 и 26, пародонтальный карман глубиной 5 мм с дистальной поверхности 24 зуба, после удаления мостовидного протеза обнаружена подвижность 24 в дистальном направлении II степени.</p> <p>На ортопантограмме – неравномерное снижение высоты межзубных перегородок на 1/3 – 1/2 длины корня. Пародонтальные карманы у зубов жевательной группы верхней челюсти 3-5 мм. Односторонний костный карман у дистальной поверхности 24 зуба на 1/2 длины корня, корневые каналы заполнены слабоконтрастным пломбирочным материалом до верхушки. Расширение периодонтальной щели в периапикальной области.</p> <p>2. План лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- снять мостовидный протез;</li> <li>- удаление зубных отложений;</li> <li>- противовоспалительное лечение тканей пародонта;</li> <li>- аппликации 10% р-ра глюконата кальция, 2% р-ра фтористого натрия в чувствительные участки зубов, покрытие силановым фторлаком;</li> <li>- лоскутная операция с остеопластикой в области 24;</li> </ul> <p>рациональное протезирование с восстановлением высоты прикуса.</p> <p>3. Общее лечение: Tab. Trichopoli 0,25 №20 ( по 1таб. 4</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>раза в день);. Местно: Sol. Dioxydini 0,5% – 5 ml.( для аппликаций 4-6 раз в день); Sol.Chlorhexidinibigluconatis 0,05% – 100 ml (для полосканий).</p> <p>4. Хирургическое лечение: 1) открытый кюретаж; 2) лоскутная операция с заполнением костного дефекта.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 12, 11, 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике. Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При обследовании пациентки выявлено:</p> <p>Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледно-розового цвета.</p> <p>Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 12, 11, 21 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти, соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы.</p> <p>На представленной ортопантограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Составьте возможный план лечения в данной клинической ситуации.</li> <li>3. Необходимо ли проведение дополнительных методов обследования?</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагноз: частичное вторичное отсутствие зубов</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>верхней челюсти (отсутствие 12, 11, 21). Посттравматический дефект альвеолярного отростка верхней челюсти в области отсутствующих зубов.</p> <p>2. Планы лечения:</p> <p>а). Восстановление зубного ряда верхней челюсти путем изготовления несъемного мостовидного протеза с опорой на 13, 22, 23 зубы.</p> <p>б). Устранение дефекта верхней челюсти методами костной пластики или направленной тканевой регенерации с последующей или одномоментной дентальной имплантацией 3 имплантатов и последующим несъемным протезированием на имплантатах.</p> <p>3. Дополнительное обследование в виде рентгеновской компьютерной томографии потребуется при выборе второго варианта лечения с целью уточнения позиции и размеров имплантатов.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Пациент П., 30 лет. Обратился с жалобами на зуд десен, обнажение шеек зубов, боль от термических раздражителей. Из анамнеза выяснено медленное, в течение 8 лет, прогрессирование этих симптомов.</p> <p>Объективно: слизистая оболочка десен бледная, анемичная, пародонтальных карманов нет, ретракция десны у 43 и 33 зубов до 1/2 длины корня. Отмечаются клиновидные дефекты твердых тканей в области 16, 26, 33, 34, 43, 44 зубов. Верхние резцы вестибулярно наклонены, 13, 23 зубы имеют поворот коронки на 30 градусов. Верхний зубной ряд в форме полуэллипса, нижний – параболы. Перекрытие резцов на 2/3 коронки. Гигиеническое состояние зубов удовлетворительное.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Проведите дополнительные исследования.</li> <li>3. С каким заболеванием тканей пародонта необходимо проводить дифференциальную диагностику?</li> <li>4. Какие клинические данные и результаты дополнительного исследования характеризуют дистрофический характер патологии?</li> <li>5. Составьте план лечения.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. На основании сбора жалоб, анамнеза и проведенного клинического исследования установлен предварительный диагноз : пародонтит, средней степени тяжести. Протрузия верхних резцов, глубокое резцовое перекрытие, тортоположение 13, 23 зубов.</li> <li>2. Рентгенологическое исследование: ОПТГ, КТ (для</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>оценки состояния костной ткани, зубов, и выявления изменений в пародонте).</p> <p>Исследование диагностических моделей, позволяющих определить размеры зубных дуг и состояние апикального базиса.</p> <p>3. С хроническим генерализованным пародонтитом.</p> <p>4. Клинические данные, свидетельствующие о дистрофическом процессе в пародонте: отсутствие пародонтальных карманов, ретракция десны, клиновидные дефекты твердых тканей зубов. На ОПТГ – убыль костной ткани межзубных перегородок, очаги остеопороза, общий рисунок кости альвеолярного отростка мелкоячеистый, склерозированный, обнажение корня зуба на ½ длины.</p> <p>5. План комплексного лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- профессиональная гигиена полости рта (удаление зубного камня и налета)</li> <li>- санация полости рта (лечение кариеса и других заболеваний зубов, удаление зубов, не подлежащих лечению)</li> <li>- физиотерапевтические процедуры (электрофорез, лазеротерапия, массаж десен, дарсонвализация, вакуумная терапия)</li> <li>- медикаментозная терапия (препараты для улучшения кровообращения, антиоксиданты, витамины, и сосудорасширяющие препараты, курс инъекций с Траумелем, Линкомицином, плазмолифтинг)</li> <li>- в некоторых случаях, хирургическое вмешательство (кюретаж десневых карманов, лоскутные операции, остеопластика).</li> <li>- ортопедическое лечение (шинирование зубов, протезирование)</li> <li>- домашний уход:полоскание антисептическими растворами, использование специальных зубных паст и гелей.</li> <li>- коррекция рациона:ограничение употребления сладкого и выпечки.Витамины и минералы: прием поливитаминных комплексов, фолиевой кислоты.</li> <li>- Фторирование: обработка зубов фторсодержащими средствами для снижения их чувствительности.</li> </ul> <p>Лазерное лечение: введение лазерного луча в пародонтальный карман для ускорения заживления и стерилизации.</p>
ОПК-5.2	Назначает лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам в соответствии с	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Пациент 40 лет обратился с жалобами на подвижность зубов, неприятный запах изо рта, кровоточивость десен</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
	<p>действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, оценивает эффективность их применения</p>	<p>при чистке зубов.Из анамнеза: кровоточивость десен замечал давно. Из-за подвижности удалены коренные зубы на нижней челюсти. Лечение у пародонтолога не проводилось. Курит. Отмечает заболевание тканей пародонта у родителей.Объективно: лицо обычной конфигурации, региональные лимфатические узлы не увеличены. Прикус ортогнатический.На верхней челюсти диастема 3 мм, низкое прикрепление уздечки верхней губы. Десна отечна с цианотичным оттенком, легко кровоточит при зондировании. Подвижность фронтальных зубов I–IIстепени, оголение шеек, корней зубов на 1 - 2 мм. Над-и поддесневые зубные отложения. Глубина пародонтальных карманов 4 - 5 мм.На ОПГ отмечается резорбция межзубных перегородок на 1/3 длины корня в области фронтальных зубов верхней челюсти и премоляров нижней челюсти, на 1/2 длины корня в области фронтальных зубов нижней челюсти, расширение периодонтальной щели в маргинальном отделе, деструкция компактной пластинки вершин межзубных перегородок.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте развернутый диагноз.</li> <li>2. Назначьте дополнительные методы обследования больного.</li> <li>3. Составьте план комплексного лечения.</li> <li>4. Перечислите мероприятия хирургического этапа лечения.</li> <li>5. Выпишите препараты общего и местного лечения.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести. Вторичная частичная адентия 1 класс по Кеннеди.</li> <li>2. План обследования: а) гигиенический индекс Федорова-Володкиной, проба Шиллера-Писарева, ПИ, б) реопародонтография, вакуумная проба по Кулаженко, в) общий анализ крови, мочи, кровь на сахар, г) иммунограмма крови.</li> <li>3. План лечения: а)удаление над- и поддесневого зубного камня. Противовоспалительные мероприятия, б) устранение травматической окклюзии, в) кюретаж пародонтальных карманов, г) шинирующий бюгельный протез на нижнюю челюсть.</li> <li>4. Френулэктомия верхней губы. Лоскутная операция с остеогингивопластикой в области 321Т123.</li> <li>5. Общее лечение: Tab.Trichopoli0,25N20 ( по 1таб. 4 раза в день);Sol.Calciichloridi10% 200ml. (по 1 стол. л. 3 раза в день);Sol.Ac.Ascorbinici5% - 1ml. ( по 1 мл. подкожно ежедневно).</li> </ol> <p>Местно: Sol.Dioxydini0,5% - 5ml.(для аппликаций 4 – 6 раз в день);Sol.Chlorhexidinibigluconatis0,05% -</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>100ml(для полосканий).</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Больная П., 1957 г.р. обратилась с жалобами на увеличение околоушных слюнных желез справа и слева. Сухость глаз.</p> <p>An. morbi. Считает себя больной около 2-х лет. Когда в осенне-весенний период отметила увеличение околоушных слюнных желез справа и слева. Сухость в глазах. Не лечилась</p> <p>St. Presents com. Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД – 130/80 мм рт. ст. Пульс – 80 уд. в мин. Дыхание везикулярное ЧДД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. Стул и диурез не нарушены.</p> <p>St. Localis. Контуры лица изменены за счет выраженной припухлости околоушных слюнных желез с двух сторон. Пальпаторно железы увеличены, плотные, слабо болезненные. Кожный покров над ними не изменен. Открывание рта свободное, в полном объеме. Полость рта санирована. Слизистая обычной окраски. Из протоков околоушных слюнных желез скудное прозрачное отделяемое.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оцените общее состояние больного</li> <li>2. Какое дообследование необходимо провести?</li> <li>3. Поставьте диагноз, обоснуйте диагноз</li> <li>5. Назначьте лечение.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Состояние удовлетворительное.</li> <li>2. Цитология секрета, сиалография, сиалометрия, обследование других экзокринных желёз.</li> <li>3. Болезнь Шегрена, диагноз устанавливается на основе сбора жалоб, анамнеза, клинического и дополнительного методов обследования (сухость глаз, увеличение околоушных слюнных желёз справа и слева. Кожный покров над ними не изменён, слизистая обычной окраски. Из протоков околоушных слюнных желёз скудное прозрачное отделяемое).</li> <li>5. Консультации ревматолога, назначение лекарственных препаратов (цитостатики, тиреоидные гормоны). Местно: димексид, новокаиновые блокады, физиотерапия.</li> </ol> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p><b>Основная часть</b></p> <p>Каретой скорой медицинской помощи в челюстно-лицевое отделение городской больницы доставлен больной в возрасте 45 лет с жалобами на сильные ноющие боли в области припухлости на верхней челюсти справа, высокую температуру (до 39,5° С), потрясающие ознобы, общую слабость, недомогание, плохой сон и аппетит. Состояние больного средней тяжести. Заболевание связывает с удаленным три дня тому назад 17 зубом, который был долгое время разрушен и неоднократно беспокоил. Местно: выраженная асимметрия лица за счет припухлости в верхнем отделе правой щёчной, скуловой и подглазничной областях справа. Естественные складки сглажены, угол рта справа опущен, глазная щель справа сужена. Кожные покровы над припухлостью гиперемизированы, имеется коллатеральный воспалительный отек мягких тканей, пальпация в центре припухлости болезненна. Кожа в этом участке с трудом собирается в складку. Пальпируются увеличенные множественные, болезненные регионарные лимфатические узлы. Открывание рта слегка затруднено – контрактура 1 степени. В полости рта: имеется гиперемия слизистой оболочки в области альвеолярного отростка с вестибулярной и небной сторон в проекции удалённого 17 зуба. Переходная складка от 17 до 13 зуба сглажена. Пальпируется болезненный инфильтрат по переходной складке от 17 до 13 зуба с флюктуацией в центре. Лунка удаленного ранее 17 зуба заполнена остатками распавшимся кровяного сгустка, стенки её покрыты серовато-грязным налетом. Имеется неприятный запах изо рта, подвижность интактных 16, 15 и 14 зубов.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Классификация заболевания.</li> <li>3. Какие дополнительные методы обследования, позволяющие уточнить диагноз, не указаны в условии задачи?</li> <li>4. Поставьте окончательный диагноз.</li> <li>5. Составьте план комплексного лечения.</li> <li>6. Ваше отношение к зубам, находящимся в очаге воспаления при этом заболевании?</li> <li>7. Исход заболевания? Возможные осложнения?</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острый остеомиелит верхней челюсти справа от 17 зуба.</li> <li>2. Остеомиелиты острые делятся на серозную стадию и гнойную, а по распространению – на ограниченную форму, локальную и диффузную.</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>3. Возможно также вовлечение в процесс верхнечелюстного синуса (ВС) с симптомами острого серозно-гнойного гайморита. При исследовании крови будет иметь место выраженный нейтрофильный лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитопения, резкое увеличение СОЭ (до 35-50 мм/час).</p> <p>4. Острый локальный остеомиелит верхней челюсти справа от 17 зуба.</p> <p>5. Лечение будет заключаться в реализации следующих основных этапов:</p> <p>а) удаление только причинного зуба и вскрытие образовавшихся гнойных очагов;</p> <p>б) назначение соответствующих доз антибиотиков и сульфаниламидов;</p> <p>в) антигистаминные, десенсибилизирующие препараты;</p> <p>г) дезинтоксикационная терапия;</p> <p>д) иммунокоррекция и иммуностимуляция;</p> <p>е) на стадии реконвалесценции – ФТ и витаминотерапия до полной реабилитации.</p> <p>6. Интактные зубы, расположенные рядом с причинным зубом не удаляются.</p> <p>7. При адекватном и своевременном лечении исход только один: выздоровление. При несвоевременном обращении больного или не совсем верном лечении возможен переход в хроническую стадию со всеми вытекающими последствиями.</p>
ОПК-5.3	<p>Назначает немедикаментозную терапию пациентам, оценивает эффективность её назначения</p>	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>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.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз.</li> <li>2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.</li> <li>3. Нужны ли дополнительные исследования для уточнения диагноза?</li> <li>4. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?</li> <li>5. Назначьте медикаментозное и немедикаментозное лечение.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Правосторонняя микрогения с нарушением прикуса</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>(перекрестный прикус).</p> <p>2. Предварительный диагноз устанавливается на основании сбора анамнеза, жалоб и клинического обследования пациента: 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.</p> <p>3. Необходимо выполнить КТ (КЛКТ) с целью уточнения структур нижней челюсти и возможного наличия костных патологических очагов и заболеваний пародонта. ТРГ с целью оценки структуры и анатомического расположение костей черепа, а также выявления возможных аномалий развития.</p> <p>4. При данной патологии используется основной метод хирургического лечения - правосторонняя остеотомия: ступенчатая остеотомия тела нижней челюсти справа, остеотомия ветви нижней челюсти справа со смещением челюсти вперед, удлинение тела нижней челюсти за счет костного (реберного) трансплантата.</p> <p>5. Для профилактики послеоперационных осложнений и снятия воспалительных явлений назначается антибактериальная, симптоматическая терапия: обезболивающая, противовоспалительная (НПВС, антигистаминные препараты). Щадящая диета (трубочная). Местно: антисептические ванночки с растворами водных растворов антисептиков (хлоргексидин 0,05%, митрамистин 0,01%, фурацилин 0,02%) и растительных отваров (ромашки аптечной, клендулы лекарственной - при отсутствии аллергических реакций на растительные компоненты). Физиотерапевтические процедуры.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Больная 58 лет обратилась к стоматологу с жалобами на боль в области височно-нижнечелюстных суставов обеих сторон. Начало заболевания пациентка связывает с появлением щелкания в обоих суставах после вывиха нижней челюсти при зевании 3 года тому назад, чему не придавала тогда особого значения. Спустя 1,5-2 года в области суставов стали появляться ноющие боли, которые усиливались при движениях нижней челюстью, особенно при пережевывании жесткой</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>пищи.Объективно: открывание рта чрезмерное, до четырёх пальцев пациентки между резцами. При этом подбородок совершает зигзагообразные движения вначале влево, а затем вправо. Пальпация в области ВНЧ суставов болезненна, при аускультации областей ВНЧ суставов движения суставных головок сопровождается хорошо слышным хрустом и глухими ударами на вершине амплитуды движения. В полости рта: отмечается двусторонний концевой дефект зубных рядов, отсутствуют 17, 16, 26, 27 зубы. Прикус ортогнатический с глубоким резцовым перекрытием. На рентгенограмме по Шюллеру-Майеру отмечается уплотнение кортикальных замыкательных пластинок суставных головок с явлениями остеосклероза. Суставные щели сужены в задних отделах ВНЧ суставов. При широко открытом рте суставные головки находятся кпереди от суставных бугорков, которые сглажены и имеют небольшую высоту, особенно правый.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.</li> <li>2. Какие особенности анатомического строения ВНЧС Вы знаете?</li> <li>3. Классификация разновидностей данного заболевания</li> <li>4. Этиология и патогенез данного заболевания.</li> <li>5. Дифференциальная диагностика.</li> <li>6. Составьте план комплексного лечения.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Привычный передний двусторонний вывих нижней челюсти, осложненный склерозирующим артрозо-артритом, синдромом болевой дисфункции суставов и миофасциальным синдромом.</li> <li>2. ВНЧС имеет инконгруэнтные поверхности, для возмещения чего существует межсуставной диск, состоящий из фиброзных хрящевых элементов. Кроме того, суставные поверхности покрыты нежным волокнистым хрящом, который легко травмируется при трении о суставной бугорок (а это происходит постоянно при привычном переднем вывихе). ВНЧС имеет не одну или две, а три степени свободы движения в трёх плоскостях, что делает его уникальным. Сустав обладает не очень мощным внесуставным связочным аппаратом, что негативно сказывается на его «прочности».</li> <li>3,4. Вывихи нижней челюсти делятся на острые (передний и задний, одно- и двусторонний) и привычные (передний одно- и двусторонний). Встречаются также застарелые невправленные вывихи. Острым вывих считается в течение 12-24 часов после</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>травмы. Спустя неделю – застарелым. Если вывих удаётся больному вправить самостоятельно, то в большинстве случаев формируется привычный вывих. Зачастую привычные передние вывихи ВНЧС сопровождаются возникновением склерозирующего или деформирующего артрозо-артрита и болевым синдромом типа Костена или миофасциального болевого синдрома (МФС).</p> <p>5. Суть ДД состоит в определении положения суставных головок нижней челюсти (НЧ). Если одна головка в ямке, а другая нет – вывих односторонний. Если головка спереди от козелка уха вывих передний, сзади – задний. Если больной открывает рот шире, чем положено в норме – вывих привычный, если это произошло впервые – острый.</p> <p>6. Этапы лечения данного больного:</p> <p>а) ограничение амплитуды движений в ВНЧС на длительный срок (вплоть до шинирования);</p> <p>б) ликвидация стойкого болевого очага в области ВНЧС и жевательных мышц (блокады, электрофорез с анестетиками, иглорефлексотерапия, ГНЛ);</p> <p>в) меры по укреплению повреждённых внесуставных связок и капсулы сустава (УВЧ, калий-йод электрофорез);</p> <p>г) лечебный массаж.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>В клинику челюстно-лицевой хирургии поступил больной 35 лет, с жалобами на резкую болезненную припухлость в области угла нижней челюсти слева, общую слабость, недомогание, плохой сон, потливость, озноб, высокую температуру. В районной поликлинике 5 дней назад был удален 36 зуб с разрушенной коронковой частью. Имелась небольшая деструкция костной структуры нижней челюсти у верхушек корней 36, определявшаяся рентгенологически. Боли прекратились, но на 2 день после удаления зуба появилась болезненная припухлость под краем нижней челюсти слева, постепенно увеличивающаяся в размерах, ухудшилось общее состояние. Обратился к лечащему врачу, который произвел периостотомию, назначил противовоспалительное лечение, но улучшения не наступало: припухлость увеличивалась, значительно ухудшилось общее состояние и больной был направлен в челюстно-лицевое отделение. Объективно: общее состояние средней тяжести, температура тела 39,5°C. Местно: асимметрия лица за счет наличия припухлости в нижнем отделе</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>щёчной и поднижнечелюстной областях слева, которая распространяется и в подподбородочную область. Кожные покровы над припухлостью гиперемированы, кожа отёчна, лоснится, не собирается в складку, естественные складки сглажены. Пальпаторно в центре припухлости определяется плотный болезненный инфильтрат с флюктуацией в центре, на коже при пальпации остаются пальцевые вдавления. Открывает рот с некоторым затруднением (из-за припухлости). В полости рта: лунка удалённого 36 зуба в удовлетворительном состоянии, закрыта сгустком. Вокруг – незначительный отёк слизистой оболочки. Оставшиеся большие и малые коренные зубы интактны, неподвижны, безболезненны при перкуссии.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.</li> <li>2. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>3. Назначьте адекватное комплексное лечение.</li> <li>4. Опишите характер операции.</li> <li>5. В чем состоит особенность послеоперационного ведения данного больного?</li> <li>6. Возможные осложнения?</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Флегмона нижнего отдела левой щечной области от 36 зуба.</li> <li>2. ДД следует проводить с остеомиелитом, периоститом. При остеомиелите характерны рвущие боли иррадиирующие по всем ветвям тройничного нерва, наличие симптома Венсана, симптома «рояльных клавиш», «муфты» вокруг челюсти. При периостите гнойный очаг расположен рядом с удалённым зубом, под надкостницей. После удаления причинного зуба лунка не закрывается сгустком, если не вскрыт гнойный очаг.</li> <li>3. Первым этапом вскрывается экстраоральным доступом флегмона щечной области, гнойная полость промывается антисептиками и дренируется. Разрез при этом должен быть достаточным. На рану накладывается повязка с гипертоническим раствором. Второй этап: мощное этиопатогенетическое лечение. Следует назначить в рациональных дозах антибиотики, сульфамиды - в ударных. Десенсибилизирующие препараты обязательны (димедрол, тавегил, супрастин, цетрин, эринит); дезинтоксикационное лечение. Перевязки проводить ежедневно.</li> <li>4. Вскрытие гнойного очага производят под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором лидокаина по типу «короткого блока» по Вишневному. Ввести надо не менее 30-40 мл анестетика, приступить к</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>операции немедля. Разрез должен располагаться чуть ниже нижней границы флюктуации или инфильтрации и иметь длину, соответствующую размеру гнойника. Послойно рассекаются кожа, клетчатка, щёчная мышца с фасцией. Тупым путём достигается гнойник, опорожняется, промывается, дренируется. Повязка с гипертоническим раствором.</p> <p>5. После операции проводят ежедневно диализ гнойной раны, смену гипертонических повязок 1-2 раза в сутки, неукоснительно и по часам вводятся назначенные лекарственные препараты. Пища – полумягкая до 7 суток, затем перевод на общий стол. При наличии заживления раны вторичным натяжением – подключение ФТ, массажа, активной механотерапии для профилактики контрактур.</p> <p>6. Возможен переход гнойного процесса на соседние области (если разрез недостаточен, а лечение антибиотиками или не назначено или в малых дозировках), развитие контактного остеомиелита, возникновение контрактуры рубцового характера.</p>
ОПК-5.4	<p>Осуществляет профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения</p>	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b>  <b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b>  <b>Основная часть</b>  Больной 43 лет жалуется на боль и припухлость в области зуба на нижней челюсти слева. Подобные обострения уже возникали раньше и были связаны с простудными заболеваниями. В анамнезе: хроническая пневмония, хронический бронхит. Местно: 35 зуб имеет кариозную полость на ½ коронки, сообщающуюся с полостью зуба. Перкуссия 35 зуба болезненна. Слизистая оболочка в проекции корня 35 зуба гиперемирована, отечна, пальпация болезненна. На R-грамме отмечается тень пломбирочного материала в канале 35 зуба на 1/3 длины корня. У верхушки корня имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы с четкими контурами, диаметром около 4мм. Врачом было принято решение об удалении 35 зуба. Через 5 минут после проведения анестезии 2% раствором лидокаина в количестве 2 мл, у больного появилось ощущение слабости, бледность кожных покровов, ощущение тяжести за грудиной, шумное дыхание, осиплость голоса, сердцебиение, холодный пот, АД снизилось до 90/50 мм.рт.ст. Затем, после судорог, возникла потеря сознания.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз, обоснуйте.</li> <li>2. В каких патогенетических взаимоотношениях могут находиться хронические околоверхушечные очаги и воспалительный процесс в дыхательных путях?</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>3. Решите вопрос о целесообразности сохранения 35 зуба и возможных путях решения этой проблемы.</p> <p>4. В случае удаления, какую анестезию можно провести? Опишите методику.</p> <p>5. О каком осложнении может идти речь?</p> <p>6. С какими состояниями необходимо дифференцировать описанное осложнение?</p> <p>7. По каким признакам может проводиться дифференциальная диагностика?</p> <p>8. Изложите последовательность неотложных мероприятий по борьбе с возникшим состоянием.</p> <p>9. Перечислите осложнения местной анестезии общего характера?</p> <p>10.Профилактика осложнений при местном обезболивании.</p> <p><b>Ответ</b></p> <p>1. Хронический гранулематозный периодонтит 35 зуба в стадии обострения. Диагноз устанавливается на основе сбора анамнеза, жалоб, клинических и дополнительных методов обследования (больной жалуется на боль и припухлость в области зуба на нижней челюсти слева, обострения уже возникали раньше и были связаны с простудными заболеваниями. В анамнезе: хроническая пневмония, хронический бронхит. Местно: 35 зуб имеет кариозную полость на ½ коронки, сообщающуюся с полостью зуба. Перкуссия 35 зуба болезненна. Слизистая оболочка в проекции корня 35 зуба гиперемирована, отечна, пальпация болезненна. На R-грамме отмечается тень пломбирочного материала в канале 35 зуба на 1/3 длины корня. У верхушки корня имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы с четкими контурами, диаметром около 4мм).</p> <p>2. При наличии сопутствующих заболеваний у пациентов всегда отмечается снижение уровня напряжённости иммунитета. В этой связи даже незначительное переохлаждение может провоцировать у них обострение одонтогенных воспалительных хронических заболеваний.</p> <p>3. Так как корневой канал 35 зуба запломбирован некачественно, в первую очередь необходимо его вскрыть и попытаться запломбировать слегка за верхушку. Если возникнет обострение – погасить его и впоследствии прибегнуть к ампутации верхушки корня 35 зуба. Закончить лечение изготовлением искусственной коронки. В том случае, если перелечить зуб не удастся, его следует удалить.</p> <p>4. При удалении 35 зуба следует воспользоваться любой проводниковой анестезией (торусальная, мандибулярная в любой модификации +инфильтрационная).</p> <p>5. Анафилактический шок.</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>6,7. С обмороком (давление не падает, нет болей за грудиной); коллапсом (сознание сохранено, нет болей за грудиной); анафилактическими реакциями (имеются кожные проявления, сознание сохранено, давление слабо падает).</p> <p>8. Первым делом вводятся препараты коры надпочечников (кортикостероиды) из расчёта 4-5 мг на кг веса больного для нейтрализации массивного выброса гистамина в кровяное русло. После чего (в срочном порядке!) место инъекции анестетика любыми способами блокируется с тем, чтобы сделать невозможным всасывание антигена в кровь больного. Поддерживается сердечная деятельность (мезатон в/в, коргликон в/в) и дыхательная (цититон или лобелин в/м, кордиамин п/к). Больной сразу укладывается, обеспечивается приток свежего воздуха в большом количестве. При необходимости проводятся реанимационные мероприятия, срочно вызывается бригада скорой помощи.</p> <p>9. Обморок, коллапс, аллергические реакции.</p> <p>10. Перед любыми манипуляциями крайне важно выяснить аллергологический анамнез больного. В том случае, если введение препарата первое – неожиданностей быть не должно. Если ваша анестезия - вторая по счёту, проведение специальной аллергической пробы является обязательной! Только после пробы можно приступить к вмешательству.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Пациентка М. 22 года обратилась в 10 часов вечера в приемное отделение больницы с жалобой на наличие разрушенного зуба на нижней челюсти слева. Зуб периодически беспокоил. Полтора месяца назад в очередной раз зуб заболел. За мед.помощью ранее обращалась. ТБС, венерические заболевания, аллергические реакции у себя отрицает. Из перенесённых заболеваний отмечает: простудные.St. localis: контуры лица не нарушены. Открывание рта свободное, безболезненное в полном объёме. В полости рта: слизистая бледно-розовая, 3.8 зуб разрушен на 2/3 коронки, зондирование и перкуссия его безболезненные. Дежурным врачом челюстно-лицевого отделения было проведено удаление 3.8 зуб. Спустя 3 часа больная обратилась вновь в приемное отделение с жалобами на обильное кровотечение из лунки 3.8 зуба. Было установлено, что сутки назад у неё началась менструация.</p> <p><b>Вопросы:</b></p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте.</p> <p>2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для постановки окончательного диагноза.</p> <p>3. В чём заключается грубая ошибка хирурга стоматолога, удалившего зуб?</p> <p>4. Какими могут быть общие и местные причины луночкового кровотечения?</p> <p>5. Какие возможные варианты остановки кровотечения следует применить при преобладании общих его причин?</p> <p>6. Перечислите местные способы остановки луночкового кровотечения.</p> <p>7. Профилактика луночковых кровотечений.</p> <p><b>Ответ</b></p> <p>1. Предварительный диагноз: "Хронический периодонтит 3.8 зуба" по условию задачи устанавливается на основе сбора анамнеза, жалоб, клинических методов обследования (жалоба на наличие разрушенного зуба на нижней челюсти слева, который ранее неоднократно болел. St. localis: контуры лица не нарушены. Открывание рта свободное, безболезненное в полном объёме. В полости рта: слизистая бледно-розовая. 3.8 зуб разрушен на 2/3 коронки, перкуссия его безболезненная).</p> <p>2. Необходимо выполнить лучевое исследование в области причинного зуба (прицельный снимок, ОПТГ, КТ) с целью определения причинного зуба и патологического очага в тканях пародонта, его формы и размеров, что даст возможность установить окончательный диагноз (хронический фиброзный или гранулирующий, или гранелематозный периодонтит или радикулярная киста от 3.8 зуба) и определить тактику и объем лечения.</p> <p>3. Первичное отсроченное кровотечение началось на фоне нарушения свёртываемости крови за счёт menses. Не следовало проводить экстренной пациентке удаление зуба на фоне начавшейся менструации. Врач не обратил внимания на пол и возраст пациента, не выяснил столь важный момент. Результат – осложнение.</p> <p>4. Кровотечения из лунки удалённого зуба могут возникать также у пациентов с гипертонической болезнью, заболеваниями крови (лейкозы, анемии, гемофилии, тромбоцитопении), на фоне применяемых антикоагулянтов (после перенесённых инсультов, инфарктов, при угрозе тромбоэмболии). Местными причинами возникновения кровотечений могут быть как грубые действия врача, так и несоблюдение больным правил поведения после удаления.</p> <p>5. В случае проблем с АД или со свёртываемостью</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>крови следует вводить гипотензивные препараты (в/в или в/м), а также вещества, стимулирующие свёртывающую систему крови (хлорид кальция, нативную плазму, тромбоцитарную массу, эpsilon-аминокапроновую кислоту, криопреципитат и пр.). Все они вводятся только внутривенно.</p> <p>6. К местным способам остановки кровотечения следует отнести пережатие кровоточащего сосуда (если он расположен в мягких тканях), его ущемление фрагментом кости с использованием долота (если сосуд расположен в стенке лунки удалённого зуба). Возможна тугая тампонада лунки зуба гемостатической губкой (если кровотечение профузное), использование термокоагуляции, химиокоагуляции (30% ляпис, 5% йод, кристаллический марганец).</p> <p>7. Внимательное отношение к больному, тщательный сбор данных анамнеза, атравматичное удаление зуба, контроль за образованием сгустка в лунке – слагаемые профилактики ранних кровотечений из лунки удалённого зуба.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>У больной 55 лет, на R-грамме выявлено наличие очага деструкции костной ткани альвеолярного отростка округлой формы, с четкими контурами, размерами 2,5 x 2 см, связанного с верхушками 12, 13 зубов. Каналы 12, 13 зубов были запломбированы до физиологических верхушек 2 дня назад. Было принято решение об удалении патологического образования под местным обезболиванием. Через 5 минут после проведения местной анестезии 2% раствором лидокаина у пациентки гиперстенического телосложения, в количестве 5 мл с 0,1% раствором адреналина, появилось ощущение головокружения, головная боль, гиперемия кожи лица, шумное дыхание, сердцебиение, холодный пот, АД поднялось до 190/110 мм.рт.ст. Затем появился шум в ушах, звон, стук «молоточков» в височных областях, позывы к рвоте..</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какой диагноз вы поставите, обоснуйте его?</li> <li>2. Какие дополнительные исследования назначите?</li> <li>3. Каков план лечения? Что необходимо сделать перед операцией? Какие виды обезболивания следует применить при оперативном вмешательстве у такой больной?</li> <li>4. Какое хирургическое вмешательство показано при таком патологическом процессе? Опишите основные этапы хирургического вмешательства</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>5. Медикаментозное и другие виды лечения в послеоперационном периоде.</p> <p>6. О каком осложнении может идти речь? По каким признакам может проводиться дифференциальная диагностика?</p> <p>7. Изложите последовательность неотложных мероприятий по борьбе с возникшим состоянием. Профилактика осложнений при местном обезболивании.</p> <p><b>Ответ</b></p> <p>1. Радикулярная киста верхней челюсти от 12 и 13 зубов, диагноз установлен на основании клинического обследования и рентгенографии.</p> <p>2. Для точного установления необходимо выполнение КТ верхней челюсти с целью определения размеров, формы патологического образования, а также его возможного сообщения с гайморовой пазухой и полостью носа.</p> <p>3. Лечение должно заключаться в полном удалении кисты (операция цистэктомии). Перед операцией в обязательном порядке депульпировать включённые в кисту зубы и запломбировать их за верхушку. Для адекватного обезбоживания следует использовать двустороннюю инфраорбитальную анестезию в сочетании с инцизивной анестезией.</p> <p>4. При данной кисте небольших размеров кроме цистэктомии одномоментно следует выполнить ампутацию верхушек 12 и 13 зубов, чтобы радикально убрать всю оболочку. Это предупредит развитие рецидива.</p> <p>5. После операции для предупреждения нагноения остаточной костной полости, необходимо назначить антибиотики (в рациональных дозах), сульфамиды, антигистамины, анальгетики. Важно: назначение особого вида мягкого питания (не путать с диетой!), тщательное соблюдение гигиены полости рта вплоть до удаления швов. Не использовать быстро резорбируемые шовные материалы!</p> <p>6. У данной пациентки развился гипертонический криз (ГК). Из-за резкого подъёма АД следует исключить лишь тиреотоксический криз, при котором отмечается проливной пот, резкий подъём агрессии, который может смениться полной апатией. АД при этом менее критично, в отличие от ГК.</p> <p>7. Первым делом отложить удаление зуба. Второе: уложить больную, приподняв головную часть кресла. Третье: ввести в/в 10 мл 10% раствора хлорида кальция, в/м не менее 2 мл папаверина с дибазолом. Четвёртое: постоянно контролировать АД. После снижения АД возможно произвести хирургическую манипуляцию. Кровотечение может быть обильным, но в целом</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>благоприятно сказывается на стабилизации АД. Отпускать больную при этом можно только в том случае, когда кровотечение будет окончательно остановлено. Предупредить о строгом соблюдении всех рекомендаций врача. Перед оперативными вмешательствами у больных особенно в возрасте старше 45 лет необходимо в деталях выяснить наличие сопутствующих заболеваний и их характер. У гиперстеников с излишним весом необходимо измерить АД до анестезии. При его повышенном уровне – дача гипотензивных препаратов, контроль АД, оперативное вмешательство у плановых больных по стабилизации состояния.</p>
ОПК-6.1	<p>Принимает участие в работе мультидисциплинарной реабилитационной команды амбулаторно, в условиях стационара, дневного стационара</p>	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b>  <b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b>  <b>Основная часть</b>          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.  <b>Вопросы:</b>          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 возможную клинико-рентгенологическую картину.          5. Методы лечения в данном случае?          6. Сформулируйте методы медицинской реабилитации.  <b>Ответ</b>          1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.          2. Для постановки диагноза и составления плана лечения необходимо провести рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа, а также линейные измерения размеров тела и ветви нижней челюсти сравнительно справа и слева.          3. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с мышечной контрактурой, деформирующим артрозом и анкилозом ВНЧС.          4. Клинически отмечается искривление нижнего отдела лица за счет деформации и уменьшения в размерах правой половины нижней челюсти. Средняя линия подбородка смещена вправо. На коже щечной и</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>поднижне-челюстной областей ряд втянутых рубцов. При обследовании движений головок ВНЧС через наружные слуховые проходы слева отмечаются слабые движения, справа - движения отсутствуют. Прикус перекрестный. При рентгенологическом обследовании ВНЧС справа и слева (для сравнения), слева отмечается суставная головка, суставная впадина и суставной бугорок хорошо контурированы. Справа суставная головка, суставная впадина и суставной бугорок слиты в единый костный массив, полулунная вырезка ветви нижней челюсти резко сужена, ветвь челюсти укорочена, угол челюсти деформирован в виде шпоры.</p> <p>5. Консервативное лечение – механотерапия, физиолечение с гидрокортизоном и лидазой. Хирургическое лечение – остеотомия в области шейки суставного отростка или верхней трети ветви нижней челюсти с интерпозицией между фрагментами мягких тканей с целью формирования ложного сустава, артропластика ортотопическим гомотрансплантатом или имплантатом.</p> <p>5. В период реабилитации рекомендовано соблюдение щадящей и высокобелковой, витаминизированной диеты, физиолечение, умеренные физические нагрузки. Показан санаторно-курортный этап реабилитации на специализированных курортах.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2</b>  <b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b>  <b>Основная часть</b>          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, аппендэктомия 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.</p> <p><b>Вопросы:</b>          1. Проведите обоснование диагноза?</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>2. Поставьте диагноз?</p> <p>3. Наметьте план добследования у смежных специалистов и лечения?</p> <p>4. Чем обусловлена необходимость консультации больной у стоматолога?</p> <p>5. Имеет ли значение в описанной клинической ситуации, то что больная перенесла аппендэктомию?</p> <p>6. Сформулируйте методы медицинской реабилитации.</p> <p><b>Ответ</b></p> <p>1. Жалобы больной на приступообразные рвущие боли, данные анамнеза (лечилась у невропатолога по поводу невралгии тройничного нерва слева), наличие “курковой” зоны на слизистой оболочке по переходной складке в области 2.4, 2.5 зубов и гипестезия щечной области слева свидетельствуют о невралгии II ветви тройничного нерва слева.</p> <p>2. Диагноз: невралгия II ветви тройничного нерва слева.</p> <p>3. Следует провести обследование больной у невропатолога, отоларинголога и терапевта. При выявлении органической патологии лечение должно быть комплексным. Назначаются противоэпилептические средства (тигретол, суксилен, финлепсин, ривотрил, морфолен, триметин, клоноцепам), витамины группы “В”, биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты и т. п., физиолечение.</p> <p>4. Консультация подобных больных стоматологом необходима для обследования челюстно-лицевой области с целью выявления заболеваний, являющихся причиной развития вторичных (симптоматических) невралгий ветвей лицевого нерва, а также заболеваний, имеющих сходные клинические симптомы.</p> <p>5. Не имеет.</p> <p>6. В период реабилитации рекомендовано соблюдение режима дня, отсутствие тяжелых физических нагрузок, соблюдение высокобелковой, витаминизированной диеты, физиолечение. Показан санаторно-курортный этап реабилитации на специализированных курортах.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Больная Н., 30 лет, обратилась с жалобами на постоянные ноющие, периодически усиливающиеся боли в области подбородка слева, боль в нижней губе и деснах слева. Боли усиливаются при приеме горячей или холодной пищи, разговоре, последнее время беспокоят даже ночью. Улучшение дают постоянно используемые анальгетики. Из анамнеза выяснено, что месяц тому назад, после удаления 3.8 полуретинированного зуба на</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>н/ч слева у нее возникло чувство онемения в области н/ч, губы и подбородка слева. На следующий день возникла сильная боль в лунке удаленного зуба, а в дальнейшем присоединились боли в обоасти нижней челюсти слева, лечилась амбулаторно, боли стихали, но онемение не проходило. Стоматолог удалил 3.6 и 3.7 зубы на н/ч слева. После удаления зубов, на фоне онемения, пациентка отмечала усиление болей, появилось чувство жжения в области подбородка. Объективно: при пальпации точек Валле болезненности не отмечается. Триггерных зон не выявлено. Вертикальная перкуссия оставшихся зубов на нижней челюсти болезненна. Гиперестезия с участками анестезии кожи подбородка, губы и десны слева.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?</li> <li>3. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания.</li> <li>4. Чем обусловлено онемение кожи подбородка и губы слева?</li> <li>5. Проведите дифференциальный диагноз.</li> <li>6. Составьте план лечения.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. На основании сбора анамнеза, жалоб и клинического обследования диагноз: постэкстракционный неврит левого нижнелуночкового нерва.</li> <li>2. Необходимо выполнить рентгенографическое исследование нижней челюсти КТ (КЛКТ) с целью исключения наличия костных патологических очагов.</li> <li>3. Причина заболевания – травматическое удаление 3.8 зуба.</li> <li>4. Выпадение чувствительности в зоне иннервации ментального нерва говорит о активных процессах демиелинизации ствола нижнелуночкового нерва в зоне повреждения на уровне удаленного 3.8 зуба. Также запущены дегенеративные процессы в самом осевом цилиндре нервного ствола, что и приводит к болям и парестезии одновременно.</li> <li>5. От невралгии неврит отличается тем, что имеются триггерные (курковые) зоны, отсутствуют ночные боли. Характер иной: стреляющие, как удары током, кратковременные, приступообразные.</li> <li>6. В данной ситуации, при наличии столь короткого анамнеза, стоит попробовать регулярные блокады по типу мандибулярной анестезии с использованием лекарств. «коктейля»: лидокаин 2%-4 мл, платифиллин 0,1-1мл, витамины В1 и В6 по 1 мл. эту процедуру необходимо проводить один раз в сутки, ежедневно, в</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>течение 7-8 дней. Параллельно назначить больной транквилизаторы, снотворные, подобрать дозу анальгетиков и антиконвульсантов(тегретол, этосуксимид). Только комплексное лечение в течение 3-4 недель может дать положительный эффект.</p> <p>7. В период реабилитации рекомендовано соблюдение режима дня, отсутствие тяжелых физических нагрузок, соблюдение высокобелковой, витаминизированной диеты, физиолечение. Показан санаторно-курортный этап реабилитации на специализированных курортах.</p>
ОПК-6.2	<p>Применяет шкалу реабилитационной маршрутизации у пациентов по профилю «челюстно-лицевая хирургия»</p>	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b>  <b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b>  <b>Основная часть</b>          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.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проведите обоснование диагноза?</li> <li>2. Поставьте диагноз?</li> <li>3. Наметьте план дообследования у смежных специалистов, дополнительных методов обследования и лечения.</li> <li>4. Достаточно ли сведений для постановки диагноза?</li> <li>5. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?</li> <li>6. Медицинская реабилитация. Определите показания, используя Шкалу реабилитационной маршрутизации.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. На основании жалоб больной на приступообразные боли в зоне иннервации II ветви тройничного нерва справа, данных анамнеза (удаление 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубов) можно предположить невралгию II ветви тройничного нерва справа.</li> <li>2. Диагноз: невралгия II ветви тройничного нерва</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>справа.</p> <p>3. Следует провести обследование больной у невропатолога, отоларинголога и терапевта. необходимо выполнить КТ верхней челюсти на предмет выявления патологических очагов в зубах, костной ткани и околоносовых пазухах. При выявлении органической патологии лечение должно быть комплексным. Назначаются противоэпилептические средства (тигретол, суксилен, финлепсин, ривотрил, морфолен, триметин, клоноцепам), витамины группы “В”, биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты и т. п., физиолечение.</p> <p>4. Не достаточно. Нет сведений о продолжительности и внезапности возникновения болевых приступов, их частоте и связи с какими-либо провоцирующими факторами, о наличии зон парестезии, о наличии триггерных зон, нет данных ЭОД 1.4 зуба, нет сведений о рентгенологическом обследовании зубов, костной ткани и околоносовых пазухах верхней челюсти.</p> <p>5. Невралгия II ветви тройничного нерва, острый или обострение хронического пульпита, острый периодонтит, острый верхнечелюстной синусит.</p> <p>6. Может получать медицинскую реабилитацию 3 этапа в амбулаторных условиях. Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ), разработанная Союзом реабилитологов России, используется для оценки состояния пациентов и определения оптимального пути реабилитации. Применима как для взрослых, так и для детей, имеет шесть баллов. У данного пациента 2 балла - легкое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности: а) не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и другие) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней помощи; б) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); в) не нуждается в наблюдении; г) может проживать один дома от недели и более без помощи.</p>
ОПК-6.3	Осуществляет контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации у пациентов по профилю «челюстно-лицевая хирургия»	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Больному 36 лет был нанесен прямой удар в подбородок при широко открытом рте. Почувствовал резкую боль в проекции обоих ВНЧ суставов, зубы впоследствии сомкнуть не мог. По этому поводу обратился в травмпункт, откуда, после выполнения R-граммы, был</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>направлен в челюстно-лицевое отделение через 8 часов после травмы. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. При осмотре: лицо в средней трети как бы «удлинено», симптом нагрузки резко положителен в области обоих ВНЧ суставов. Прикус по типу открытого, со смещением нижней челюсти кзади.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установите предварительный диагноз, обоснуйте его.</li> <li>2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?</li> <li>3. Наметьте план лечения.</li> <li>4. Возможные осложнения.</li> <li>5. Определите какие периоды реабилитации необходимо назначить больному, оцените их эффективность.</li> <li>6. Дайте рекомендации по физической активности пациенту.</li> <li>7. Опишите реабилитацию в постиммобилизационном периоде, оцените ее эффективность.</li> <li>8. Оцените нуждаемость в дальнейшей медицинской реабилитации.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Травматический закрытый двусторонний перелом в области суставных отростков нижней челюсти со смещением отломков.</li> <li>2. Необходимо выполнить РГ тела нижней челюсти в прямой и боковой проекциях для уточнения характера и степени смещения отломков повреждённой НЧ, более информативным методом будет КТ (КЛКТ) нижней челюсти.</li> <li>3. После РГ следует провести наложение двучелюстных шин Тигерштедта, на моляры с обеих сторон уложить резиновые 5-миллиметровые прокладки и резиновыми межчелюстными тягами попытаться провести вытяжение и репозицию отломков НЧ в течение 5-6 суток. В том случае, если это не удастся сделать, необходимо готовить больного к остеосинтезу под общей анестезией. Шины Тигерштедта использовать в послеоперационном периоде как средство дополнительной иммобилизации отломков НЧ.</li> <li>4. В случае оказания неадекватной помощи, без должной репозиции и фиксации отломков, может возникнуть несросшийся перелом, неправильно сросшийся перелом, открытый или перекрёстный прикус. Эта ситуация потребует трудоёмких, сложных хирургических коррекций.</li> <li>5. В соответствии с характером повреждения, видом фиксации отломков и этапами лечения больного весь курс реабилитации условно подразделяют на три периода:</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>–иммобилизации;  –постиммобилизационный;  –восстановительный.</p> <p>Период иммобилизации (3-4 нед) - время, в течение которого происходит костное сращение.</p> <p>Реабилитационные мероприятия назначают с первых дней поступления больного в стационар с целью ликвидации проявлений общей реакции организма на травму, предупреждения явлений гиподинамии.</p> <p>Задачи лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– повышение жизненного тонуса больного;</li> <li>– улучшение функции сердечно-сосудистой системы и органов дыхания;</li> <li>– профилактика возможных осложнений, связанных с длительной иммобилизацией челюстей (атрофия жевательной мускулатуры, рубцевание мягких тканей лица, контрактура ВНЧС и др.);</li> <li>– усиление крово- и лимфообращения в зоне повреждения (хирургического вмешательства) с целью стимуляции регенеративных процессов.</li> </ul> <p>6. При перечисленных способах фиксации и вытяжения отломков нижней челюсти активные упражнения проводить нельзя из-за невозможности раскрытия рта и выполнения боковых движений нижней челюстью. Поэтому сразу после наложения шин на 2-3-й день следует начинать занятия ЛГ. Занятия ЛГ включают:</p> <p>А. Общеукрепляющие упражнения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– дыхательные упражнения (статического и динамического характера);</li> <li>– упражнения для туловища - легкие повороты, прогибание, наклоны в сторону и др.;</li> <li>– повороты, наклоны и круговые движения головой.</li> </ul> <p>Б. Специальные упражнения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– изометрические напряжения мышц шеи и плечевого пояса (экспозиция 5-7 с);</li> <li>– идеомоторные движения (для жевательных мышц), предупреждающие нарушение координаторных взаимоотношений мышц-антагонистов, и другие рефлекторные изменения, в частности мышечный гипертонус (1-я стадия развития контрактур);</li> <li>– изометрические напряжения жевательных мышц (экспозиция 5-7 с) способствуют профилактике мышечной гипотрофии, снижению силы и выносливости мышц, лучшей компрессии отломков кости;</li> <li>– упражнения для мимических мышц лица с целью улучшения трофических процессов в тканях, окружающих перелом.</li> </ul> <p>Перечисленные общие и специальные физические</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>упражнения применяются комплексно в форме процедур ЛГ и самостоятельных занятий.</p> <p>В этот период не рекомендуют общеукрепляющие упражнения, связанные с резкими наклонами и поворотами туловища, подскоками и прыжками, в связи с опасностью нарушения фиксации фрагментов поврежденной кости.</p> <p>7. <i>Задачи</i> постиммобилизационной реабилитации:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– восстановление функции поврежденной челюсти;</li> <li>– нормализация трофических процессов в зоне повреждения (операции);</li> <li>– увеличение объема движений в ВНЧС и шейном отделе позвоночника;</li> <li>– укрепление мышц плечевого пояса, верхних конечностей.</li> </ul> <p>Средства реабилитации. Реабилитационные мероприятия начинаются сразу же после снятия неподвижной фиксации и замены ее фиксацией эластической, так как резиновые лигатуры, гарантируя правильную окклюзию, позволяют в некоторой степени осуществлять движения нижней челюсти. С первых дней тренируют (за счет активных, активно-пассивных движений) раскрытие рта. По показаниям назначается механотерапия (например, экстензор Матезиса и др.). В этом периоде возрастает физическая нагрузка за счет увеличения количества упражнений и их дозировки. В занятиях ЛГ используют дыхательные упражнения, упражнения в равновесии и координации движений, упражнения статического характера в сочетании с упражнениями, направленными на расслабление мышц, упражнения у гимнастической стенки и с гимнастическими предметами. На этом фоне возможно применение упражнений для жевательных мышц (напряжение с последующим их расслаблением), упражнения для мимических мышц, метод Боуэн-терапии.</p> <p>В первые дни после снятия иммобилизации рекомендуется использовать в занятиях ЛГ облегченные и.п. - лежа на спине (подголовник кушетки приподнят), затем - сидя и стоя.</p> <p>При наличии соответствующих показаний (выраженная слабость или гипертонус мышц, расстройства трофики и др.) рекомендуется проведение курса массажа (седативная методика).</p> <p>Продолжаются сеансы психокоррекции.</p> <p>8. Необходим восстановительный период, который характеризуется остаточными явлениями в виде недостаточности или ограничения объема движений в ВНЧС, снижения силы жевательных мышц.</p> <p>Основная задача лечения - восстановление нарушенной функции поврежденной челюстно-лицевой области.</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>Средства реабилитации. Общая физическая нагрузка увеличивается за счет продолжительности и плотности процедуры ЛГ, количества упражнений и их повторяемости, различных исходных положений.</p> <p>Общеразвивающие упражнения дополняют специальными:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– упражнения с помощью тренажеров;</li> <li>– упражнениями с дозированным сопротивлением и отягощением. Включаются приемы ПИР мышц и аутомобилизация (элементы мануальной терапии).</li> </ul> <p>С целью укрепления мышц и стимуляции трофических процессов в пораженной зоне продолжают процедуры массажа (стимулирующая методика).</p> <p>Один из критериев восстановления трудоспособности больных - удовлетворительный объем и координация движений нижней челюсти при положительной характеристике жевательной и мимической мускулатуры. Следует учитывать также и психоэмоциональное состояние больного.</p> <p>К моменту наступления консолидации (восстановительный период) назначаются упражнения с полной физической нагрузкой при создании достаточно большого сопротивления основному движению. Большое значение имеет в этот период изменение диеты (прием более жесткой пищи, требующей пережевывания). Одновременно с физическими упражнениями рекомендовано назначение физиотерапевтических процедур (Епифанов В.А.).</p> <p>Цель физиотерапии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– оказать обезболивающее, гипосенсибилизирующее, противовоспалительное, противоотечное действие;</li> <li>– ликвидировать спазм сосудов;</li> <li>– стимулировать процессы костного заживления;</li> <li>– уменьшить напряжение мышц;</li> <li>– ускорить восстановление зубочелюстного аппарата.</li> </ul>
ОПК-7.2	Устанавливает причинно-следственную связь между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Больная К., 36 лет поступила в клинику челюстно-лицевого отделения городской больницы с жалобами на наличие тупой, распирающей боли под глазом справа, боли в области лба и виска, закладывание носа, нарушение обоняния, периодическое выделение слизи и гноя из правой половины носа, головную боль, быструю утомляемость, недомогание, появляющееся к концу дня. Больной себя считает более 2-х лет. Тогда впервые появились резкие боли в 16 зубе, общая слабость, недомогание, сильная головная боль, боль в области верхней челюсти справа, повышение температуры до</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>38°C, затрудненное носовое дыхание и выделение мутной жидкости из правой половины носа при наклоне головы вниз. Было произведено эндодонтическое лечение 16 зуба и параллельно прошла курс лечения антибиотиками, сульфаниламидами и анальгетиками. Через две недели выделения из носа прекратились, улучшилось общее состояние, припухлость в подглазничной области справа исчезла. В течение двух лет болезненные проявления в области верхней челюсти возобновлялись неоднократно, причём возникали после простудных заболеваний.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 °С. Местно: при внешнем осмотре грубых патологических изменений не выявлено. В полости рта: гиперемия и незначительный отек слизистой оболочки преддверия полости рта в проекции 17, 16, 15 и 14 зубов. Перкуссия 16 зуба, покрытого металлической коронкой, болезненна. На дентальной рентгенограмме определяется отмечается наличие деструкции костной ткани у верхушек корней зуба с нечеткими границами размером 1,2 x 0,7 см. На рентгенограмме придаточных пазух определяется наличие интенсивной гомогенной тени в правой гайморовой пазухе, заполняющей весь её объём. В периферической крови отмечен умеренный лейкоцитоз и незначительное увеличение СОЭ.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Какие дополнительные методы исследования можно провести?</li> <li>3. Дифференциальная диагностика.</li> <li>4. Объем лечения в условиях поликлиники и в условиях стационара.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <p>1. Одонтогенный хронический правосторонний полипозный гайморит в стадии обострения от 16 зуба. Диагноз устанавливается на основании сбора анамнеза, жалоб, клинического и дополнительного обследования: жалобы на наличие боли под глазом справа, боли в области лба и виска, закладывание носа, нарушение обоняния, периодическое выделение слизи и гноя из правой половины носа, головную боль, быструю утомляемость. Больной себя считает более 2-х лет. Тогда впервые появились резкие боли в 16 зубе, общая слабость, недомогание, сильная головная боль, боль в области верхней челюсти справа, повышение температуры до 38°C, затрудненное носовое дыхание и выделение мутной жидкости из правой половины носа при наклоне головы вниз. Было произведено эндодонтическое лечение 16 зуба и параллельно прошла</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>курс лечения. ЧВ течение двух лет болезненные проявления в области верхней челюсти возобновлялись неоднократно.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 °С. Местно: при внешнем осмотре грубых патологических изменений не выявлено. В полости рта: гиперемия и незначительный отек слизистой оболочки преддверия полости рта в проекции 17, 16, 15 и 14 зубов. Перкуссия 16 зуба, покрытого металлической коронкой, болезненна. На дентальной рентгенограмме определяется отмечается наличие деструкции костной ткани у верхушек корней зуба с нечеткими границами размером 1,2 x 0,7 см. На рентгенограмме придаточных пазух определяется наличие интенсивной гомогенной тени в правой гайморовой пазухе, заполняющей весь её объём. В периферической крови отмечен умеренный лейкоцитоз и незначительное увеличение СОЭ.</p> <p>2. Для уточнения диагноза можно провести: диафаноскопию, КТ, МРТ. Это позволит точно определить, какие стенки синус не подверглись патологическим изменениям, чтобы нанести минимальную травму больному.</p> <p>3. ДД проводят с доброкачественными (ДО) и злокачественными (ЗО) опухолями ВЧ. При росте ДО не бывает выделений из носа и явлений обострения. При росте ЗО из носа имеется кровянистое отделяемое со зловонным запахом, стенки синуса разрушаются по мере роста ЗО. СОЭ при этом достигает 40-60 мм/час.</p> <p>4. В условиях поликлиники можно лишь санировать полость рта и направить больного в специализированный стационар. В стационаре: подготовка больного к операции под общей анестезией, радикальная гайморотомия по Колдуэлл-Люку с одномоментным закрытием перфорации в области лунки удалённого 16 зуба.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2</b>  <b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b>  <b>Основная часть</b>      Больной 38 лет обратился в челюстно-лицевое отделение с жалобой на болезненную припухлость под нижней челюстью слева. Увеличение припухлости возникает при приеме пищи и сопровождается резкими болями колющего характера. Спустя 20-30 минут припухлость постепенно уменьшается, вместе с этим ослабевает интенсивность боли. Болен около 7-8 месяцев, когда впервые обратил внимание на возникающую боль при еде и появление припухлости в поднижнечелюстной области.</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>Периодически припухлость и боли исчезали, но ненадолго. Последний месяц всегда при приеме пищи появлялись боли более резкие по сравнению с предыдущими. Общее состояние больного удовлетворительное. При внешнем осмотре патологии не выявлено. При бимануальной пальпации определяется увеличенная левая поднижнечелюстная слюнная железа, болезненная в области передне-верхнего полюса. В этом участке пальпируется выраженное болезненное уплотнение. Пальпация левого вартонова протока безболезненна, из его устья выделяется небольшое количество мутной слюны. На рентгенограмме определяется наличие овальной формы плотной тени в ампуле поднижнечелюстной слюнной железы размерами 2,5 x 1,3 см.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.</li> <li>2. Какие дополнительные методы обследования можно провести?</li> <li>3. Причины возникновения заболевания.</li> <li>4. Классификация данной патологии.</li> <li>5. Назовите варианты методик хирургического лечения данной патологии.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <p>1. Сиалолитиаз с локализацией конкремента в ампуле левой поднижнечелюстной слюнной железе (ПЧСЖ). Диагноз устанавливается на основании сбора анамнеза, жалоб, клинического и дополнительного обследования: жалобы на болезненную припухлость под нижней челюстью слева. Увеличение припухлости возникает при приеме пищи и сопровождается резкими болями колющего характера. Болен около 7-8 месяцев, когда впервые обратил внимание на возникающую боль при еде и появление припухлости в поднижнечелюстной области. При бимануальной пальпации определяется увеличенная левая поднижнечелюстная слюнная железа, болезненная в области передне-верхнего полюса. В этом участке пальпируется выраженное болезненное уплотнение. Пальпация левого вартонова протока безболезненна, из его устья выделяется небольшое количество мутной слюны. На рентгенограмме определяется наличие овальной формы плотной тени в ампуле поднижнечелюстной слюнной железы размерами 2,5 x 1,3 см.</p> <p>2. Следует провести РГ ПЧСЖ как минимум в двух проекциях, контрастную сиалографию для точной визуализации и расположения инородного тела. Полное обследование для подготовки к общей анестезии.</p> <p>3. Главной причиной камнеобразования в любом органе</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>человеческого тела является снижение клиренса вырабатываемой им жидкости (слюны, желчи, мочи). Вторым не менее значимым фактором является нарушение водно-солевого баланса (большое количество употребляемой солёной, сладкой и острой пищи при малом потреблении жидкости). Это приводит к замедлению тока слюны, образованию комков слизи в железе или её протоке. В последующем происходит обызвествление этого комка и камень готов, увеличиваясь постоянно и неуклонно. Камни в ампуле ПЧСЖ могут расти годами, достигая размеров куриного яйца и веса в 50-60 граммов.</p> <p>4. Силолитиаз (СЛ) подразделяется по локализации (камни в ОУСЖ, ПЧСЖ и ПЯСЖ), камни в паренхиме СЖ, в ампулярной их части и в протоках. Камни могут быть одиночными и множественными, в одной СЖ или в двух и более. СЛ <u>всегда</u> сопровождается хроническими воспалительными процессами как в самих СЖ, так и в их выводных протоках (сиалодениты и сиалодохиты). Кроме того, хронические сиалодениты и сиалодохиты могут обостряться.</p> <p>5. При СЛ, когда камень располагается в ампуле ПЧСЖ, возможно два варианта хирургического лечения. Первый: наружным доступом добраться до ПЧСЖ, рассечь ткани в проекции камня и убрать его, зашив всё в обратном порядке. Метод применим тогда, когда паренхима железы сохранила свою жизнеспособность, что определяется до операции методом контрастной сиалографии. Вторым вариантом: полное удаление хронически воспалённой ПЧСЖ с камнем и протоком. Это делается в том случае, когда паренхима железы практически не функционирует. У нашего больного есть все шансы обойтись первым вариантом: малый срок болезни, нечёткие воспалительные признаки.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>1. Больная 32 лет во время уборки квартиры поскользнулась и ударила правой стороной лица о край стола. Сознание не теряла, но почувствовала острую боль в месте травмы, из правой половины носа выделилась кровь. Через 4 дня, когда отек уменьшился, обнаружила западение под глазом справа. Кроме того, отмечает онемение кожи нижнего века, боковой поверхности носа и верхней губы справа. Прикус не нарушен, открывание рта не затруднено. При пальпации по нижнему краю орбиты определяется наличие «ступеньки».</p> <p><b>Вопросы:</b></p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>1. Поставьте полный, развёрнутый диагноз, обоснуйте его.</p> <p>2. Назовите дополнительные методы обследования, позволяющие уточнить диагноз.</p> <p>3. Наметьте план комплексного лечения.</p> <p><b>Ответ</b></p> <p>1. Перелом правой скуловой кости со смещением, правосторонний гемосинус, компрессия правого подглазничного нерва. Диагноз устанавливается на основании сбора анамнеза, жалоб, клинического и дополнительного обследования: Больная поскользнулась и ударилась правой стороной лица о край стола. Сознание не теряла, но почувствовала острую боль в месте травмы, из правой половины носа выделилась кровь, появилось западение под глазом справа, онемение кожи нижнего века, боковой поверхности носа и верхней губы справа. Прикус не нарушен, открывание рта не затруднено. При пальпации по нижнему краю орбиты определяется наличие «ступеньки».</p> <p>2. КТ костей черепа для уточнения прохождения линии перелома, смещения отломков и визуализации гайморовой пазухи.</p> <p>3. С учётом небольшого срока после повреждения возможна «бескровная» репозиция правой скуловой кости крючком Лимберга, Карапетяна, щипцами Бернадского-Ходоровича через прокол кожи под скуловой костью. Анестезия: местная инфильтрационная или общая внутривенная. Специальных средств послеоперационной фиксации кости не требуется в случае установления отломка в правильное положение, при невозможности данной санипуляции отломки фиксируются спицей Киршнера. В послеоперационном периоде назначаются антибактериальная терапия и симптоматическая (НПВС, антигистаминные препараты), физиолечение. В течение месяца – охранный режим для повреждённого участка (минимизировать физические нагрузки, сон на здоровой стороне), использование сосудосуживающих препаратов в левый носовой ход для эффективного опорожнения правого ВЧ синуса от сгустков крови. В случае применения спицы Киршнера ее извлекают после консолидации отломков через 4 недели.</p>
ПК-1.1	Осуществляет местное обезболивание (инфильтрационную (прямую, непрямую), проводниковую, стволовую (II и III ветвей тройничного нерва) анестезии)	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющую боль в области верхней челюсти слева, иррадиирующую в левую затылочную область, висок. Также беспокоит боль при глотании и открывании рта.</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
	<p>пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю, в том числе с травмой, челюстно-лицевой области</p>	<p>Температура тела повышена до 37,5°C. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 7. Беспокоила постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. Больной к врачу не обращался, самостоятельно применял теплые содовые полоскания. В течение четырех дней боль в зубе прошла, однако накануне обращения к врачу появилась боль при глотании и открывании рта. Обратился к ЛОР-врачу, после осмотра которого патологии ЛОР-органов не выявлено, направлен на консультацию к стоматологу. При осмотре: определяется единичный, увеличенный, болезненный лимфатический узел в поднижнечелюстной области слева. Незначительный отек мягких тканей над скуловой дугой слева. Открывание рта ограничено до 1,0 см между резцами, резко болезненное. При внутриротовом осмотре выявлено: коронка 7 частично разрушена, перкуссия ее слабо болезненна, отмечается подвижность II степени. Переходная складка с вестибулярной стороны на уровне 678 отечна, гиперемирована, сглажена. При надавливании тканей в проекции бугра верхней челюсти слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании 7 отмечаются участки разрежения костной ткани в области корней и бифуркации с нечеткими контурами, глубокие костные карманы.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.</li> <li>2. Укажите дополнительные методы обследования.</li> <li>3. Проведите дифференциальную диагностику.</li> <li>4. Составьте план лечения. Опишите методику оперативного вмешательства.</li> <li>5. Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывания рта и болезненность при глотании.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагноз: абсцесс подвисочной ямки. Диагноз установлен в соответствии со сбором анамнеза, жалоб, клинического обследования и дополнительными методами обследования: жалобы на умеренные ноющую боль в области верхней челюсти слева, иррадирующую в левую затылочную область, висок, боль при глотании и открывании рта. Температура тела повышена до 37,5°C. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 7. Беспокоила постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. При осмотре: определяется единичный, увеличенный, болезненный лимфатический узел в поднижнечелюстной области слева. Незначительный отек мягких тканей над скуловой дугой слева. Открывание рта ограничено до 1,0 см между</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>резцами, резко болезненное. При внутриротовом осмотре выявлено: коронка 7 частично разрушена, перкуссия ее слабо болезненна, отмечается подвижность II степени. Переходная складка с вестибулярной стороны на уровне 678 отечна, гиперемирована, сглажена. При надавливании тканей в проекции бугра верхней челюсти слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании 7 отмечаются участки разрежения костной ткани в области корней и бифуркации с нечеткими контурами, глубокие костные карманы.</p> <p>2. Для определения причинных зубов и патологического очага, его размера и формы в тканях пародонта, вызвавших гнойно-воспалительное заболевание возможно произвести ОПТГ, КТ (КЛКТ). Для подготовки к оперативному вмешательству выполнить весь перечень лабораторных анализов (ОАК, биохимический анализ крови, сифилис, гепатиты, анализ мочи, кала, рентгенография легких).</p> <p>3. Диффдиагностику следует производить с гнойно-воспалительными заболеваниями близлежащих клетчаточных пространств (абсцессы и флегмоны), острым (обострение) остеомиелитом, периоститом).</p> <p>4. План лечения: удаление 7, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального и противовоспалительного лечения. Под местной инфильтрационной или туберальной анестезией с премедикацией производится разрез слизистой оболочки переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 5678. Затем тупым путем, используя изогнутый по плоскости кровоостанавливающий зажим (типа Бильрот), очень осторожно, чтобы не вызвать кровотечения из крыловидного венозного сплетения нужно проникнуть в подвисочную ямку. Для этого, ориентируясь на бугор верхней челюсти, инструмент проводится кзади, кверху и кнутри. После вскрытия абсцесса, в рану вводится резиновый выпускник. Местно: больному назначаются теплые ротовые ванночки с гипертоническими растворами. Дренажи в последующем не меняются, а лишь подтягиваются до момента прекращения гноетечения.</p> <p>5. Ограничение открывания рта и болезненность при глотании связаны с тем, что воспалительный процесс локализуется в области медиальной и латеральной крыловидных мышц, принимающих участие в движениях нижней челюсти, а также в области верхних отделов боковой стенки глотки.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2</b>  <b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p><b>Основная часть</b></p> <p>Пациент 55 лет обратился в отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 2 года назад в другом лечебном учреждении, прекратившем свое существование. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала. Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни, мочекаменной болезни. При обследовании отмечено: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. Отсутствуют все третьи моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезио-дистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.</li> <li>2. Проведите дополнительные методы обследования.</li> <li>3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате?</li> <li>4. Наметьте план лечения.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <p>1. Предварительный диагноз: "несостоятельность импланто-ортопедической конструкции в области отсутствующего 4.6 зуба" установлен на основании сбора анамнеза, жалоб и клинического обследования (жалобы на подвижность коронки на имплантате. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала. При обследовании отмечено: отсутствуют все третьи моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезио-дистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом.</p> <p>2. Дополнительно необходимо провести рентгенологическое обследование (КТ (КЛКТ)) для уточнения состояния костной ткани в области</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>имплантата и возможного разрушения имплантата.</p> <p>3. Причиной развития данного осложнения может являться неправильное усилие при закручивании винта, фиксирующего супраструктуру, что привело к его выкручиванию и ослаблению фиксации супраструктуры и возможному разрушению узла сопряжения имплантата и супраструктуры, деформации винта. Также к разрушению конструкции может приводить перегрузка при жевании вследствие некорректной выверки окклюзионных взаимоотношений зубных рядов.</p> <p>4. План лечения: необходимо уточнить состояние конструкции, для чего необходимо снять коронку с супраструктуры с помощью ультразвука или путем распиливания, с последующим анализом состояния имплантата и супраструктуры. При их целостности проводится замена винта с правильным усилием затягивания и фиксацией коронки после коррекции окклюзии, если она была снята без разрушения. При разрушении коронки она изготавливается заново с учетом конкретной ситуации.</p> <p>При разрушении имплантата он удаляется с последующим повторным имплантологическим лечением под местной анестезией (торусальная, мандибулярная или по Гоу Гейтсу + инфильтрационная). Хирургическое и ортопедическое лечение должно проводиться после пародонтологической санации полости рта и области имплантации.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Пациент 38 лет обратился с жалобами на боль и отек в правой половине лица, затрудненное носовое дыхание. Из анамнеза: в течении года периодически болел 16 зуб. Неделю назад появились ноющие боли, усиливающиеся при накусывании. К врачу не обращался, принимал анальгетики. Накануне повысилась температура тела до 38,2<sup>0</sup>С, отек и боль в правой половине лица, затрудненное носовое дыхание. Объективно: при разговоре пациента определяется гнусавый оттенок речи. Асимметрия лица вследствие отека мягких тканей правого нижнего века и щечной области, сглаженность носогубной борозды. Кожа над отеком в цвете не изменена, из правого носового хода отмечается слизисто-гнойное отделяемое. Пальпация тканей в правой подглазничной области болезненна. Слизистая оболочка преддверия полости рта справа гиперемирована, отечна, сглаженность переходной складки в области моляров, пальпация болезненна. 16</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>зуб - коронка разрушена на 2/3, зуб изменен в цвете, перкуссия болезненна. 11 и 21 зубы - на контактных поверхностях кариозные полости средней глубины, зондирование стенок, реакция на холод болезненны, перкуссия безболезненна. На внутриротовой рентгенограмме 16 зуба в околоверхушечной области медиального щечного корня отмечено пламеобразное разряжение костной ткани, небный корень выступает в верхнечелюстную пазуху, периодонтальная щель в апикальной части корня не прослеживается. На рентгенограмме черепа в полуаксиальной проекции определяется интенсивное гомогенное затемнение правой верхнечелюстной пазухи без изменения ее костных стенок.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</li> <li>2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</li> <li>3. Окажите неотложную помощь. Назначьте медикаментозное лечение.</li> <li>4. Перечислите показания для консервативно-хирургического лечения 16 зуба.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обострение хронического одонтогенного синусита. Обострение хронического гранулирующего периодонтита 16 зуба. Предварительный диагноз устанавливается на основании сбора жалоб и клинического обследования пациента: в течении года периодически болел 16 зуб, а неделю назад появились ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, повысилась температура тела до 38,2<sup>0</sup>С, появился отек и боль в правой половине лица, затрудненное носовое дыхание. Объективно: при разговоре пациента определяется гнусавый оттенок речи. Асимметрия лица вследствие отека мягких тканей правого нижнего века и щечной области, сглаженность носогубной борозды. Кожа над отеком в цвете не изменена, из правого носового хода отмечается слизисто-гнойное отделяемое. Пальпация тканей в правой подглазничной области болезненна. Слизистая оболочка преддверия полости рта справа гиперемирована, отечна, сглаженность переходной складки в области моляров, пальпация болезненна. 16 зуб - коронка разрушена на 2/3, зуб изменен в цвете, перкуссия болезненна. 11 и 21 зубы - на контактных поверхностях кариозные полости средней глубины, зондирование стенок, реакция на холод болезненны, перкуссия безболезненна.</li> <li>2. КТ (КЛКТ) верхней челюсти с целью определения патологического очага в области причинного зуба,</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>возможности выстояния корней зуба в верхнечелюстную пазуху, наличия перфорации дна и воспалительных явлений гайморовой пазухи, установления одонтогенной этиологии гайморита.</p> <p>3. а) местная анестезия (туберальная + небная), б) экстракция 16 зуба, в) санация верхнечелюстной пазухи через лунку удаленного зуба, г) антибактериальная и противовоспалительная терапия (НПВС), д) после купирования острого воспалительного процесса - гайморолмия с пластинкой соустья.</p> <p>4. Показанием к зубосохраняющим операциям (резекция верхушки корня, ампутация щечного корня) является отсутствие обострения, локализация патологического процесса в области одного щечного корня, проходимость остальных корневых каналов.</p>
ПК-1.2	<p>Осуществляет профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате проведения местной анестезии</p>	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>В челюстн-лицевое отделение обратился больной 25 лет с наличием резко болезненной припухлости в области угла рта и щеки справа. Отмечает общую слабость, головную боль, боль в правой половине лица, двоение в глазах. Первые признаки заболевания появились 3 дня назад. Заболевание связывает с повреждением кожных покровов во время бритья. Пораженную кожу обрабатывал дважды одеколоном. Местно: отек и инфильтрат в области угла рта, щеки, верхнего и нижнего века, экзофтальм, птоз. От уровня угла рта до внутреннего угла глаза распространяется болезненный отёк кожи и мягких тканей. В середине имеется плотный инфильтрат размером около 3 см в диаметре, в центре инфильтрата имеется конусообразное возвышение с некротическим стержнем. В поднижнечелюстной области справа, пальпируются увеличенные, болезненные, умеренно подвижные лимфатические узлы. Картина крови: СОЭ – 22 мм в час, лейкоцитов – 12х10<sup>9</sup> в девятой степени в 1 л, нейтрофилов – 80%, моноцитов 4%, лимфоцитов – 3%.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз и определите стадию процесса.</li> <li>2. Проведите дифдиагностику заболевания.</li> <li>3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить.</li> <li>4. Лечение данного заболевания?</li> <li>5. Какие осложнения возникли у больного?</li> <li>6. Исход данного заболевания.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Фурункул в верхнем отделе правой щечной области в фазе абсцедирования, явления флебита лицевой вены и</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>вен глазницы. Диагноз установлен на основании сбора жалоб, анамнеза, клинического и дополнительного обследования: жалобы на наличие резко болезненной припухлости в области угла рта и щеки справа, слабость, головную боль, боль в правой половине лица, двоение в глазах. Первые признаки заболевания появились 3 дня назад. Заболевание связывает с повреждением кожных покровов во время бритья. Местно: отек и инфильтрат в области угла рта, щеки, верхнего и нижнего века, экзофтальм, птоз. От уровня угла рта до внутреннего угла глаза распространяется болезненный отёк кожи и мягких тканей. В середине имеется плотный инфильтрат размером около 3 см в диаметре, в центре инфильтрата имеется конусообразное возвышение с некротическим стержнем. В поднижнечелюстной области справа, пальпируются увеличенные, болезненные, умеренно подвижные лимфатические узлы. Картина крови: СОЭ – 22 мм в час, лейкоцитов – <math>12 \times 10^9</math> в девятой степени в 1 л, нейтрофилов – 80%, моноцитов 4%, лимфоцитов – 3%.</p> <p>2. Диффдиагностику следует производить с гнойно-воспалительнымит заболеваниями близлежащих клетчаточных пространств (абсцессы и флегмоны), острым (обострение) остеомиелитом.</p> <p>3. Дополнительно необходимо выполнить ОПТГ, КТ для исключения наличия одонтогенного происхождения заболевания.</p> <p>4. Учитывая то, что процесс перешёл в гнойную фазу, очаг надо вскрыть, промыть и дренировать. При наличии густого содержимого ни в коем случае не выскабливать стенки полости! Назначить немедленно массивные дозы антибиотиков, сульфамиды, антигистамины, анальгетики, антикоагулянты. Местно: йод 1% на кожу по всей поверхности инфильтрата, особенно в области флебита вены, дважды в день в течение трёх дней, повязки с гипертоническим раствором на вскрытый очаг. Назначается постельный режим до улучшения состояния. Проводится дезинтоксикационная терапия. В период реконвалесценции подключают местно УФО, ГНЛ, МВ терапию, витаминотерапию.</p> <p>5. Поскольку у больного имеется воспаление стенки лицевой вены и вен глазницы, то для профилактики тромбоза и возникновения тромбоза вен кавернозного синуса головного мозга вышеуказанная фармакотерапия просто необходима.</p> <p>5. При своевременном и адекватном лечении исход – выздоровление.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2</b>  <b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p><b>Основная часть</b></p> <p>Больной 43 лет жалуется на боль и припухлость в области зуба на нижней челюсти слева. Подобные обострения уже возникали раньше и были связаны с простудными заболеваниями. В анамнезе: хроническая пневмония, хронический бронхит. Местно: 35 зуб имеет кариозную полость на ½ коронки, сообщающуюся с полостью зуба. Перкуссия 35 зуба болезненна. Слизистая оболочка в проекции корня 35 зуба гиперемирована, отечна, пальпация болезненна. На R-грамме отмечается тень пломбировочного материала в канале 35 зуба на 1/3 длины корня. У верхушки корня имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы с четкими контурами, диаметром около 4мм. Врачом было принято решение об удалении 35 зуба. Через 5 минут после проведения анестезии 2% раствором лидокаина в количестве 2 мл, у больного появилось ощущение слабости, бледность кожных покровов, ощущение тяжести за грудиной, шумное дыхание, осиплость голоса, сердцебиение, холодный пот, АД снизилось до 90/50 мм.рт.ст. Затем, после судорог, возникла потеря сознания.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Поставьте диагноз, обоснуйте.</li> <li>12. В каких патогенетических взаимоотношениях могут находиться хронические околоверхушечные очаги и воспалительный процесс в дыхательных путях?</li> <li>13. Решите вопрос о целесообразности сохранения 35 зуба и возможных путях решения этой проблемы.</li> <li>14. В случае удаления, какую анестезию можно провести? Опишите методику.</li> <li>15. О каком осложнении может идти речь?</li> <li>16. С какими состояниями необходимо дифференцировать описанное осложнение?</li> <li>17. По каким признакам может проводиться дифференциальная диагностика?</li> <li>18. Изложите последовательность неотложных мероприятий по борьбе с возникшим состоянием.</li> <li>19. Перечислите осложнения местной анестезии общего характера?</li> <li>20. Профилактика осложнений при местном обезболивании.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <p>1. Хронический гранулематозный периодонтит 35 зуба в стадии обострения. Диагноз устанавливается на основе сбора анамнеза, жалоб, клинических и дополнительных методов обследования (больной жалуется на боль и припухлость в области зуба на нижней челюсти слева, обострения уже возникали раньше и были связаны с простудными заболеваниями. В анамнезе: хроническая</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>пневмония, хронический бронхит. Местно: 35 зуб имеет кариозную полость на <math>\frac{1}{2}</math> коронки, сообщающуюся с полостью зуба. Перкуссия 35 зуба болезненна. Слизистая оболочка в проекции корня 35 зуба гиперемирована, отечна, пальпация болезненна. На R-грамме отмечается тень пломбировочного материала в канале 35 зуба на <math>\frac{1}{3}</math> длины корня. У верхушки корня имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы с четкими контурами, диаметром около 4мм).</p> <p>2. При наличии сопутствующих заболеваний у пациентов всегда отмечается снижение уровня напряжённости иммунитета. В этой связи даже незначительное переохлаждение может провоцировать у них обострение одонтогенных воспалительных хронических заболеваний.</p> <p>3. Так как корневой канал 35 зуба запломбирован некачественно, в первую очередь необходимо его вскрыть и попытаться запломбировать слегка за верхушку. Если возникнет обострение – погасить его и впоследствии прибегнуть к ампутации верхушки корня 35 зуба. Закончить лечение изготовлением искусственной коронки. В том случае, если перелечить зуб не удастся, его следует удалить.</p> <p>4. При удалении 35 зуба следует воспользоваться любой проводниковой анестезией (торусальная, мандибулярная в любой модификации +инфильтрационная).</p> <p>5. Анафилактический шок.</p> <p>6,7. С обмороком (давление не падает, нет болей за грудиной); коллапсом (сознание сохранено, нет болей за грудиной); анафилактоидными реакциями (имеются кожные проявления, сознание сохранено, давление слабо падает).</p> <p>8. Первым делом вводятся препараты коры надпочечников (кортикостероиды) из расчёта 4-5 мг на кг веса больного для нейтрализации массивного выброса гистамина в кровяное русло. После чего (в срочном порядке!) место инъекции анестетика любыми способами блокируется с тем, чтобы сделать невозможным всасывание антигена в кровь больного. Поддерживается сердечная деятельность (мезатон в/в, коргликон в/в) и дыхательная (цититон или лобелин в/м, кордиамин п/к). Больной сразу укладывается, обеспечивается приток свежего воздуха в большом количестве. При необходимости проводятся реанимационные мероприятия, срочно вызывается бригада скорой помощи.</p> <p>9. Обморок, коллапс, аллергические реакции.</p> <p>10. Перед любыми манипуляциями крайне важно выяснить аллергологический анамнез больного. В том случае, если введение препарата первое –</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>неожиданностей быть не должно. Если ваша анестезия - вторая по счёту, проведение специальной аллергической пробы является обязательной! Только после пробы можно приступить к вмешательству.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>У больной 55 лет, на R-грамме выявлено наличие очага деструкции костной ткани альвеолярного отростка округлой формы, с четкими контурами, размерами 2,5 x 2 см, связанного с верхушками 12, 13 зубов. Каналы 12, 13 зубов были запломбированы до физиологических верхушек 2 дня назад. Было принято решение об удалении патологического образования под местным обезболиванием. Через 5 минут после проведения местной анестезии 2% раствором лидокаина у пациентки гиперстенического телосложения, в количестве 5 мл с 0,1% раствором адреналина, появилось ощущение головокружения, головная боль, гиперемия кожи лица, шумное дыхание, сердцебиение, холодный пот, АД поднялось до 190/110 мм.рт.ст. Затем появился шум в ушах, звон, стук «молоточков» в височных областях, позывы к рвоте..</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <p>8. Какой диагноз вы поставите, обоснуйте его?</p> <p>9. Какие дополнительные исследования назначите?</p> <p>10. Каков план лечения? Что необходимо сделать перед операцией? Какие виды обезболивания следует применить при оперативном вмешательстве у такой больной?</p> <p>11. Какое хирургическое вмешательство показано при таком патологическом процессе? Опишите основные этапы хирургического вмешательства</p> <p>12. Медикаментозное и другие виды лечения в послеоперационном периоде.</p> <p>13. О каком осложнении может идти речь? По каким признакам может проводиться дифференциальная диагностика?</p> <p>14. Изложите последовательность неотложных мероприятий по борьбе с возникшим состоянием. Профилактика осложнений при местном обезболивании.</p> <p><b>Ответ</b></p> <p>1. Радикулярная киста верхней челюсти от 12 и 13 зубов, диагноз установлен на основании клинического обследования и рентгенографии.</p> <p>2. Для точного установления необходимо выполнение КТ верхней челюсти с целью определения размеров, формы патологического образования, а также его возможного сообщения с гайморовой пазухой и</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>полостью носа.</p> <p>3. Лечение должно заключаться в полном удалении кисты (операция цистэктомии). Перед операцией в обязательном порядке депульпировать включённые в кисту зубы и запломбировать их за верхушку. Для адекватного обезболивания следует использовать двустороннюю инфраорбитальную анестезию в сочетании с инцизивной анестезией.</p> <p>4. При данной кисте небольших размеров кроме цистэктомии одномоментно следует выполнить ампутацию верхушек 12 и 13 зубов, чтобы радикально убрать всю оболочку. Это предупредит развитие рецидива.</p> <p>5. После операции для предупреждения нагноения остаточной костной полости, необходимо назначить антибиотики (в рациональных дозах), сульфамиды, антигистамины, анальгетики. Важно: назначение особого вида мягкого питания (не путать с диетой!), тщательное соблюдение гигиены полости рта вплоть до удаления швов. Не использовать быстро резорбируемые шовные материалы!</p> <p>6. У данной пациентки развился гипертонический криз (ГК). Из-за резкого подъёма АД следует исключить лишь тиреотоксический криз, при котором отмечается проливной пот, резкий подъём агрессии, который может смениться полной апатией. АД при этом менее критично, в отличие от ГК.</p> <p>7. Первым делом отложить удаление зуба. Второе: уложить больную, приподняв головную часть кресла. Третье: ввести в/в 10 мл 10% раствора хлорида кальция, в/м не менее 2 мл папаверина с дибазолом. Четвёртое: постоянно контролировать АД. После снижения АД возможно произвести хирургическую манипуляцию. Кровотечение может быть обильным, но в целом благоприятно сказывается на стабилизации АД. Отпускать больную при этом можно только в том случае, когда кровотечение будет окончательно остановлено. Предупредить о строгом соблюдении всех рекомендаций врача. Перед оперативными вмешательствами у больных особенно в возрасте старше 45 лет необходимо в деталях выяснить наличие сопутствующих заболеваний и их характер. У гиперстеников с излишним весом необходимо измерить АД до анестезии. При его повышенном уровне – дача гипотензивных препаратов, контроль АД, оперативное вмешательство у плановых больных по стабилизации состояния.</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
ПК-2.1	Проводит хирургическое лечение заболеваний и (или) состояний, в том числе с травмой, челюстно-лицевой области	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Каретой скорой медицинской помощи в челюстно-лицевое отделение городской больницы доставлен больной в возрасте 45 лет с жалобами на сильные ноющие боли в области припухлости на верхней челюсти справа, высокую температуру (до 39,5° С), потрясающие ознобы, общую слабость, недомогание, плохой сон и аппетит. Состояние больного средней тяжести. Заболевание связывает с удаленным три дня тому назад 17 зубом, который был долгое время разрушен и неоднократно беспокоил. Местно: выраженная асимметрия лица за счет припухлости в верхнем отделе правой щёчной, скуловой и подглазничной областях справа. Естественные складки сглажены, угол рта справа опущен, глазная щель справа сужена. Кожные покровы над припухлостью гиперемизированы, имеется коллатеральный воспалительный отек мягких тканей, пальпация в центре припухлости болезненна. Кожа в этом участке с трудом собирается в складку. Пальпируются увеличенные множественные, болезненные регионарные лимфатические узлы. Открывание рта слегка затруднено – контрактура 1 степени. В полости рта: имеется гиперемия слизистой оболочки в области альвеолярного отростка с вестибулярной и небной сторон в проекции удалённого 17 зуба. Переходная складка от 17 до 13 зуба сглажена. Пальпируется болезненный инфильтрат по переходной складке от 17 до 13 зуба с флюктуацией в центре. Лунка удаленного ранее 17 зуба заполнена остатками распавшимся кровяного сгустка, стенки её покрыты серовато-грязным налетом. Имеется неприятный запах изо рта, подвижность интактных 16, 15 и 14 зубов.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Классификация заболевания.</li> <li>3. Какие дополнительные методы обследования, позволяющие уточнить диагноз, не указаны в условии задачи?</li> <li>4. Поставьте окончательный диагноз.</li> <li>5. Составьте план комплексного лечения.</li> <li>6. Ваше отношение к зубам, находящимся в очаге воспаления при этом заболевании?</li> <li>7. Исход заболевания? Возможные осложнения?</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <p>1. Острый остеомиелит верхней челюсти справа от 17 зуба.</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>2. Остеомиелиты острые делятся на серозную стадию и гнойную, а по распространению – на ограниченную форму, локальную и диффузную.</p> <p>3. Возможно также вовлечение в процесс верхнечелюстного синуса (ВС) с симптомами острого серозно-гнойного гайморита. При исследовании крови будет иметь место выраженный нейтрофильный лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитопения, резкое увеличение СОЭ (до 35-50 мм/час).</p> <p>4. Острый локальный остеомиелит верхней челюсти справа от 17 зуба.</p> <p>5. Лечение будет заключаться в реализации следующих основных этапов:</p> <p>а) удаление только причинного зуба и вскрытие образовавшихся гнойных очагов;</p> <p>б) назначение соответствующих доз антибиотиков и сульфаниламидов;</p> <p>в) антигистаминные, десенсибилизирующие препараты;</p> <p>г) дезинтоксикационная терапия;</p> <p>д) иммунокоррекция и иммуностимуляция;</p> <p>е) на стадии реконвалесценции – ФТ и витаминотерапия до полной реабилитации.</p> <p>6. Интактные зубы, расположенные рядом с причинным зубом не удаляются.</p> <p>7. При адекватном и своевременном лечении исход только один: выздоровление. При несвоевременном обращении больного или не совсем верном лечении возможен переход в хроническую стадию со всеми вытекающими последствиями.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Больной 38 лет обратился в челюстно-лицевое отделение с жалобой на болезненную припухлость под нижней челюстью слева. Увеличение припухлости возникает при приеме пищи и сопровождается резкими болями колющего характера. Спустя 20-30 минут припухлость постепенно уменьшается, вместе с этим ослабевает интенсивность боли. Болен около 7-8 месяцев, когда впервые обратил внимание на возникающую боль при еде и появление припухлости в поднижнечелюстной области. Периодически припухлость и боли исчезали, но ненадолго. Последний месяц при приеме пищи боли возникали постоянно и были более резкими по сравнению с предыдущим периодом. Общее состояние больного удовлетворительное. При внешнем осмотре патологии не выявлено. При бимануальной пальпации в левой поднижнечелюстной области определяется слегка</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>увеличенная левая поднижнечелюстная слюнная железа, безболезненная, мягко-эластической консистенции. В среднем отделе левого Вартонова протока при бимануальной пальпации определяется наличие овальной формы болезненного уплотнения размерами 1,0 *0,3 см.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.</li> <li>2. Какие дополнительные методы обследования можно провести?</li> <li>3. С какими заболеваниями можно произвести дифференциальную диагностику.</li> <li>4. Опишите методику хирургического лечения данной патологии.</li> <li>5. Возможные осложнения.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Сиалолитиаз, конкремент в протоке. Предварительный диагноз устанавливается на основании сбора жалоб и клинического обследования пациента: жалобой на болезненную припухлость под нижней челюстью, увеличение припухлости возникает при приеме пищи и сопровождается резкими болями колющего характера. При бимануальной пальпации в левой поднижнечелюстной области определяется слегка увеличенная левая поднижнечелюстная слюнная железа, безболезненная, мягко-эластической консистенции. В среднем отделе левого Вартонова протока при бимануальной пальпации определяется наличие овальной формы болезненного уплотнения размерами 1,0 *0,3 см.</li> <li>2. Необходима РГ дна полости рта по Коваленко для уточнения расположения и размера конкремента.</li> <li>3. Гнойно-воспалительные заболевания ЧЛЮ (абсцессы, флегмоны, периостит, остеомиелит, кисты).</li> <li>4. Под торусальной или мандибулярной анестезией прошиваются и подтягиваются кверху ткани позади камня вартонова протока. Это необходимо для того, чтобы камень не ускользнул во время операции в ампулу железы. После делается разрез над уплотнённым участком протока вплоть до ощущения царапанья кончика скальпеля по поверхности конкремента. Небольшой кюретажной ложкой камень аккуратно извлекается из места его «прилипания» к внутренней поверхности вартонова протока в полость рта. При этом из увеличенной слюнной железы однократно выделится около 4-6 мл застойной слюны. Разрез дренируется, назначается массаж ПЧСЖ, уход за полостью рта.</li> <li>5. К возможным осложнениям относятся раздробление камня при грубых действиях хирурга, проталкивание его в мягкие ткани с их последующим нагноением,</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>нанесение значительной травмы больному при попытке использования зажимов для извлечения камня, кровотечение.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>На 9-й день после начала заболевания больной М. 33 лет был доставлен в клинику челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии из районной больницы. В поликлинике района был удален неправильно прорезавшийся 38 зуб. Спустя 2 дня после удаления появилась болезненная припухлость в области нижней щеки слева, которая быстро распространилась в подъязычную, поднижнечелюстную области, а также в область бокового треугольника шеи этой стороны. В районной больнице был сделан дугообразный разрез кожи и мягких тканей в поднижнечелюстной области слева, на 5-й день после удаления 38 зуба. Гнойного отделяемого из разреза при этом не было получено. Процесс распространился в подподбородочную область и на другую сторону шеи. Было сделано ещё 2 разреза: по срединной линии и в правой поднижнечелюстной области. Улучшения не наступило. В этой связи больной был доставлен в челюстно-лицевое отделение. Объективно: общее состояние крайне тяжелое. Сознание спутанное, временами больной впадает в кому. Пульс 92 удара в минуту, аритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, у верхушки прослушивается систолический шум, дыхание учащенное, поверхностное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледной окраски. Местно: лицо одутловатое, как бы широкое и удлинённое. Воспалительный процесс захватывает все прилегающие области к нижней челюсти область и шею. Имеются три послеоперационных разреза, изолированных друг от друга, длиной около 2-3 см каждый. Вокруг разрезов пальпируются плотные, болезненные инфильтраты, местами ткани под пальцами крепитируют. Кожные покровы в этих участках гиперемированы, цианотичны. По срочным показаниям произведено широкое хирургическое раскрытие всех пораженных клетчаточных пространств с помощью воротникообразного разреза. При этом получено незначительное количество мутной, зловонной жидкости в виде «мясных помоев». Мягкие ткани имели вид «вареного мяса». Проводилось этиопатогенетическое, дезинтоксикационное, десенсибилизирующее и симптоматическое лечение. Несмотря на интенсивную терапию, у больного</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>возникло бредовое состояние, неоднократно появлялась рвота и через 42 часа после операции больной, не приходя в сознание, скончался. На основании данных клиники и аутопсии, помимо основного заболевания, были выявлены обширные очаги поражения в средостении, паренхиматозных органах и в головном мозге (токсический миокардит, токсический гломерулонефрит и гепатит, токсическая пневмония, менингит, медиастинит, абсцессы головного мозга), что и привело к летальному исходу.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз, приведший к осложнениям.</li> <li>2. Какие дополнительные симптомы, характерные для описанных выше осложнений, не указаны в ситуационной задаче?</li> <li>3. Какие методы обследования, проведенные в стационаре, в задаче не указаны?</li> <li>4. Какие ошибки были допущены на доклиническом этапе лечения данного больного?</li> <li>5. Опишите план лечения, который было необходимо применить для лечения данного больного.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Одонтогенная анаэробная полифлегмона дна полости рта и шеи, осложнившаяся сепсисом, медиастинитом и менингоэнцефалитом.</li> <li>2. Не указаны, но имеют место быть следующие симптомы: рот больного открыт (из-за отёка и приподнятости тканей дна полости рта и языка), нарастающая дислокационная и стенотическая асфиксии, ригидность мышц затылка (симптом Кернига), боль за грудиной и в области яремной вырезки (симптом Герке), в крови – эритропения, нейтропения со сдвигом влево, резкое увеличение СОЭ.</li> <li>3. В стационаре таким больным в обязательном порядке проводят РГ и УЗИ органов грудной полости (диагностика медиастинита), КТ черепа, посев крови на наличие и характер микрофлоры, посев отделяемого из разрезов на предмет вида преобладающей микрофлоры и чувствительности её к антибиотикам, люмбальная пункция (лабораторный анализ спинномозговой жидкости, позволяющий наиболее точно определить наличие субарахноидального кровоизлияния и его степень, а также выявить реакцию оболочек мозга, воспалительную реакцию а также предназначена для введения лекарственных препаратов).</li> <li>4. До поступления больного в клинику врачи действовали в принципе верно, но помощь оказывалась в недостаточном объёме. Разрезы на шее должны были производиться шире и чуть раньше, а фармакотерапия – в намного больших объёмах и дозировках. Ещё большей</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>ошибкой была попытка справиться с такой тяжёлой патологией самостоятельно, без консультаций с более опытными специалистами. В результате были потеряны, как минимум, трое суток. При такой патологии это явилось решающим фактором. Поэтому, несмотря на последующие попытки исправить ситуацию, больной погиб.</p> <p>5. В плане лечения задачей хирургического лечения состоит своевременное вскрытие гнойного очага и создание хорошего оттока гноя. В случаях разлитой флегмоны дна полости рта и шеи, захватывающей смежные области, оперативное лечение производят под общим обезболиванием:</p> <p>1) Выполняют так называемый воротникообразный разрез по верхней шейной складке от одного до другого угла нижней челюсти. Рана обширно дренируется перфорированными поливиниловыми трубчатыми дренажами, формируются контрртуры.</p> <p>2) Хирургическое вскрытие флегмоны подкожных клетчаточных пространств шеи производят по ходу шейных складок, ориентируясь нижней границей гнойника, дренируют резиновыми трубками. При относительно легком течении подкожных гнойных процессов все же возможны осложнения. Гнойные затеки по ходу клетчаточных щелей шеи зачастую клинически протекают с малыми симптомами: состояние больного удовлетворительное, боли в области шеи незначительные, глотание и дыхание в большинстве случаев не нарушены. Бессимптомность распространения гнойника по клетчатке сосудисто-нервного пучка шеи объясняется не только отсутствием фасциальных преград, но и отсутствием мышц, которые могли бы реагировать на воспаление, так как грудино-ключично-сосцевидная мышца в связи с наличием плотной фасции в процесс не вовлекается. Лишь при очень тщательной пальпации можно уловить незначительную инфильтрацию, отек и боль под передним краем мышцы, а также неприятные ощущения при повороте головы в противоположную сторону. Разрезы при хирургическом вскрытии гнойных затеков по клетчаточным пространствам шеи производят в зависимости от уровня их нижней границы. При гнилостно-некротической флегмоне клетчаточного пространства сосудисто-нервного пучка шеи, оба горизонтальных разреза целесообразно соединить вертикальным и полностью открыть клетчаточное ложе. Указанный широкий разрез позволяет произвести ревизию нижнего отдела гнойника, уходящего под рукоятку грудины, а также вскрыть и дренировать гнойник, достигший верхнего отдела средостения. Рана</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>общирно дренируется перфорированными поливиниловыми трубчатыми дренажами, формируются контррентуры.</p> <p>3) Применить комбинированное дренирование ран: пассивное, активное, аспирационное (проточно-промывное).</p> <p>4) При остром гнойном медиастените необходимо раннее хирургическое лечение. Хирургическое лечение направлено, прежде всего, на устранение причины, вызвавшей острый медиастинит, вскрытие воспалительного очага (медиастинотомия) и его адекватное дренирование. Операцию медиастинотомии выполняется торакальным хирургом. Без своевременного оказания хирургической помощи острый гнойный медиастенит почти всегда заканчивается летальным исходом. Оперативное пособие следует проводить даже при тяжелом общем состоянии больного, после кратковременной предоперационной интенсивной подготовки, направленной на коррекцию нарушений гомеостаза и устранение расстройств жизненно важных функций.</p> <p>5) Интенсивная терапия в реанимационном отделении. направленная на устранение или предупреждение нарушений жизненно важных функций организма при возникших тяжёлых состояниях (полиорганной недостаточности).</p>
ПК-2.2	<p>Осуществляет предоперационную подготовку и послеоперационное ведение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с травмой, челюстно-лицевой области</p>	<p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Пациентка К., 25 лет, находящаяся на 4 месяце беременности по экстенным показаниям обратилась в челюстно-лицевое отделение. Жалуется на боль и припухлость в области зуба на нижней челюсти слева. Подобные обострения уже возникали раньше и были связаны с простудными заболеваниями. В анамнезе: частые простудные заболевания. Местно: 36 зуб имеет кариозную полость более, чем на 1/2 коронки, разрушен ниже уровня десневого края. Перкуссия 36 зуба болезненная. Зондирование безболезненное. Слизистая оболочка в проекции корня 36 зуба гиперемирована, отечна, пальпация болезненная. Пациентка консультировалась консультации у врача-ортопеда, зуб не подлежит протезированию. На предоставленной пациенткой R-грамме, выполненной 5 месяцев назад до беременности, отмечается тень пломбировочного материала в каналах 36 зуба на 1/3 длины. У верхушек корней имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы с четкими контурами, диаметром около 1,5 см.</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.</li> <li>2. Существуют ли противопоказания к удалению зуба? Какие анестетики наиболее предпочтительны в данной ситуации?</li> <li>3. Наметьте план лечения. Как необходимо подготовить больную к операции удаления зуба?</li> <li>4. В какой период беременности наиболее рационально проводить плановые стоматологические вмешательства?</li> <li>5. Какую анестезию следует выполнить?</li> <li>6. Какие чувствительные нервы, помимо ветвей V пары, участвуют в иннервации слизистой оболочки ретромолярного треугольника и как их блокировать? .</li> <li>7. Особенности послеоперационного периода у беременных.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Радикулярная киста нижней челюсти слева от 36 зуба. Диагноз установлен на основании сбора жалоб, анамнеза, клинического и дополнительного обследования: жалобы на боль и припухлость в области зуба на нижней челюсти слева. Местно: 36 зуб имеет кариозную полость более, чем на ½ коронки, сообщающуюся с полостью зуба. Перкуссия 36 зуба болезненная. Зондирование безболезненное. Слизистая оболочка в проекции корня 36 зуба гиперемирована, отечна, пальпация болезненная. На предоставленной пациенткой R-грамме у верхушек корней имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы с четкими контурами, диаметром около 1,5 см.</li> <li>2. Беременность - относительное противопоказание к операции. Предпочтительны анестетики без содержания вазоконстрикторов.</li> <li>3. Экстракция зуба с последующей цистэктомией. Провести предварительную беседу, успокоить пациентку. Использовать при этом элементы суггестии, НЛП.</li> <li>4. Плановые хирургические стоматологические вмешательства беременным лучше проводить во втором триместре. При возникновении срочных показаний фактор срока беременности значения не имеет.</li> <li>5. Следует выполнить либо торусальную анестезию, либо мандибулярную в сочетании с выключением щёчного нерва.</li> <li>6. Ретромолярный треугольник, кроме ветвей третьей ветви тройничного нерва, может получать иннервацию от веточек языкоглоточного нерва. Их выключение нетрудно обеспечить инфильтрационной анестезией.</li> <li>7. Особенностью послеоперационного периода у беременных является склонность к поздним луночковым кровотечениям из-за снижения активности</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>свёртывающей системы крови. В этой связи необходимо постоянное наблюдение за такими пациентками вплоть до полного заживления лунки удалённого зуба. При возникновении кровотечения следует обойтись только физическими или механическими способами остановки, не прибегая к химическим или биологическим.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>В отделение челюстно-лицевой хирургии был направлен мужчина 28 лет с гематологической патологией с жалобами на чувство тяжести, распирания, неловкости при накусывании на 3.7 зуб, наличие плотного образования на десне в области 3.7 зуба. Анамнез заболевания. Около 2-х лет назад проводилось лечение 3.7 зуба с наложением девитализирующей пасты и пломбированием корневых каналов. Через год пациент стал чувствовать неприятные ощущения в зубе при жевании, иногда появлялась постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании, после чего открывался свищ, из которого выделялся гной, а боли стихали. Перенесенные заболевания: ГЕМОФИЛИЯ.</p> <p>Аллергологический анамнез: не отягощен. Объективное обследование. Общее состояние удовлетворительное, конфигурация лица не изменена, при пальпации определяются поднижнечелюстные лимфатические узлы слева, безболезненные, плотные, подвижные. При осмотре полости рта: прикус ортогнатический, слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, влажная. При осмотре 3.7 зуб разрушен более, чем на 2/3 коронковой части, деструкция распространяется ниже уровня десны. Перкуссия слабобезболезненная, зондирование безболезненное.. Реакция на температурные раздражители отсутствует. При осмотре слизистой оболочки десны в проекции верхушек корней 3.7 зуба определяется цианоз слизистой, свищ с выбухающими грануляциями, при пальпации этой области пациентка испытывает неприятные ощущения. ЭОД=140 мкА. После консультации у ортопед-стоматолога - зуб не подлежит протезированию. На внутриротовой прицельной рентгенограмме 3.7 зуба: два корня, в дистальном корне - один широкий, прямой корневым канал, в медиальном корне - два узких, изогнутых канала. Медиальные каналы запломбированы на 1/2, дистальный - на 2/3. В области верхушек корней - очаг деструкции костной ткани с неровными нечёткими контурами размером 0,3×0,4 см. Зона бифуркации корней разрушена.</p> <p><b>Вопросы:</b></p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.</p> <p>2. Предложите уточняющие методы диагностики.</p> <p>3. Консультация каких специалистов необходима?</p> <p>4. С какими заболеваниями можно провести диффдиагностику?</p> <p>5. Какая анестезия наиболее предпочтительны в данной ситуации?</p> <p>6. Наметьте план лечения. Как необходимо подготовить больного к операции удаления зуба?</p> <p>7. Особенности послеоперационного периода у больных с гемофилией.</p> <p><b>Ответ</b></p> <p>1. Хронический гранулирующий периодонтит 3.7 зуба..          Диагноз установлен на основании сбора жалоб, анамнеза заболевания, клинической картины и рентгенограммы.</p> <p>2. КТ (КЛКТ) для более четкой визуализации одонтогенного очага и выявления других возможных патологических очагов зубочелюстной системы.</p> <p>3. Мультидисциплинарный подход, заключающийся в совместной работе челюстно-лицевого хирурга, врачей-стоматологов различных специальностей, с врачом-гематологом и, при необходимости, с другими врачами, является важным пунктом в обеспечении комплексного стоматологического здоровья. Перед любым оперативным вмешательством необходимо проконсультироваться с врачом-гематологом. Совместная работа обеспечит правильную гемостатическую поддержку и минимизирует вероятные риски кровотечений или риски возникновения инфекций.</p> <p>3. Острый периодонтит, хронический фиброзный и гранулематозный периодонтиты, острый периостит, радикулярная киста, остеомиелит.</p> <p>4. Проводниковая анестезия (торусальная, мандибулярна + инфильтрационная), однако нужно помнить, что ее относят к высокому риску возникновения кровотечения в окружающие мышцы из-за хорошо васкуляризированных тканей. Такая инъекция несет потенциальный риск образования гематом в ретромолярной области и крыло - видно-челюстном пространстве, что нежелательно для пациентов с гемофилией.</p> <p>5. В стационаре - эксракция зуба под местным проводниковым обезболивание с предварительной предоперационной подготовкой, назначенной гематологом: введение плазменных и рекомбинантных форм факторов свертывания. Особенностью является необходимость частого введения из-за короткого периода полураспада. В качестве альтернативы предлагается DDVAP-терапия. Одиночное использование местных гемостатических препаратов, таких как</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>гемостатическая губка, фибриновый клей, уместно лишь при гемофилии легкой степени тяжести. При средней и тяжелой степени необходимо комбинировать с общей терапией. Ушивание лунки после удаления зубов с использованием швов из резорбируемого и нерезорбируемого материалов минимизирует кровотечение.</p> <p>6. Назначение препаратов, оказывающих влияние на антифибринолитическую систему крови (транексамовая кислота) при стоматологических вмешательствах высокого риска возникновения кровотечений, позволяет профилактировать постоперационное кровотечение. Необходимо помнить, что нельзя назначать пациентам с гемофилией нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) из-за негативного воздействия на агрегацию тромбоцитов, их прием продлит и увеличит кровотечение.</p> <p><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3</b></p> <p><b>Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b></p> <p><b>Основная часть</b></p> <p>Больному 26 лет был нанесен прямой удар в подбородок при широко открытом рте. Почувствовал резкую боль в проекции обоих ВНЧ суставов, зубы впоследствии сомкнуть не мог. По этому поводу обратился в травмпункт, откуда, после выполнения R-граммы, был направлен в челюстно-лицевое отделение через 8 часов после травмы. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. При осмотре: лицо в средней трети как бы «удлинено», симптом нагрузки резко положителен в области обоих ВНЧ суставов. Прикус по типу открытого, со смещением нижней челюсти кзади.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установите предварительный диагноз, обоснуйте его.</li> <li>2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?</li> <li>3. Наметьте план лечения.</li> <li>4. Определите какие периоды реабилитации необходимо назначить больному, оцените их эффективность.</li> <li>5. Дайте рекомендации по физической активности пациенту.</li> <li>6. Опишите реабилитацию в постиммобилизационном периоде, оцените ее эффективность.</li> <li>8. Оцените нуждаемость в дальнейшей медицинском ведении.</li> </ol> <p><b>Ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Травматический закрытый двусторонний перелом в области суставных отростков нижней челюсти со смещением отломков.</li> </ol>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>2. Необходимо выполнить РГ тела нижней челюсти в прямой и боковой проекциях для уточнения характера и степени смещения отломков повреждённой НЧ, более информативным методом будет КТ (КЛКТ) нижней челюсти.</p> <p>3. После РГ следует провести наложение двучелюстных шин Тигерштедта, на моляры с обеих сторон уложить резиновые 5-миллиметровые прокладки и резиновыми межчелюстными тягами попытаться провести вытяжение и репозицию отломков НЧ в течение 5-6 суток. В том случае, если это не удастся сделать, необходимо готовить больного к остеосинтезу под общей анестезией. Шины Тигерштедта использовать в послеоперационном периоде как средство дополнительной иммобилизации отломков НЧ.</p> <p>4. В соответствии с характером повреждения, видом фиксации отломков и этапами лечения больного весь курс реабилитации условно подразделяют на три периода:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–иммобилизации;</li> <li>–постиммобилизационный;</li> <li>–восстановительный.</li> </ul> <p>Период иммобилизации (3-4 нед) - время, в течение которого происходит костное сращение.</p> <p>Реабилитационные мероприятия назначают с первых дней поступления больного в стационар с целью ликвидации проявлений общей реакции организма на травму, предупреждения явлений гиподинамии.</p> <p>Задачи лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– повышение жизненного тонуса больного;</li> <li>– улучшение функции сердечно-сосудистой системы и органов дыхания;</li> <li>– профилактика возможных осложнений, связанных с длительной иммобилизацией челюстей (атрофия жевательной мускулатуры, рубцевание мягких тканей лица, контрактура ВНЧС и др.);</li> <li>– усиление крово- и лимфообращения в зоне повреждения (хирургического вмешательства) с целью стимуляции регенеративных процессов.</li> </ul> <p>5. При перечисленных способах фиксации и вытяжения отломков нижней челюсти активные упражнения проводить нельзя из-за невозможности раскрытия рта и выполнения боковых движений нижней челюстью. Поэтому сразу после наложения шин на 2-3-й день следует начинать занятия ЛГ. Занятия ЛГ включают:</p> <p>А. Общеукрепляющие упражнения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– дыхательные упражнения (статического и динамического характера);</li> <li>– упражнения для туловища - легкие полуповороты, прогибание, наклоны в сторону и др.;</li> </ul>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>– повороты, наклоны и круговые движения головой.</p> <p>Б. Специальные упражнения:</p> <p>– изометрические напряжения мышц шеи и плечевого пояса (экспозиция 5-7 с);</p> <p>– идеомоторные движения (для жевательных мышц), предупреждающие нарушение координаторных взаимоотношений мышц-антагонистов, и другие рефлекторные изменения, в частности мышечный гипертонус (1-я стадия развития контрактур);</p> <p>– изометрические напряжения жевательных мышц (экспозиция 5-7 с) способствуют профилактике мышечной гипотрофии, снижению силы и выносливости мышц, лучшей компрессии отломков кости;</p> <p>– упражнения для мимических мышц лица с целью улучшения трофических процессов в тканях, окружающих перелом.</p> <p>Перечисленные общие и специальные физические упражнения применяются комплексно в форме процедур ЛГ и самостоятельных занятий.</p> <p>В этот период не рекомендуют общеукрепляющие упражнения, связанные с резкими наклонами и поворотами туловища, подскоками и прыжками, в связи с опасностью нарушения фиксации фрагментов поврежденной кости.</p> <p>б. Задачи постиммобилизационной реабилитации:</p> <p>– восстановление функции поврежденной челюсти;</p> <p>– нормализация трофических процессов в зоне повреждения (операции);</p> <p>– увеличение объема движений в ВНЧС и шейном отделе позвоночника;</p> <p>– укрепление мышц плечевого пояса, верхних конечностей.</p> <p>Средства реабилитации. Реабилитационные мероприятия начинаются сразу же после снятия неподвижной фиксации и замены ее фиксацией эластической, так как резиновые лигатуры, гарантируя правильную окклюзию, позволяют в некоторой степени осуществлять движения нижней челюсти. С первых дней тренируют (за счет активных, активно-пассивных движений) раскрытие рта. По показаниям назначается механотерапия (например, экстензор Матезиса и др.). В этом периоде возрастает физическая нагрузка за счет увеличения количества упражнений и их дозировки. В занятиях ЛГ используют дыхательные упражнения, упражнения в равновесии и координации движений, упражнения статического характера в сочетании с упражнениями, направленными на расслабление мышц, упражнения у гимнастической стенки и с гимнастическими предметами. На этом фоне возможно применение упражнений для жевательных</p>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<p>мышц (напряжение с последующим их расслаблением), упражнения для мимических мышц, метод Боуэн-терапии.</p> <p>В первые дни после снятия иммобилизации рекомендуется использовать в занятиях ЛГ облегченные и.п. - лежа на спине (подголовник кушетки приподнят), затем - сидя и стоя.</p> <p>При наличии соответствующих показаний (выраженная слабость или гипертонус мышц, расстройства трофики и др.) рекомендуется проведение курса массажа (седативная методика).</p> <p>Продолжаются сеансы психокоррекции.</p> <p>7.Необходим восстановительный период, который характеризуется остаточными явлениями в виде недостаточности или ограничения объема движений в ВНЧС, снижения силы жевательных мышц.</p> <p>Основная задача лечения - восстановление нарушенной функции поврежденной челюстно-лицевой области.</p> <p>Средства реабилитации. Общая физическая нагрузка увеличивается за счет продолжительности и плотности процедуры ЛГ, количества упражнений и их повторяемости, различных исходных положений.</p> <p>Общеразвивающие упражнения дополняют специальными:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- упражнения с помощью тренажеров;</li> <li>- упражнениями с дозированным сопротивлением и отягощением. Включаются приемы ПИР мышц и аутомобилизация (элементы мануальной терапии).</li> </ul> <p>С целью укрепления мышц и стимуляции трофических процессов в пораженной зоне продолжают процедуры массажа (стимулирующая методика).</p> <p>Один из критериев восстановления трудоспособности больных - удовлетворительный объем и координация движений нижней челюсти при положительной характеристике жевательной и мимической мускулатуры.</p> <p>Следует учитывать также и психоэмоциональное состояние больного.</p> <p>К моменту наступления консолидации (восстановительный период) назначаются упражнения с полной физической нагрузкой при создании достаточно большого сопротивления основному движению.</p> <p>Большое значение имеет в этот период изменение диеты (прием более жесткой пищи, требующей пережевывания). Одновременно с физическими упражнениями рекомендовано назначение физиотерапевтических процедур (Епифанов В.А.).</p> <p>Цель физиотерапии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- оказать обезболивающее, гипосенсибилизирующее, противовоспалительное, противоотечное действие;</li> <li>- ликвидировать спазм сосудов;</li> </ul>

Код	Формулировка индикатора	Формулировка задания
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– стимулировать процессы костного заживления;</li> <li>– уменьшить напряжение мышц;</li> <li>ускорить восстановление зубочелюстного аппарата.</li> </ul>

#### **4.5. Методические материалы, определяющие процедуру оценивания, структура экзаменационного билета**

Первый этап ГИА – тестирование. Предлагаемые тестовые задания включают вопросы, позволяющие оценить уровень теоретической подготовленности, отражающих индикаторы достижения компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности «Челюстно – лицевая хирургия», утвержденным приказом Минобрнауки России от 09 января 2023 г. N 18.

Для формирования заданий использована закрытая форма. У ординатора есть возможность выбора правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий необходимо изучить лекционный материал по дисциплинам, включённым в учебный план по специальности, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других литературных источников, нормативных документов, регламентирующих оказание медицинской помощи по профилю Аллергология и иммунология, клинических рекомендаций по изучаемым нозологиям.

Второй этап ГИА – собеседование. Цель второго этапа – оценивание уровня, сформированности у обучаемого клинического мышления и умений применять полученные знания, умения и навыки для решения профессиональных задач. Форма проведения – собеседование по вопросам и выполнение индивидуальных заданий, сформулированных в форме клинических и ситуационных задач. Каждый комплект из двух индивидуальных заданий (ситуационных задач) представлен как «плановыми», так и «неотложными» ситуациями. При написании ситуационных задач авторы использовали данные действующих федеральных клинических рекомендаций, федеральных и международных руководств, монографий и директивных документов, а также опирались на свой клинический и педагогический опыт.

Для подготовки к ответу на государственном экзамене выпускнику предоставляется не менее 30 минут.

Типовое задание включает следующую информацию (5 из предложенных вопросов):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и обеспечения безопасности пациента.
3. Укажите основные принципы лечения (с оценкой эффективности и безопасности).
4. Какие виды, условия и формы медицинской помощи следует предоставить в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при данной ситуации?
5. Какие виды документов должен оформить врач?
6. Оцените необходимость оказания медицинской помощи в экстренной форме.
7. Обоснуйте назначение немедикаментозного лечения.
8. Профилактика, экспертиза трудоспособности, медицинская реабилитация, прогноз заболевания.

#### **5. Порядок подачи апелляций**

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в

письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания, обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания, обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае удовлетворении апелляции результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии.

Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные университетом.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в университете обучающегося, подавшего апелляцию. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена. Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

## **6. Порядок проведения ГИА для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья**

6.1. Для обучающихся из числа инвалидов государственная итоговая аттестация проводится организацией с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее - индивидуальные особенности).

6.2. При проведении государственной итоговой аттестации обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

проведение государственной итоговой аттестации для инвалидов в одной аудитории совместно с обучающимися, не имеющими ограниченных возможностей здоровья, если это не создает трудностей для обучающихся при прохождении государственной итоговой аттестации;

присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочесть и оформить задание, общаться с членами государственной экзаменационной комиссии);

пользование необходимыми обучающимся техническими средствами при прохождении государственной итоговой аттестации с учетом их индивидуальных особенностей;

обеспечение возможности беспрепятственного доступа обучающихся инвалидов в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория должна располагаться на первом этаже, наличие специальных кресел и других приспособлений).

6.3. Все локальные нормативные акты университета по вопросам проведения государственной итоговой аттестации доводятся до сведения обучающихся инвалидов в доступной для них форме.

6.4. По письменному заявлению обучающегося инвалида продолжительность сдачи обучающимся инвалидом государственного аттестационного испытания может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи:

продолжительность сдачи государственного экзамена, проводимого в письменной форме, - не более чем на 90 минут;

продолжительность подготовки обучающегося к ответу на государственном экзамене, проводимом в устной форме, - не более чем на 20 минут.

6.5. В зависимости от индивидуальных особенностей, обучающихся с ограниченными возможностями здоровья организация обеспечивает выполнение следующих требований при проведении государственного аттестационного испытания:

а) для слепых: задания и иные материалы для сдачи государственного аттестационного испытания оформляются рельефно-точечным шрифтом Брайля или в виде электронного документа, доступного с помощью компьютера со специализированным программным обеспечением для слепых, либо зачитываются ассистентом; письменные задания выполняются обучающимися на бумаге рельефно-точечным шрифтом Брайля или на компьютере со специализированным программным обеспечением для слепых, либо надиктовываются ассистенту; при необходимости обучающимся предоставляется комплект письменных принадлежностей и бумага для письма рельефно-точечным шрифтом Брайля, компьютер со специализированным программным обеспечением для слепых;

б) для слабовидящих: задания и иные материалы для сдачи государственного аттестационного испытания оформляются увеличенным шрифтом; обеспечивается индивидуальное равномерное освещение не менее 300 люкс; при необходимости обучающимся предоставляется увеличивающее устройство, допускается использование

увеличивающих устройств, имеющихся у обучающихся;

в) для глухих и слабослышащих, с тяжелыми нарушениями речи: обеспечивается наличие звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования, при необходимости обучающимся предоставляется звукоусиливающая аппаратура индивидуального пользования; по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в письменной форме;

г) для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата (тяжелыми нарушениями двигательных функций верхних конечностей или отсутствием верхних конечностей): письменные задания выполняются обучающимися на компьютере со специализированным программным обеспечением или надиктовываются ассистенту; по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в устной форме.

6.6. Обучающийся инвалид не позднее чем за 3 месяца до начала проведения государственной итоговой аттестации подает письменное заявление о необходимости создания для него специальных условий при проведении государственных аттестационных испытаний с указанием особенностей его психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее - индивидуальные особенности). К заявлению прилагаются документы, подтверждающие наличие у обучающегося индивидуальных особенностей (при отсутствии указанных документов в организации). В заявлении обучающийся указывает на необходимость (отсутствие необходимости) присутствия ассистента на государственном аттестационном испытании, необходимость (отсутствие необходимости) увеличения продолжительности сдачи государственного аттестационного испытания по отношению к установленной продолжительности (для каждого государственного аттестационного испытания).

## 7. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

### Основная литература

Печатные издания	Электронные издания
1. Хирургическая стоматология [Текст] : учеб. для студ. мед. вузов / под ред. В. В. Афанасьева. – М : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 880 с.	1. Хирургическая стоматология [Электронный ресурс]: учеб. / под общ. ред. В. В. Афанасьева. - 2-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 792 с. -Режим доступа : <a href="http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431375.html">http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431375.html</a> 2. Хирургическая стоматология [Электронный ресурс] : учеб. / В.В. Афанасьев [и др.] ; под общ. ред. В.В. Афанасьева. – 3-е изд., перераб. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 400 с. – Режим доступа: <a href="http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437049.html">http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437049.html</a> 3. Хирургическая стоматология : учебник / В. В. Афанасьев [и др. ] ; под общ. ред. В. В. Афанасьева. - 3-е изд. ,перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 400 с. : ил. – Режим доступа: <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448731.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448731.html</a>

## Дополнительная литература

Печатные издания	Электронные издания
<p>1. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия [Текст] : нац. рук. / под. ред. А.А. Кулакова. Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 922 с.</p> <p>2. Афанасьев, В.В. Слюнные железы. Болезни и травмы [Текст] : рук. для врачей / В.В. Афанасьев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 296 с.</p> <p>3. Сёмкин, В.А. Патология височно-нижнечелюстных суставов [Текст] / В.А. Сёмкин, Н.А. Рабухина, С.И. Волков. - М.: Практическая медицина, 2011. - 168 с.</p> <p>4. Иванов, А.С. Основы дентальной имплантологии :учеб. пособие / А.С. Иванов. - 2-изд., стер. - СПб. : СпецЛит, 2013. -63 с.</p> <p>5. Аснина, С.А. Одонтогенные кисты челюстей[Текст] : учеб. пособие / С.А.Аснина. - М. : Практическая медицина,2012. - 72 с.</p> <p>6. Афанасьев, В.В. Травматология челюстно-лицевой области [Текст] : рук. для врачей / В.В. Афанасьев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 256 с.</p> <p>7. Лицевая и головная боль. Клинико-лучевая диагностика и хирургическое лечение [Текст] / В.В. Щедренок, Н.В. Топольскова, Т.В. Захматова [и др.] ; под ред. В.В. Щедренка. - СПб. : Изд-во Ленингр. обл. инст. развития образования, 2013. - 416 с.</p> <p>8. Грицук, С.Ф. Анестезия и интенсивная терапия в стоматологии [Текст] : рук. для врачей / С.Ф. Грицук. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 240 с.</p> <p>9. Онкостоматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области [Текст] : учеб. пособие / А.В. Ярошкевич, К.С. Гандылян, Н.И. Ивенский [и др.]. - Ставрополь : Изд-во СтГМА, 2012. - 121 с.</p> <p>10. Семенов, Г.М. Топографическая анатомия и оперативная хирургия для стоматологов [Текст] : учеб. пособие / Г.М. Семенов, В.А. Лебедев. - 2-е изд. - СПб. : Питер, 2012. - 304 с.</p>	<p>1. Сёмкин В.А. Одонтогенные кисты и опухоли (диагностика и лечение) [Электронный ресурс] / В.А. Сёмкин, И.И. Бабиченко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 160 с. - Режим доступа: <a href="http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441626.html">http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441626.html</a></p> <p>2. Афанасьев В.В. Травматология челюстно-лицевой области [Электронный ресурс] рук. для врачей / В.В. Афанасьев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 256 с. - Режим доступа: <a href="http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414781.html">http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414781.html</a></p> <p>3. Грицук, С.Ф. Анестезия и интенсивная терапия в стоматологии [Электронный ресурс] рук. / С.Ф. Грицук - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 240 с. - Режим доступа: <a href="http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970422243.html">http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970422243.html</a></p> <p>4. Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология [Электронный ресурс] : учеб. пособие / под ред. В.А. Козлова, И.И. Кагана - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 544 с. - Режим доступа: <a href="http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430453.html">http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430453.html</a></p>

## 9. Профессиональные базы данных и информационные справочные системы

1. <http://www.biblioclub.ru> ЭБС «Университетская библиотека онлайн»
2. <http://www.e.lanbook.com> ЭБС Издательства «ЛАНЬ»
3. <http://www.rosmedlib.ru> ЭБС «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека»

## 10. Лицензионное и свободно распространяемое программное обеспечение

Наименование	Договор
Сервис проверки уникальности текста	Контракт №154/ЭТ о 08.07.2024
1С: Университет Проф	Договор № 27 от 30.04.2014
kaspersky endpoint security	Контракт 170/ЭТ от 29.07.2024
Архиватор 7-zip	Бесплатный
Adobe Acrobat Reader DC	Бесплатный
Astra Linux Common Edition	Договор № 199/ЭТ от 12.09.2023
1С: Электронное обучение. Корпоративный университет	Договор № 78/ЭТ от 06.06.2022
1С: Электронное обучение. Веб-кабинет преподавателя и студента	Договор № 78/ЭТ от 06.06.2022
Консультант Плюс	Контракт 251/ЭТ от 11.12.2023

## 11. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине.

### 11.1 Помещения для проведения ГИА

Помещения для проведения ГИА, соответствующие действующим противопожарным правилам и нормам

### 11.2 Технические средства обучения

Для проведения ГИА используются технические средства, входящие в перечень оборудования компьютерного класса