Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Кодониди Ольга Павловна
Должность: Заместитель директора по учебной и воспитательной работе
Дата подписания: 20.02.2026 14:08:30
Уникальный программный ключ:

ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
Заместитель директора по
учебной и воспитательной работе
_____ И.П. Кодониди
«_____»_____ 2026 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

2.1.4.1. Современные методы комплексного лечения пациентов с врожденной и приобретенной патологией челюстно-лицевой области в различные возрастные периоды
(дисциплина по выбору)

Научная специальность 3.1.7. Стоматология
Шифр и наименование области науки:
3. Медицинские науки
Шифр и наименование группы научных специальностей:
3.1. Клиническая медицина
программа подготовки научных и научно-педагогических кадров (аспирантура)
Форма обучения: очная
Срок обучения 3 года

Пятигорск, 2026

Рабочая программа дисциплины составлена в соответствии с федеральными государственными требованиями к структуре программ подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), условиям их реализации, срокам освоения этих программ с учётом различных форм обучения, образовательных технологий и особенностей отдельных категорий аспирантов (адъюнктов), утверждёнными приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 20.10.2021 № 951.

Разработчик программы:

Симонян Т.В. – и.о. заведующего кафедрой клинической стоматологии с курсом хирургической стоматологии и ЧЛХ, кандидат медицинских наук, доцент;

Бойко Е.М. – доцент кафедры клинической стоматологии с курсом хирургической стоматологии и ЧЛХ, кандидат медицинских наук, доцент;

Клёнкина Е.И. – доцент кафедры клинической стоматологии с курсом хирургической стоматологии и ЧЛХ, кандидат медицинских наук; доцент;

Юсупов Р.Д. – профессор кафедры детской стоматологии с курсом ДПО, доктор медицинских наук, профессор.

Рабочая программа обсуждена и одобрена на заседании кафедры клинической стоматологии с курсом хирургической стоматологии и ЧЛХ (протокол от 21.05.2026 № 15).

Заведующий кафедрой _____ Т.В. Симонян

Рабочая программа утверждена в качестве компонента и в составе комплекта документов программы аспирантуры на заседании учёного совета Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России протокол от 27.05.2026 № 16.

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель – формирование у аспирантов профессиональных компетенций в области современных методов комплексного лечения пациентов с врожденной и приобретенной патологией челюстно-лицевой области в различные возрастные периоды.

Основными объектами изучения данной дисциплины являются пациенты с челюстно-лицевой патологией; а также объекты диссертационных исследований аспирантов, обучающихся по образовательной программе Стоматология.

Задачи:

- Формирование компетенций по проведению экспериментальных исследований и обработке полученных результатов
- Научить обучающихся самостоятельно интерпретировать результаты проведенных диагностических и лечебных мероприятий с применением современных технологий
- Освоить современные методы диагностики и планирования комплексного лечения пациентов с врожденной и приобретенной патологией ЧЛО с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания и возраста пациента.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Современные методы комплексного лечения пациентов с врожденной приобретенной патологией челюстно-лицевой области в различные возрастные периоды», относится к образовательному компоненту (дисциплины по выбору) индивидуального плана аспиранта. Дисциплина «Современные методы комплексного лечения пациентов с врожденной приобретенной патологией челюстно-лицевой области в различные возрастные периоды» изучается в 1-3 семестрах.

3. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ, СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения, соотнесенные с индикаторами достижения компетенций
ОПК-1 Способность и готовность к организации проведения прикладных научных исследований в области биологии и медицины	ЗНАТЬ: правила работы с научной литературой (в том числе с законодательной и нормативной), компьютерные программы для получения необходимой информации, методы научно-исследовательской деятельности и критического анализа современных научных достижений; УМЕТЬ: находить, анализировать и обобщать необходимую информацию для решения профессиональных задач; делать профессиональные выводы из полученной информации; ВЛАДЕТЬ: навыками использования законодательной, нормативной, справочной и научной литературы для решения профессиональных задач; навыками анализа информации, технологиями планирования профессиональной деятельности в сфере научных исследований.
ОПК-2 Способность и готовность к проведению прикладных научных исследований в области биологии и медицины	ЗНАТЬ: современные достижения в области организации проведения научных прикладных исследований в области биологии и медицины; УМЕТЬ: формулировать цели и задачи, обосновывать выбор объектов и методов исследования, аргументировано доказывать актуальность исследования; ВЛАДЕТЬ: навыками проведения патентно-информационного исследования, работы на современном компьютерном

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения, соотнесенные с индикаторами достижения компетенций
	оборудовании.
ОПК-3 Способность и готовность к анализу, обобщению и публичному представлению результатов выполненных научных исследований	ЗНАТЬ: Область применения результатов исследования, возможность использования полученных результатов в научно-исследовательской,учебно-методической работе, а также перспективы дальнейшего развития разделов исследования; УМЕТЬ: проводить анализ законодательно-нормативной, справочной и периодической литературы, составлять библиографические списки по заданной теме; критически анализировать информацию, уметь выбирать необходимый объем информации, имеющий непосредственное отношение к тематике выполняемого исследования; составлять краткий реферат по основным положениям обзора литературы;формулировать задачи собственных исследований на основе критического осмысления информационных данных; ВЛАДЕТЬ: умением систематизировать данные литературы по интересующей теме; методологией подготовки обзора литературы и формулировкой нерешенных проблем и собственных задач исследования; навыками обобщения итогов исследования в виде четких и аргументированных выводов; методикой составления краткого резюме по выполненному исследованию.
ОПК-4 Готовность к внедрению разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан	ЗНАТЬ: нормативные документы, регламентирующие порядок разработки, оформления и утверждения результатов исследований, направленных на охрану здоровья граждан; УМЕТЬ: подготовить пакет документов для внедрения результатов исследований на учрежденческом, региональном, отраслевом и федеральном уровнях; ВЛАДЕТЬ: навыками подготовки документов для внедрения результатов исследований на учрежденческом, региональном, отраслевом и федеральном уровнях.
ОПК-5 Способность и готовность к использованию лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных	ЗНАТЬ: теоретические и практические основы методов лабораторного исследования, основные инструментальные методы анализа и современные компьютерные технологии для получения и обработки результатов исследования; УМЕТЬ: находить, анализировать и обобщать необходимую информацию для решения профессиональных задач; делать профессиональные выводы из полученной информации; ВЛАДЕТЬ: навыками использования законодательной, нормативной, справочной и научной литературы для решения профессиональных задач; навыками анализа информации, технологиями планирования профессиональной деятельности в сфере научных исследований.
ПК – 1 Способность готовность к изучению этиологии и патогенеза, методов профилактики, эпидемиологии	ЗНАТЬ: этиологию, патогенез, эпидемиологию, методы профилактики, диагностики и лечения поражений твердых тканей зубов (кариес и др.), их осложнений, заболеваний пародонта, заболеваний челюстно-лицевой области; УМЕТЬ: разрабатывать и обосновывать новые клинико-технологические методы в ортодонтии и зубопротезировании,

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения, соотнесенные с индикаторами достижения компетенций
кариеса, заболеваний пародонта и т.д., разработке новых методов диагностики и лечения заболеваний, дефектов и деформаций челюстно-лицевой области	разрабатывать и совершенствовать методы организации и оказания стоматологической помощи населению, развивать специальность в новых условиях хозяйствования; ВЛАДЕТЬ: навыками изучения этиологии и патогенеза врожденных и приобретенных аномалий развития, дефектов и деформаций челюстно-лицевой области.
ПК – 2 способность и готовность к практической реализации навыков профессионально-педагогической деятельности в виде планирования организации и проведения учебного процесса по образовательным программам высшего образования	ЗНАТЬ: основы и формирование психологии преподавания дисциплин цикла стоматологии при реализации основных и дополнительных профессиональных программ; УМЕТЬ: видеть широкий контекст научной темы и её социальную значимость, понимание возможности своей профессиональной деятельности для подготовки научных и научно-педагогических кадров высшей квалификации, способных к инновационной деятельности в профессиональной сфере, обширного правового поля и инновационной образовательной среды; ВЛАДЕТЬ: навыками подготовки презентаций и проведения практических, лекционных и семинарских занятий, навыками подготовки контрольно-измерительных материалов.

4. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ С УКАЗАНИЕМ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ НА КОНТАКТНУЮ РАБОТУ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ (ПО ВИДАМ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ) И НА САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ РАБОТУ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Вид учебной работы		**Всего часов**	**Семестр обучения**				
			1	**2**	**3**	**4**	**5**
1.Контактная работа обучающегося с преподавателем		**52**	**12**	**10**	**30**		
Аудиторные занятия (всего), в том числе:		28	10	8	10		
Лекции (Лек)		10	10				
Практические занятия (ПР)		18		8	10		
Контактные часы на аттестацию		18			18		
Консультации		2			2		
Контроль самостоятельной работы		4	2	2			
2.Самостоятельная работа		**56**	**24**	**26**	**6**		
Общая трудоемкость	Часы	108	36	36	36		
	Зачетные единицы	3	1	1	1		

5. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
Тема 1: Анатомо-физиологические особенности детского организма и их роль в клинических проявлениях гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей лица, лимфатических узлов, слюнных желез у детей.	**Особенности иммунной системы** Иммунная система детей ещё не полностью сформирована, что делает их более уязвимыми к инфекциям. Лимфатическая система у детей активно реагирует на антигены, но её незрелость повышает риск воспаления лимфоузлов при контакте с патогенами. У детей до 6–10 лет лимфадениты встречаются чаще из-за недостаточной зрелости лимфатической системы. **Строение кожи и мягких тканей** Кожа детей более тонкая, нежная и ранимая, чем у взрослых. Подкожная жировая клетчатка в области лица развита хорошо, что способствует быстрому распространению отёка и воспаления. Сосуды у детей более проницаемы и чувствительны к инфекции, поэтому симптомы воспаления (отёк, инфильтрация тканей) выражены ярче. **Костная система** Кости детей богаты хрящевой тканью, они мягкие, гибкие, но недостаточно прочные. Челюсти у детей более рыхлые, что способствует быстрому распространению инфекции из одонтогенных источников (например, при кариесе или пульпите). Это может привести к таким осложнениям, как периостит (флюс), абсцессы и флегмоны. **Лимфатическая система** Лимфатические узлы у детей активно участвуют в борьбе с инфекциями, но их реакция может быть бурной. При воспалении лимфоузлов (лимфадените) у детей часто наблюдается выраженная симптоматика: увеличение узлов, болезненность, лихорадка, общее недомогание. У детей раннего возраста (до 3 лет) лимфаденит часто протекает с неспецифическими симптомами — вялостью, отказом от еды, беспокойством, диареей. **Слюнные железы** У детей слизистая оболочка ротовой полости тонкая и легкоранимая. Слюнные железы выполняют защитную функцию, но при воспалении (сиалоадените) могут возникать отёк, боль, снижение слюноотделения. У детей чаще встречается вирусная форма сиалоаденита, например, эпидемический паротит (свинка), который поражает околоушные слюнные железы. **Особенности течения заболеваний** **Быстрое прогрессирование воспаления**. Из-за незрелости иммунитета и особенностей строения тканей инфекция быстро распространяется на соседние области. **Выраженные местные и общие симптомы**. У детей часто наблюдаются высокая температура, интоксикация, отёк мягких тканей, болезненность. **Риск осложнений**. Гнойные процессы у детей могут быстро переходить в абсцессы, флегмоны, остеомиелиты (воспаление костной ткани). Есть опасность распространения инфекции на другие органы и системы, включая развитие	ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1; ПК-2;

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	сепсиса. **Асимметрия лица**. При воспалении мягких тканей лица или лимфатических узлов часто возникает заметная асимметрия из-за отёка. **Примеры клинических проявлений** **Периостит (флюс)** у детей часто сопровождается сильной болью, быстрым развитием отёка мягких тканей лица, повышением температуры и общим недомоганием. **Лимфаденит** проявляется увеличением, уплотнением и болезненностью лимфоузлов, часто сопровождается лихорадкой и интоксикацией. **Сиалоаденит** может проявляться отёком в области слюнной железы, болью, снижением слюноотделения, повышением температуры.	
Тема 2. Обезболивание хирургических вмешательств у детей в условиях поликлиники и стационара. Седативная подготовка ребенка. Показания к выбору метода обезболивания. Особенности выполнения техники местного обезболивания у детей различного возраста.	Обезболивание хирургических вмешательств у детей включает выбор метода анестезии с учётом возраста, состояния здоровья, объёма процедуры и психоэмоционального состояния ребёнка. Основные подходы — местное обезболивание, седация и общая анестезия (наркоз). **Седативная подготовка** Седация — это состояние, похожее на дремоту, которое достигается с помощью специальных препаратов. Она снижает тревожность, страх и сопротивление ребёнка, сохраняя при этом сознание и рефлексы. Седацию могут рекомендовать при стоматологическом лечении, эндоскопических исследованиях, небольших хирургических вмешательствах или болезненных манипуляциях. **Методы седации:** ингаляционная (чаще используется закись азота — кислородная седация, которая быстро проникает в кровь и выводится, практически не вызывая побочных эффектов); внутривенная (использование седативных препаратов, например пропофола); пероральная или ректальная. Седацию часто сочетают с местным обезболиванием для усиления эффекта. **Показания к выбору метода обезболивания** **Местная анестезия** применяется при локальных вмешательствах, когда необходимо обезболить определённый участок тела. Показана при небольших хирургических манипуляциях, стоматологических процедурах, болезненных перевязках и других вмешательствах. **Общая анестезия (наркоз)** используется в следующих случаях: обширные или длительные хирургические вмешательства; невозможность провести местное обезболивание или седацию (например, при непереносимости анестетиков); возраст младше 3 лет, когда ребёнок не может	ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1; ПК-2;

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	выполнять команды врача; сопутствующие пороки развития и заболевания сердечно-сосудистой или центральной нервной системы; повышенная эмоциональная возбудимость ребёнка; неконтролируемый страх перед процедурой; некоторые заболевания психики; сильный рвотный рефлекс. **Седация** показана при: выраженном страхе перед процедурой; невозможности усидеть на месте; обширных процедурах; сопутствующих неврологических состояниях. **Противопоказания** К противопоказаниям для общей анестезии относятся, например: острые инфекционные заболевания и пневмонии; острые заболевания печени и некомпенсированный сахарный диабет; тяжёлые формы рахита; атрезия носовых ходов (возможно применение только внутривенного наркоза); дети с полным желудком. Седация и местная анестезия также имеют противопоказания, например аллергию на препараты, некоторые хронические заболевания. **Особенности выполнения техники местного обезболивания у детей разного возраста** **Местная анестезия** включает неинъекционные (аппликационные, электроаналгезия, электрофорез анестетика) и инъекционные методы (инфильтрационная, проводниковая). **У детей до 5 лет:** предпочтительны неинъекционные методы (аппликационная анестезия), так как они не требуют уколов; расчёт дозы анестетика строго индивидуален — с учётом массы тела ребёнка; адреналин в составе анестетика противопоказан из-за риска нарушения сердечного ритма и сужения сосудов брюшной полости. **У детей старше 5 лет:** возможно использование анестетиков с вазоконстрикторами (например, адреналином) в концентрации 1:200 000 и менее, в зависимости от объёма вмешательства; могут применяться инъекционные методы (инфильтрационная, проводниковая анестезия), но с учётом возрастных анатомических особенностей (например, у детей до 12 лет предпочтительна инфильтрационная анестезия из-за преобладания губчатого вещества кости, что облегчает диффузию анестетика). **У подростков:**	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	подходы к выбору метода обезболивания приближаются к взрослым, но всё ещё учитываются индивидуальные особенности (масса тела, наличие сопутствующих заболеваний). **Подготовка к анестезии** Перед процедурой проводится предоперационная подготовка, которая включает: сбор анамнеза (включая аллергические реакции); физикальное обследование; лабораторные и инструментальные исследования (общий анализ крови, мочи, ЭКГ и др.); при необходимости — дополнительные консультации специалистов (кардиолога, невролога и др.); оценку анестезиологического риска; получение информированного согласия от родителей или законных представителей.	
Тема 3. Операция удаления зуба. Показания в детском возрасте к удалению молочных и постоянных зубов. Особенности выполнения техники удаления молочного зуба. Осложнения во время и после операции. Предупреждение осложнений. Показания и цели протезирования зубного ряда у детей различного возраста после удаления зуба.	Операция удаления зуба у детей — это хирургическое вмешательство, которое проводится по строгим показаниям. Она требует особого подхода с учётом возраста, анатомии и психоэмоционального состояния ребёнка. **Показания к удалению молочных зубов** Значительное разрушение коронки из-за кариеса, пульпита или периодонтита, когда восстановление невозможно. Рассасывание корня больше чем на половину длины и подвижность зуба 2–3 степени. Острые одонтогенные заболевания: гнойный периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, лимфаденит. Травмы: вколоченный или неполный вывих, перелом коронки на уровне шейки зуба. Прорезывание постоянного зуба, когда молочный ещё не выпал. Замедленное рассасывание корней временного зуба, мешающее прорезыванию постоянного. Сверхкомплектные (лишние) зубы, мешающие формированию правильного прикуса. Киста на корне, свищ на десне. **Показания к удалению постоянных зубов в детском возрасте** Зубы, являющиеся источником одонтогенного острого остеомиелита челюстей (премоляры, моляры). Зубы с хроническим гранулирующим или гранулематозным периодонтитом, который нельзя вылечить. Сильное разрушение коронки зуба, если корень нельзя использовать под штифт. Сверхкомплектные, ретенированные зубы (находящиеся в кости), не имеющие условий для прорезывания. Здоровые зубы, расположенные в линии перелома челюсти и мешающие соединению отломков. Продольный перелом корня постоянного зуба.	ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1; ПК-2;

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	Ортодонтические показания (например, при скученности зубов во фронтальном участке верхней челюсти). **Особенности техники удаления молочного зуба** Процедура должна быть быстрой и атравматичной, чтобы не травмировать психику ребёнка и не повредить зачаток постоянного зуба. Перед удалением проводится осмотр и, при необходимости, рентгенография для оценки состояния зачатка постоянного зуба, степени рассасывания корней и их количества. Используется местная анестезия. Для сильно подвижных молочных зубов может быть достаточно аппликационной анестезии (гель на слизистую). При более сложных случаях применяется инфильтрационная анестезия (укол с уменьшенной дозой анестетика). Для работы применяются специальные детские щипцы небольшого размера, чтобы избежать травмы дёсен. Важно не сжимать зуб слишком сильно, так как молочная структура хрупкая и может расколоться. После вывихивания зуба из лунки не накладывается марлевый тампон, ребёнок остаётся в кабинете под наблюдением врача до полного гемостаза. **Осложнения во время и после операции** **Кровотечение.** Небольшое выделение сукровицы в первые часы — норма, но обильное кровотечение может быть связано с повреждением сосуда или нарушениями свёртываемости крови. **Альвеолит (воспаление лунки).** Возникает, если кровяной сгусток не сформировался или был удалён (например, при активном полоскании). **Повреждение соседних зубов и дёсен.** Может произойти при неправильном использовании инструментов или наличии несостоятельных пломб у соседних зубов. **Травма зачатка постоянного зуба.** Корень молочного зуба может «обнимать» зачаток постоянного, и при неосторожном использовании инструментов есть риск его смещения или повреждения. **Распространение инфекции** (абсцесс, флегмона) при игнорировании симптомов альвеолита или попытках «вылечить» боль народными средствами. **Аллергические реакции на анестезию** (кожные высыпания, отёк губ, век, языка или горла, одышка, головокружение). **Предупреждение осложнений** Соблюдать рекомендации врача по уходу за лункой: не трогать ранку языком, не полоскать рот в первые сутки. Исключить горячую, твёрдую и острую пищу в первые 2–3 дня. Следить за гигиеной полости рта, но избегать чистки в области лунки в первый день.	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	Избегать физических нагрузок и посещения бассейна в первые 3–4 дня. При появлении тревожных симптомов (длительное кровотечение, сильная боль, отёк, температура выше 38 °C, гнойные выделения) немедленно обратиться к врачу. **Показания и цели протезирования после удаления зуба** Протезирование необходимо, если зуб удалён преждевременно, до естественной смены прикуса. Это позволяет: сохранить место для прорезывания постоянного зуба; предотвратить смещение соседних зубов и нарушение прикуса; обеспечить нормальное пережёвывание пищи; сохранить эстетику улыбки (особенно если удалён зуб в зоне улыбки); избежать проблем с дикцией. **Виды протезов для детей:** **Иммедиат-протезы («бабочки»).** Частично съёмные конструкции для замены одного утраченного зуба. **Несъёмные коронки.** Используются для восстановления серьёзных повреждений, например после пульпита. Сами выпадают при естественной смене прикуса. **Удерживатели пространства.** Ортодонтические конструкции, которые фиксируют расстояние между зубами и предотвращают их смещение. Протезирование обычно начинают через неделю после удаления зуба, чтобы лунка успела затянуться. Выбор типа протеза зависит от возраста ребёнка, количества отсутствующих зубов и других факторов. **Противопоказания к протезированию:** воспалительные процессы в полости рта (гингивит, стоматит), аллергия на материалы, возраст до 4 лет (из-за несформировавшихся челюстных костей), неправильное или недостаточное развитие челюсти, острые инфекции.	
Тема 4. Неотложная помощь при общесоматических осложнениях в амбулаторной стоматологической практике. Причинные факторы соматических осложнений на амбулаторном стоматологическом приёме. Препараты, используемые для	Неотложная помощь в амбулаторной стоматологической практике — это комплекс мер, направленных на купирование острых состояний, которые могут возникнуть во время или после стоматологических манипуляций. Такие состояния часто связаны с психоэмоциональным стрессом, реакцией на анестезию, наличием сопутствующих заболеваний или аллергическими реакциями. **Причинные факторы соматических осложнений** **1. Психоэмоциональный стресс.** Страх перед лечением, длительное ожидание приёма, боль, звук бормашины и другие факторы могут спровоцировать выброс адреналина, повышение артериального давления, тахикардию, обморок или гипертонический криз. **2. Использование анестетиков.** Местные анестетики с вазоконстрикторами (например, адреналином) могут вызвать гипертонический криз, аритмию, обострение ишемической болезни сердца или гипертонической болезни. Бисульфит	ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1; ПК-2;

<table>
<tr><th>Наименование раздела (темы) дисциплины</th><th>Содержание раздела (темы разделов)</th><th>Индекс компетенции</th></tr>
<tr><td>оказания неотложной помощи на амбулаторном стоматологическом приёме.</td><td>натрия в составе анестетиков иногда провоцирует аллергические реакции, особенно у пациентов с бронхиальной астмой.
3. Сопутствующие заболевания. К группе риска относятся пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность), сахарным диабетом, аллергическими заболеваниями, эпилепсией, глаукомой и другими состояниями. Стоматологическое вмешательство может усугубить течение этих заболеваний.
<table>
<tr><th>Состояние</th><th>Препараты</th></tr>
<tr><td>Обморок</td><td>10–20% раствор кофеин-бензоата натрия п/к; при затяжном течении — 5% раствор эфедрина или 1% раствор мезатона п/к</td></tr>
<tr><td>Коллапс</td><td>Преднизолон 60–90 мг в/в струйно; в/в капельно раствор натрия хлорида 0,9% — 400 мл; мезатон 1% — 1 мл капельно</td></tr>
<tr><td>Гипертонический криз</td><td>Клофелин, дибазол, папаверина гидрохлорид; сибазон (реланиум, седуксен); баралгин; магния сульфат</td></tr>
<tr><td>Острый коронарный синдром</td><td>Нитроглицерин под язык (по 0,4 мг каждые 5 минут трёхкратно, под контролем ЧСС и АД); при сохранении боли — ацетилсалициловая кислота 250–300 мг</td></tr>
<tr><td>Анафилактический шок</td><td>Адреналин 0,1% (от 0,5 мл до 1 мл, разведённый в 5 мл физраствора) п/к, в/м или в/в; преднизолон 90–150 мг в/в; супрастин 2% — 2–4 мл в/в cyberleninka.ru +1</td></tr>
<tr><td>Приступ бронхиальной астмы</td><td>Аэрозоли бронхолитиков (вентолин, беротек, алупент); эуфиллин 2,4% — 10 мл в/в медленно; преднизолон</td></tr>
<tr><td>Гипогликемия</td><td>40% раствор глюкозы в/в (0,2–0,5 мл/кг) или глюкагон в/м (1 мг для взрослых, для детей с массой тела менее 20 кг — 20–30 мкг/кг)</td></tr>
<tr><td>Судорожный припадок</td><td>Диазепам (сибазон, реланиум)</td></tr>
</table>
4. Аллергические реакции. Аллергия на местные анестетики, антибиотики, стоматологические материалы (например, на парабены, консерванты) может привести к анафилактическому шоку, крапивнице, отёку Квинке.
5. Нарушения гемостаза. У пациентов, принимающих антикоагулянты (гепарин, антагонисты витамина К), после</td><td></td></tr>
</table>

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	стоматологических вмешательств (например, удаления зуба) может возникнуть кровотечение или гематома. **6. Технические ошибки.** Неправильное проведение анестезии (внутрисосудистое введение анестетика), аспирация инородных тел (зуб, пломбировочный материал) могут стать причиной осложнений. **Препараты для оказания неотложной помощи** В стоматологическом кабинете должны быть препараты для купирования наиболее распространённых неотложных состояний: Также в аптечке должны быть физраствор, кислород для оксигенотерапии, нашатырный спирт для рефлекторного воздействия на дыхательный центр. **Алгоритм первичной оценки состояния пациента (ABC)** Перед оказанием помощи необходимо провести первичную оценку состояния пациента по алгоритму ABC: **A (Airways)** — оценка проходимости дыхательных путей. Визуально оценить движения грудной клетки и живота. При необходимости очистить дыхательные пути от инородных тел, рвотных масс и т. д. **B (Breathing)** — оценка дыхания. Проверить наличие и адекватность дыхания. При нарушении — обеспечить приток свежего воздуха, провести оксигенотерапию. **C (Circulation)** — оценка кровообращения. Измерить артериальное давление и пульс. При необходимости начать реанимационные мероприятия. **Профилактика осложнений** **Тщательный сбор анамнеза.** Выявление сопутствующих заболеваний, аллергических реакций, приёма лекарств (антикоагулянтов, сердечных препаратов и др.). **Премедикация.** При необходимости — назначение успокаивающих средств, антигистаминных препаратов или гормональных средств. **Выбор методов обезболивания.** У пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями или принимающих антикоагулянты предпочтительны анестетики без адреналина или с минимальным его содержанием. **Контроль во время процедуры.** Мониторинг артериального давления, пульса, уровня кислорода в крови (пульсоксиметрия). **Аспирационная проба** перед введением анестетика для предотвращения внутрисосудистого введения. **Подготовка к неотложным состояниям.** Наличие укомплектованной аптечки, знание алгоритмов оказания помощи, регулярные тренировки персонала.	
Тема 5. Болезни прорезывания зубов. Дистопия и ретенция зубов. Затрудненное	Болезни прорезывания зубов включают такие состояния, как ретенция, дистопия, затруднённое прорезывание и перикоронит. Эти патологии могут приводить к воспалительным процессам, нарушению прикуса и другим осложнениям.	ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5;

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
прорезывание. Перикоронорит.	**Ретенция** — это задержка прорезывания полностью сформированного зуба, который остаётся частично или полностью погружённым в десну и кость челюсти. Ретенированный зуб может быть полностью скрыт (полная ретенция) или частично прорезаться (частичная ретенция). Чаще всего ретенция наблюдается у зубов мудрости и клыков. **Причины ретенции:** наследственная предрасположенность; нехватка места в зубном ряду (из-за сверхкомплектных зубов, макродентии — большого размера зубов, нарушения порядка прорезывания и др.); неправильное положение зубного зачатка; анатомические аномалии челюсти; общие факторы: эволюционные изменения (уменьшение размеров челюсти при сохранении количества и размера зубов), инфекционные и эндокринные заболевания, рахит, авитаминозы; местные факторы: осложнение кариеса молочных зубов, раннее удаление молочного зуба (более чем за два года до нормального срока), задержка смены временных зубов, патологические изменения челюсти. **Симптомы ретенции:** отсутствие зуба на положенном месте, боль в зоне причинного зуба, ощущение давления в десне или её воспаление. В некоторых случаях ретинированные зубы не дают симптоматики и обнаруживаются только с помощью рентгеновских снимков. **Дистопия** — это неправильное положение зуба: вне зубного ряда, с наклоном, поворотом вокруг своей оси (тортопозиция). Дистопированный зуб может расти: в пределах зубной дуги, но со смещением или наклоном; в пределах альвеолярного отростка, но вне зубной дуги; вне альвеолярного отростка — в области ветви нижней челюсти, нёбного отростка, в стенке придаточной пазухи носа. **Причины дистопии:** генетические факторы, аномально малая длина зубной дуги, травмы зубов/челюсти, тесное расположение зубов из-за нарушения сроков прорезывания, эндокринные патологии, снижение иммунитета, дефицит витаминов А, В, Д, нарушение обмена веществ. **Симптомы:** визуально заметный косметический дефект, постоянное травмирование слизистой полости рта, воспаления во рту, нарушение прикуса. **Затруднённое прорезывание** — это ситуация, когда зуб не может полностью прорезаться из-за различных препятствий. Это может быть связано с плотной десневой тканью, недостатком места в зубной дуге, неправильным положением зачатка зуба или другими факторами. **Факторы, способствующие затруднённому прорезыванию**	ПК-1; ПК-2;

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	нижнего третьего моляра (зуба мудрости): отсутствие предшественника в виде временного зуба, из-за чего кость в этой области становится более плотной; наличие мощного контрфорса в виде наружной косой линии с толстой и плотной кортикальной пластинкой; недостаток места в зубной дуге, из-за чего зуб располагается в толще челюстной кости; толстая слизистая оболочка, покрывающая альвеолярную часть челюсти в проекции нижнего третьего моляра, которая содержит волокна щёчной мышцы. Затруднённое прорезывание может стать причиной развития перикоронита. **Перикоронит (перикоронарит)** — это воспаление десны, окружающей коронку прорезывающегося зуба, вызванное инфицированием. Чаще всего развивается при прорезывании зубов мудрости, реже — в области верхнего третьего моляра, клыков и премоляров верхней и нижней челюсти. **Причины перикоронита:** инфицирование десны патогенной микрофлорой; увеличенная плотность десны или мешочка, в котором размещается зачаток зуба; нехватка места на зубной дуге. **Симптомы:** зуд на месте прорезывания (на ранней стадии); боль со стороны воспалённого участка десны, которая может иррадиировать в ухо, горло, нижнечелюстной сустав; покраснение и отёк десневой ткани; болевые ощущения при надавливании на воспалённую десну; неприятный запах изо рта; возможно выделение гноя; образование язв на слизистой десны около проблемного зуба (с течением времени); затруднение открывания рта и/или глотания; увеличение подчелюстных лимфоузлов; отёк лица со стороны воспалённой зоны десны; повышение температуры; общее недомогание. **Классификация перикоронита:** **По течению:** острый и хронический. **По типу воспалительного процесса:** катаральный (начальная стадия), язвенный (с формированием язв на слизистой), гнойный (с выделением гноя). **Осложнения при несвоевременном лечении:** переход в хроническую форму, распространение воспаления на мягкие ткани, развитие периостита, абсцессов, флегмон, остеомиелита. **Диагностика** включает осмотр, опрос, пальпацию проблемной зоны, оценку состояния подчелюстных лимфоузлов и степени открываемости рта, а также визуализацию состояния полости рта с помощью	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	рентгенографии, ортопантомографии или компьютерной томографии. **Лечение** может быть консервативным, хирургическим или комбинированным. Консервативное лечение включает промывание зубодесневого кармана антисептиком и назначение антибиотиков. Хирургические методы — иссечение «капюшона» (оперкулэктомия) или удаление зуба.	
Тема 6. Периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.	Периодонтит — это воспаление тканей периодонта — соединительной ткани, расположенной между корнем зуба и альвеолярным отростком. Заболевание может привести к разрушению костной ткани, потере зуба и системным осложнениям. **Этиология** **Основные причины периодонтита:** **Инфекция.** Бактерии (стрептококки, анаэробные бактерии, грамположительные палочки, фузоспирохеты, грибы) проникают в периодонт через корневой канал при пульпите или глубоком кариесе, из пародонтальных карманов или с током крови/лимфы при острых и хронических воспалительных заболеваниях (остеомиелит, гайморит, тонзиллит). **Травма.** Однократная (ушиб, удар) или хроническая (неправильный прикус, высоко наложенная пломба, давление мундштука курительной трубки или музыкального инструмента). **Медикаментозное воздействие.** Токсическое действие стоматологических материалов (мышьяковистая паста, формалин, трикрезолформалин, фенол, фосфат-цемент, резорцин-формалиновая паста) при их попадании в периодонт через корневой канал. **Системные заболевания.** Диабет, гипертония, ожирение, остеопороз, иммуносупрессивные состояния ухудшают заживление и повышают риск воспаления. **Генетическая предрасположенность, курение, стресс, недостаточная гигиена полости рта**. **Патогенез** Воспалительный процесс развивается в ответ на проникновение раздражителей (микроорганизмов, токсинов, продуктов распада пульпы) в периодонт. Бактериальные эндотоксины усиливают проницаемость сосудов, вызывают дегрануляцию тучных клеток, что приводит к отёку и инфильтрации. При хроническом течении формируется иммунный ответ с участием лимфоцитов и макрофагов. Остеокласты активируются, что вызывает резорбцию костной ткани. При остром воспалении может образоваться абсцесс с накоплением гноя. Отток экссудата возможен через корневой канал, под надкостницу (с риском поднадкостничного абсцесса, остеомиелита) или через пародонтальный карман. **Клиника**	ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1; ПК-2;

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	Острый периодонтит: сильная, нарастающая боль, чётко локализованная в одном зубе; боль при накусывании или прикосновении к зубу; ощущение «выросшего зуба» из-за отёка тканей; отёчность и покраснение десны, иногда мягких тканей лица; подвижность зуба; возможно образование свища с гнойным отделяемым; симптомы интоксикации (головная боль, слабость, повышение температуры). **Хронический периодонтит** часто протекает бессимптомно или со смазанными признаками: незначительной болью при накусывании, чувством тяжести и дискомфорта. Может сопровождаться образованием свища, изменением цвета коронки зуба. При обострении хронического периодонтита симптомы напоминают острую форму. **Диагностика** включает: **Сбор анамнеза и осмотр.** Врач выясняет жалобы, осматривает полость рта, оценивает состояние зубов и дёсен. **Перкуссию** (постукивание по зубу — при периодонтите болезненно). **Пальпацию** десны и переходной складки. **Зондирование кариозной полости** (при хроническом периодонтите часто безболезненно). **Определение реакции зуба на температурные раздражители**. **Электроодонтометрию (ЭОД).** При периодонтите показатель превышает 100 мкА. **Рентгенографию.** Позволяет выявить изменения в периодонтальной щели и костной ткани вокруг корня, определить форму и стадию заболевания. На снимке могут быть видны очаг деструкции, расширение периодонтальной щели, резорбция кости. **Конусно-лучевую КТ (КЛКТ)** — в сложных случаях для детального 3D-изображения. **Бактериологическое исследование** — для определения типа бактерий и подбора антибактериальной терапии. **Дифференциальная диагностика** Хронический апикальный периодонтит дифференцируют с: кариесом дентина или цемента зуба; хроническим пульпитом; некрозом пульпы; периапикальным абсцессом с полостью. Острый гнойный периодонтит отличают от: острого гнойного периостита (при периостите воспаление распространяется на надкостницу); острого остеомиелита (при остеомиелите наблюдается	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	подвижность группы зубов, выраженный отёк мягких тканей, тяжёлое общее состояние). **Лечение** **Консервативное лечение** направлено на устранение инфекции в корневых каналах и восстановление тканей. Проводится под местной анестезией и включает: Обеспечение доступа к корневым каналам (вскрытие зуба). Механическую и медикаментозную обработку каналов специальными инструментами и антисептиками (например, гипохлоритом натрия). Введение противовоспалительных и антибактериальных паст на основе гидроксида кальция. Временное пломбирование. После стихания воспаления — пломбирование каналов и восстановление коронки зуба. **Хирургическое лечение** применяют при неэффективности консервативной терапии или наличии кист, гранулем, перфорации корня. Методы: **Резекция верхушки корня** — удаление воспалённой верхушки корня вместе с очагом инфекции. **Гемисекция** — удаление одного из корней многокорневого зуба вместе с частью коронки. **Кюретаж** — очистка воспалённых областей около корня без иссечения верхушки. **Цистэктомия** — удаление кисты вместе с поражённой верхушкой корня. **Ампутация корня** — удаление одного корня многокорневого зуба при его поражении. Дополнительно могут применяться **вспомогательные методы**: лазеротерапия, ультразвуковая терапия, плазмотерапия, ионофорез, физиотерапия (УВЧ, электрофорез).	
Тема 7. Периостит челюстей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы хирургического лечения.	Периостит челюсти — это воспаление надкостницы (периоста) — соединительной ткани, покрывающей наружную сторону челюстной кости. Заболевание часто называют «флюсом» из-за характерного отёка мягких тканей. **Этиология** **Одонтогенные причины** (связанные со стоматологической патологией): осложнённый кариес с распространением инфекции на периодонт и надкостницу; хронический периодонтит или пародонтит; альвеолит (воспаление лунки после удаления зуба); нагноение одонтогенных кист или гранулем; травмы при удалении зубов или других стоматологических вмешательствах; некачественное лечение периодонтита или эндодонтических процедур. **Неодонтогенные причины** (связанные с распространением	ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1; ПК-2;

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	инфекции из других очагов): гематогенный путь — инфекция попадает в надкостницу с током крови (например, при ангине, тонзиллите, синусите, ОРВИ, скарлатине, гриппе, кори); лимфогенный путь — инфекция распространяется по лимфатическим сосудам; kredo- травматический путь — повреждение челюсти с инфицированием тканей (переломы, ушибы, ранения). **Факторы риска**: ослабленный иммунитет, переохлаждение, стресс, недостаточная гигиена полости рта, системные заболевания (диабет, эндокринные патологии), приём иммуносупрессивных препаратов. **Патогенез** При **одонтогенном периостите** инфекция проникает в надкостницу через периодонт или десну. Сначала развивается серозное воспаление, затем ткани нагнаиваются, образуется поднадкостничный абсцесс — ограниченная полость, заполненная гноем. При **неодонтогенном периостите** инфекция достигает надкостницы по кровеносным или лимфатическим сосудам. Воспалённая надкостница отслаивается от кости, что может привести к резорбции (разрушению) подлежащей кости, образованию секвестров (участков омертвевшей ткани) и переходу процесса в остеомиелит. **Клиника** **Острый периостит** развивается стремительно, за 6–12 часов. Характерны: сильная боль в области поражённого зуба или всей челюсти, которая усиливается при жевании, прикосновении к зубу или открывании рта; отёк и покраснение мягких тканей (щёки, губы, подглазничной области и др.); повышение температуры тела до 38–39 °C, озноб, слабость, головная боль; увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов; иногда — неприятный запах изо рта при образовании свища. **Хронический периостит** развивается медленно, часто как осложнение невылеченного острого воспаления. Симптомы менее выражены: тупая, периодическая боль, дискомфорт или скованность в поражённой области, незначительный отёк или деформация челюсти из-за утолщения надкостницы. При оссифицирующей форме происходит патологическое окостенение, что может привести к гиперостозу и функциональным нарушениям. **Диагностика в**ключает: **Сбор жалоб и анамнеза.** Выясняют давность заболевания, наличие сопутствующих патологий, факт предыдущего лечения. **Визуальный осмотр.** Оценивают конфигурацию	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	лица, цвет и состояние кожных покровов, локализацию и распространение отёка мягких тканей, состояние зубов и дёсен. **Пальпацию.** Определяют болезненность, инфильтрацию тканей, симптом флюктуации (ощущение переливания жидкости в гнойнике). **Лабораторные исследования.** Общий анализ крови может показать нейтрофильный лейкоцитоз, относительный лимфоцитоз и ускоренное СОЭ. **Рентгенографию челюстей.** При остром периостите выявляют расширение периодонтальной щели и участки деструкции костной ткани у корней зубов. При хроническом — могут обнаружиться изменения в костной ткани, например, при рарефицирующем периостите — очаг остеопороза с чёткими границами. **Компьютерную томографию** — при подозрении на диффузный периостит или осложнения. **Дифференциальная диагностика** Периостит дифференцируют с: **Острым периодонтитом.** Локализуется в пределах одного зуба, характеризуется резкими болями при прикосновении к «причинному» зубу, незначительным припуханием и покраснением дёсны без коллатерального отёка. **Острым одонтогенным остеомиелитом.** Характеризуется более выраженными симптомами интоксикации, подвижностью соседних интактных зубов, гноетечением из пародонтальных карманов нескольких зубов, муфтообразным отёком. **Острым верхнечелюстным синуситом.** Проявляется затруднённым носовым дыханием, гноетечением из носовых ходов, головными болями. **Абсцессом и флегмоной.** При абсцессе вовлечены до 2 смежных анатомических областей, при флегмоне — 3 и более. При периостите отёк ограничен одной анатомической областью. **Методы хирургического лечения** Хирургическое лечение показано при гнойном типе патологии и хронической стадии. Основные методы: **Периостотомия** — вскрытие очага воспаления. Проводится под местной анестезией (инфильтрационной или аппликационной). Врач рассекает ткани, удаляет гной и отмершие клетки, обрабатывает полость антисептиком. В рану вводят дренаж для обеспечения оттока гноя. **Удаление причинного зуба.** Показано, если ткани сильно разрушены, зуб не подлежит восстановлению, это молочный зуб с начинающимся рассасыванием корней или диагностирован обширный участок воспаления. **Кюретаж костной полости.** Проводится после удаления зуба — очистка от гноя и некротических масс. **Лечение рарефицирующего периостита.** Включает	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	ревизию патологического очага после отслаивания слизисто-надкостничного лоскута, удаление осумковавшейся гематомы, иссечение пролиферативно изменённой части надкостницы и удаление вновь образованной костной ткани костными кусачками, долотом или с помощью бормашины. После хирургического вмешательства назначают антибактериальные, противовоспалительные, обезболивающие препараты. Могут применяться физиотерапевтические методы (УВЧ, ультразвуковая терапия, лазерная терапия и др.) для ускорения заживления.	
Тема 8. Одонтогенный остеомиелит челюстей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.	Одонтогенный остеомиелит челюстей — это гнойно-некротический процесс, развивающийся в кости и костном мозге челюсти с вовлечением окружающих мягких тканей. Он возникает из-за инфекции, исходящей из поражённого зуба. **Этиология** **Возбудители** — патогенная и условно-патогенная микрофлора, которая вегетирует в полости рта и очагах хронической инфекции в пародонте зуба. Среди них чаще встречаются: золотистые и белые стафилококки; стрептококки и другие кокки; палочковидные формы бактерий; гнилостные бактерии. При тяжёлых формах часто обнаруживают анаэробные стрептококки и патогенные штаммы стафилококков. Большое значение имеет анаэробная инфекция, в том числе неспорогенные анаэробы. **Основной источник инфекции** — поражённые кариесом и его осложнениями зубы (например, с инфицированной пульпой и периодонтом). Также инфекция может поступать из одонтогенных кист, гранулем или при некачественном лечении периодонтита или эндодонтических процедур. **Факторы, способствующие развитию заболевания:** снижение неспецифических защитных механизмов организма (из-за переохлаждения, переутомления, стресса, перенесённых вирусных инфекций, сопутствующих заболеваний, лекарственной терапии); наличие хронических одонтогенных очагов в полости рта, что приводит к сенсибилизации организма к микроорганизмам и их токсинам; нарушения кровообращения в области челюсти. **Патогенез** Инфекция проникает в кость из поражённого зуба через корневой канал, пародонтальный карман или другие пути. В начале заболевания возникают активная гиперемия, воспалительный отёк и клеточная инфильтрация костного мозга. **Этапы развития процесса:** Гнойный экссудат распространяется в кости по костномозговым пространствам и костным структурам.	ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1; ПК-2;

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	Процесс захватывает губчатое вещество кости, переходит на корковое вещество. В очагах скопления гнойного экссудата происходит расплавление и гибель костного вещества. Гнойный экссудат проникает под надкостницу, отслаивает её от кости и образует поднадкостничные абсцессы. Нарушения микроциркуляции, гипоксия тканей, дисбаланс иммунитета и другие факторы способствуют прогрессированию гнойно-некротического процесса. **Клиника** **Острая стадия:** сильная боль в области поражённого зуба, которая усиливается при надавливании на челюсть, жевании, открывании рта; отёк и покраснение мягких тканей лица, асимметрия лица из-за отёка; повышение температуры тела до 39–40 °C; головная боль, общая слабость, нарушение аппетита и сна; увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов; подвижность «причинного» зуба и иногда соседних зубов; гнойное отделяемое из пародонтального кармана. При поражении нижней челюсти может наблюдаться нарушение поверхностной чувствительности красной каймы нижней губы, слизистой оболочки преддверия рта, кожи подбородка (симптом Венсана). **Подострая стадия:** общее состояние улучшается, температура снижается до субфебрильной; болевые ощущения становятся маловыраженными и периодическими; припухлость лица уменьшается, инфильтрация мягких тканей вокруг поражённого участка становится более ограниченной. **Хроническая стадия:** длительная продолжительность заболевания (от нескольких месяцев до нескольких лет); периодическое стихание или исчезновение симптомов; при длительном течении — подвижность зубов, утолщение челюсти, изменение контуров лица; возможно формирование секвестров (участков омертвевшей кости). **Диагностика** включает: **Сбор жалоб и анамнеза.** Выясняют наличие боли, подвижности зубов, отёка, температуры, предшествующих стоматологических проблем. **Визуальный осмотр и пальпацию.** Оценивают	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	асимметрию лица, состояние мягких тканей, подвижность зубов, болезненность при пальпации челюсти и лимфоузлов. **Лабораторные исследования.** В общем анализе крови — нейтрофильный лейкоцитоз с появлением молодых форм лейкоцитов, эозино- и лимфопения. В биохимическом анализе — повышение уровня С-реактивного белка, изменение соотношения альбумина и глобулинов. **Инструментальные методы.** Рентгенография позволяет выявить деструктивные изменения костной ткани (на 10–14-й день от начала процесса). При хроническом остеомиелите могут применяться компьютерная томография (КТ) для детализации изменений в кости, определения наличия секвестров и планирования лечения. **Дифференциальная диагностика** Острый одонтогенный остеомиелит дифференцируют с: **Периоститом.** При периостите воспаление локализовано на поверхности альвеолярного отростка, общая реакция организма менее выражена. **Периодонтитом.** При периодонтите очаг воспаления ограничен лункой одного зуба, общее состояние больного существенно не ухудшается. **Флегмоной, абсцессом.** При этих состояниях нет такого выраженного некротического компонента, как при остеомиелите. **Опухолями челюстей.** На рентгенограммах при новообразованиях видна деструкция костной ткани, но отсутствуют реактивные и репаративные процессы со стороны кости и надкостницы. Также проводят дифференциальную диагностику с актиномикозом, туберкулёзом, сифилисом и другими специфическими инфекциями. **Лечение** **Цели лечения:** купирование воспалительного процесса; обратное развитие гнойно-некротического процесса. **Немедикаментозное лечение:** постельный режим; диета (стол №15). **Медикаментозная терапия:** **Антибактериальная терапия.** Назначают антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины, линкомицин и др.) с учётом чувствительности микрофлоры. Часто антибиотики сочетают с сульфаниламидами. **Обезболивающие и противовоспалительные препараты** (например, диклофенак). **Гипосенсибилизирующие средства** (антигистаминные препараты, 10% раствор кальция хлорида) для снижения проницаемости сосудистой стенки. **Средства для повышения резистентности организма** (витамины, анаболические гормоны, метилурацил, пентоксил и др.).	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	Хирургическое лечение: **Удаление «причинного» зуба** — обязательный этап в острой стадии. **Вскрытие абсцессов и флегмон**, дренирование гнойных очагов. **Остеоперфорация** для дренирования внутрикостного очага (при необходимости). **Секвестрэктомия** — удаление секвестров при хроническом остеомиелите. **Дополнительные методы:** внутрикостный лаваж растворами антисептиков с введением ферментативных, антикоагулянтных и антибактериальных препаратов; физиотерапия (УФО, УВЧ, СВЧ, инфракрасные лазеры) в подострой и хронической стадиях; аутогемотерапия, переливание крови и кровезаменителей при необходимости.	
Тема 9. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи.	**Одонтогенный верхнечелюстной синусит** — воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной (гайморовой) пазухи, возникающее из-за распространения инфекции из очагов одонтогенной (зубной) инфекции. **Перфорация верхнечелюстной пазухи** — нарушение целостности её дна, приводящее к образованию сообщения между пазухой и ротовой полостью. **Ороантральный свищ** — патологический канал (свищевой ход), соединяющий полость рта с верхнечелюстной пазухой, который может сформироваться при несвоевременном закрытии перфорации. **Одонтогенный верхнечелюстной синусит** **Причины:** хронические воспалительные очаги в периапикальных тканях (следствие кариозного процесса и его осложнений); периодонтит, кисты, гранулёмы в области корня зуба; попадание пломбировочного материала или фрагментов зуба в пазуху при стоматологических манипуляциях; осложнения после синус-лифтинга, имплантации, удаления зуба; травмы верхней челюсти. **Факторы риска:** пневматический тип строения пазух (тонкая костная перегородка между зубами и пазухой), истончение кости из-за хронического воспаления, остеопороз. **Симптомы:** боль и давление в верхней челюсти, усиливающиеся при жевании; односторонняя заложенность носа; гнойные выделения с неприятным запахом; головная боль, особенно в области щеки и под глазом; повышение температуры, слабость, утомляемость.	ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1; ПК-2;

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	Диагностика включает консультацию ЛОР-врача и стоматолога, эндоскопию полости носа, рентгенографию или компьютерную томографию (КТ) пазух и зубов, анализ отделяемого на микрофлору. **Лечение** направлено на устранение причины заболевания и очищение пазух. Включает санацию полости рта, при необходимости — удаление поражённого зуба, промывания пазух антисептиками, антибактериальную терапию, физиопроцедуры. При значительном скоплении гноя может потребоваться дренирование или эндоскопическая санация пазухи. **Перфорация верхнечелюстной пазухи** **Причины:** удаление зубов верхней челюсти (особенно моляров и премоляров, корни которых могут выступать в пазуху); стоматологические операции (синус-лифтинг, цистэктомия, апикоэктомия, секвестрэктомия); имплантация зубов; пломбирование корневых каналов с чрезмерным расширением каналов или избыточным количеством пломбировочного материала; травмы лицевых костей. **Симптомы:** пенистая кровь из лунки удалённого зуба; свист при поступлении воздушной струи из пазухи в полость рта (во время процедуры или сразу после неё); отёчность щеки с повреждённой стороны; невозможность нормально открыть рот; выделения из носа с примесью крови; гнусавость голоса; ощущение тяжести и распирания в области повреждённой пазухи. **Классификация перфораций:** по диаметру: малые (до 5 мм), средние (6–7 мм), большие (более 8 мм); по периоду развития: острые (выявлены во время процедуры или сразу после неё), хронические (выявлены через несколько суток после стоматологического лечения); по локализации: палато-синусные (с нёбной стороны), альвеолярно-синусные (на альвеолярном отростке), вестибуло-синусные (в преддверии ротовой полости). **Диагностика** включает осмотр и зондирование лунки, пробу с выдохом при закрытом носе, рентгенографию, КТ, эндоскопическое обследование. **Ороантральный свищ** Формируется, если перфорация не была своевременно закрыта. Костные стенки альвеолы удалённого зуба эпителизируются, но герметизм пазухи не восстанавливается. **Причины возникновения свища:** удаление зубов с корнями, выступающими в пазуху;	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	смещение имплантата в полость пазухи; травма лицевых костей; наличие верхнечелюстных кист или опухолей; остеорадионекроз; осложнение после гайморотомии по Колдуэлл-Люку. **Симптомы:** боль в области верхней челюсти (щёки); неприятный солоноватый привкус во рту; носовая регургитация (попадание жидкости изо рта в носовые ходы); односторонние выделения из носа; гнусавость или свистящие звуки при разговоре; повышенная чувствительность к холодовому и тепловому воздействию в этой зоне; появление пузырьков воздуха, крови или слизистых выделений в области отверстия в полости рта. **Осложнения:** попадание слюны или пищи в пазуху, развитие острого синусита и других воспалительно-инфекционных заболеваний. При хроническом течении возможны полипозные изменения, переход инфекции на кость с развитием остеомиелита. **Лечение** **При своевременном обнаружении перфорации** (в момент процедуры или сразу после неё) возможно консервативное лечение: сохранение кровяного сгустка в лунке, наложение антисептической турунды или альвеолярной повязки с фиксацией швами, закрытие отверстия клеем на основе фибриногена, плёнкой или защитными пластинами, антибактериальная терапия. **Хирургическое лечение** рекомендовано при отверстиях от 5 мм, существующих более 20 дней, а также при наличии воспаления или инфекции. Методы включают: ушивание дефекта слизисто-надкостничным лоскутом; применение биосовместимых материалов (синтетических трансплантатов, фибринового клея, ксенотрансплантатов, рассасывающихся имплантатов); эндоскопическую максиллотомию с одномоментной пластикой свища. При наличии воспаления в пазухе (синусит, грибковая инфекция и пр.) перед закрытием свища необходимо провести соответствующее лечение у оториноларинголога.	
Тема 10. Абсцессы и флегмоны ЧЛО. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.	Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области (ЧЛО) — острые гнойно-воспалительные процессы, которые различаются по характеру распространения инфекции. Абсцесс — ограниченный гнойник с чёткими границами, флегмона — разлитой гнойный процесс без чётких границ, склонный к распространению на соседние ткани и пространства. **Клиника** **Общие симптомы:**	ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1; ПК-2;

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	повышение температуры тела (от субфебрильной до 39–40 °C в тяжёлых случаях); слабость, головная боль, интоксикация; тахикардия, тахипноэ. **Местные проявления зависят от локализации:** **Поверхностные абсцессы и флегмоны** (щёчная, скуловая, подглазничная области и др.) проявляются выраженной припухлостью, гиперемией кожи или слизистой, местным повышением температуры, болезненным инфильтратом. При флегмонах инфильтрат увеличивается, появляется флюктуация (ощущение колебания жидкости). **Глубокие абсцессы и флегмоны** (крыловидно-нижнечелюстное, окологлоточное, позадичелюстное пространства и др.) могут иметь менее выраженные местные признаки на ранних стадиях. Характерны боль, нарушение подвижности нижней челюсти, повышенная саливация, затруднение акта жевания, глотания, речи и дыхания. При распространении на несколько клетчаточных пространств (распространённые флегмоны) состояние ухудшается, нарастает интоксикация. **Особые проявления при некоторых локализациях:** **Абсцессы и флегмоны окологлоточного пространства:** боли при глотании, нарастающее затруднение дыхания, ограничение открывания рта. **Абсцессы и флегмоны подвисочной и крылонёбной ямок:** боль в области верхней челюсти с иррадиацией в височную область и глаз, боль при глотании, отёк щёчной, скуловой и нижнего отдела височной областей, ограничение открывания рта. При высокой вирулентности инфекции или сенсибилизации организма возможно внезапное начало с яркими местными и общими проявлениями, вплоть до затемнения сознания в тяжёлых случаях. **Диагностика** **Анамнез и физикальное обследование:** выяснение жалоб (боль, отёк, нарушение функций); осмотр и пальпация для определения локализации, размеров инфильтрата, наличия флюктуации, состояния кожи/слизистой; оценка общего состояния (температура, пульс, сознание). **Лабораторные исследования:** общий анализ крови — лейкоцитоз, увеличение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево; исследование экссудата на чувствительность к антибиотикам — определение микрофлоры и её чувствительности. **Инструментальные методы:** рентгенография челюстей — выявление гнойно-некротического поражения костной ткани, одонтогенного источника инфекции;	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	УЗИ челюстно-лицевой области — обнаружение полости с жидкостным компонентом; компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) — уточнение распространённости процесса, изменений в костной ткани, границ инфильтрата. При необходимости проводят **диагностическую пункцию** для уточнения характера воспалительного процесса (серозный, гнойный) и локализации очага. **Дифференциальная диагностика** Абсцессы и флегмоны ЧЛО необходимо дифференцировать от: фурункула и карбункула лица в начальной стадии; рожистого воспаления лица; острого воспаления околоушной и поднижнечелюстной слюнных желёз; нагноившихся срединной и боковой кист шеи; нагноившейся дермоидной кисты дна полости рта; специфических хронических воспалительных процессов (например, туберкулёза, актиномикоза); злокачественных опухолей. При локализации в позадичелюстной области важно исключить острый паротит — здесь помогают анамнез, осмотр слизистой вокруг выводного протока и характер выделяющейся слюны. **Лечение** **Хирургическое вмешательство — основной метод лечения.** Показания к операции: наличие абсцесса или флегмоны, нарушение функций, высокий риск осложнений, рецидив после предыдущего лечения, анаэробный характер инфекции. **Принципы хирургического лечения:** вскрытие гнойного очага разрезом, обеспечивающим адекватный отток гноя; удаление причинного зуба (если он является источником инфекции); дренирование раны резиновыми и мазевыми турундами. **Доступ зависит от локализации:** поверхностные абсцессы и флегмоны вскрывают наружным доступом; глубокие — чаще со стороны полости рта или комбинированно. **Медикаментозная терапия включает:** антибактериальные препараты (с учётом чувствительности микрофлоры, часто используют цефалоспорины, линкомицин, амоксициллин и др.); антигистаминные средства; нестероидные противовоспалительные препараты для снижения боли и воспаления; дезинтоксикационную терапию (инфузии растворов,	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	коррекция электролитных нарушений). **При тяжёлом течении, распространённых флегмонах и осложнениях контролируют:** гемодинамику (артериальное давление, сердечный выброс); показатели крови (белок, альбумины, ферменты, коагулограмма, электролиты).	
Тема 11. Специфические воспалительные процессы области лица, шеи и челюстей. Актиномикоз, туберкулез и сифилис. Этиология, патогенез. классификация. клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.	Специфические воспалительные процессы области лица, шеи и челюстей — это заболевания, вызванные определёнными патогенами (актиномицетами, микобактериями туберкулёза, бледной трепонемой). Они имеют характерные особенности этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения. **Актиномикоз** **Этиология:** возбудитель — актиномицеты (лучистые грибы), которые являются бактериальными клетками. Чаще всего при актиномикозе у человека в качестве возбудителя определяется анаэробная форма лучистых грибков, реже — аэробная. **Патогенез:** актиномицеты — постоянный компонент микрофлоры полости рта (зубной налёт, кариозные полости, периодонтальные карманы, миндалины и др.). Заболевание развивается при повреждении тканей полости рта, что позволяет актиномицетам проникнуть в рану. Ключевым фактором является сенсибилизация организма и повторное внедрение возбудителя. Патогенность актиномицетов возрастает при присоединении полимикробной инфекции. **Классификация (по Т. Г. Робустовой):** кожная; подкожная; подслизистая; слизистая; одонтогенная актиномикотическая гранулема; подкожно-межмышечная; актиномикоз лимфатических узлов; актиномикоз периоста челюсти; актиномикоз костей челюсти; актиномикоз органов полости рта и челюстно-лицевой области (язык, миндалины, слюнные железы, верхнечелюстная пазуха); актиномикоз вспомогательных органов глаза. **Клиника:** постепенное развитие плотного инфильтрата с нечёткими границами, изменение цвета кожи от розового до багрово-бурого с синюшным оттенком, образование свищей с гнойно-кровянистым отделяемым, рубцовые изменения. При поражении костей челюсти возможны деструктивные, продуктивно-деструктивные и продуктивные формы. **Диагностика:** основывается на обнаружении плотного инфильтрата в ЧЛО, микроскопическом исследовании материала (выявление друз актиномицетов) и бактериологическом методе. **Дифференциальная диагностика:** проводится с	ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1; ПК-2;

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	ретромолярным периоститом нижней челюсти, острым и хроническим остеомиелитом челюстей, околочелюстными флегмонами, туберкулёзом ЧЛО, сифилитическим поражением челюстей и тканей ЧЛО, доброкачественными и злокачественными новообразованиями, неспецифическим воспалением слюнных желёз, фурункулёзом. **Лечение:** комплексное, включающее хирургическое вмешательство (вскрытие и дренирование очагов при абсцедировании), назначение препаратов йода (йодистый калий, йодистый натрий), актинолизата, актиномицетной поливалентной вакцины. Возможно применение лучевой терапии при поверхностных формах. **Туберкулёз** **Этиология:** возбудитель — микобактерии туберкулёза (палочка Коха). **Патогенез:** источником распространения инфекции чаще является больной туберкулёзом человек, реже — заражение происходит через молоко от больных коров. Различают первичное и вторичное поражение. Первичное возникает при попадании инфекции через зубы, миндалины, слизистую оболочку полости рта и носа, кожу лица при их воспалении или повреждении. Вторичное развивается при активном туберкулёзном процессе, когда первичный аффект находится в лёгком, кишечнике, костях, а также при генерализованных формах. **Классификация туберкулёза слизистой оболочки полости рта и кожи лица:** **Очаговый:** люпоидный (туберкулёзная волчанка), колликвативный (скрофулодерма), бородавчатый, милиарно-язвенный туберкулёз слизистой оболочки полости рта. **Диссеминированный:** индуративная эритема Базена, милиарный туберкулёз, лихеноидный туберкулёз (лишай золотушных), папулонекротический лишай кожи. **Клиника:** может поражать кожу, слизистые оболочки, надслизистую основу, подкожную клетчатку, слюнные железы, челюсти. При поражении слизистой оболочки полости рта наблюдаются гиперемия, отёк, трещины или язвы. Различают инфильтративную и язвенную формы. Туберкулёзная волчанка может поражать кожу лица, слизистую оболочку полости рта, красную кайму губ. **Диагностика:** включает туберкулинодиагностику (пробы Манту, Пирке, Коха), общее обследование с применением рентгенологических методов исследования лёгких, исследование мазков гноя из очагов, отпечатков клеток из язв, выделение культур для обнаружения микобактерий туберкулёза. **Дифференциальная диагностика:** первичное и вторичное поражение туберкулёзом регионарных лимфатических узлов следует дифференцировать от абсцесса, лимфаденита, хронического остеомиелита челюсти, актиномикоза, сифилиса, а также от злокачественных новообразований.	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	Скрофулодерму — от кожной и подкожной форм актиномикоза. **Лечение:** проводится в специализированном фтизиатрическом лечебном учреждении. Общее лечение дополняют местными мероприятиями: гигиеническим содержанием и санацией полости рта, туалетом язв. Оперативные вмешательства проводят строго по показаниям. **Сифилис** **Этиология:** возбудитель — бледная трепонема (Treponema pallidum). **Патогенез:** инфекция передаётся при прямом контакте с инфицированными биологическими жидкостями (например, при оральном сексе), а также от матери к плоду во внутриутробном периоде. **Классификация по течению и характеру клинических проявлений:** инкубационный период (4–5 недель); первичный период (6–8 недель, появление первичной сифиломы — твёрдого шанкра); период вторичных высыпаний (2–6 месяцев после заражения, длится до 2 лет); третичный период (2–5 и более лет после заражения). **Клиника:** при первичном сифилисе в полости рта обычно образуется один непрерывный шанкр. При вторичном сифилисе могут наблюдаться остаточная сифилома, розеолезно-папулёзная сыпь на нёбе, дугах и миндалинах. При третичном сифилисе возникает гуммозный инфильтрат, который после распада образует глубокую кратерообразную поверхность. Нарушается целостность челюстей и костей носа, поражённый участок покрывается рубцами, что приводит к деформациям. **Диагностика:** основывается на обнаружении бледной трепонемы в соскобе или в содержимом лимфатических узлов, а также на результатах серологических реакций, которые становятся стабильно положительными начиная с 4 недель после образования твёрдого шанкра. **Дифференциальная диагностика:** сифилис полости рта дифференцируют с пролежневыми язвами, злокачественными опухолями, туберкулёзом и актиномикотическими поражениями, стенокардией, шанкриформной пиодермией, афтой Сеттона, красным плоским лишаем, лейкоплакией. **Лечение:** проводится в специализированном венерологическом диспансере. Местно показано промывание сифилитических очагов антисептиком. При обнаружении признаков нежизнеспособности пульпы проводится эндодонтическое лечение. Секвестрэктомия показана только после стихания клинических проявлений заболевания.	
Тема 12. Травматические	Травматические поражения челюстно-лицевой области (ЧЛО) — это повреждения костей, мягких тканей, зубов и	ОПК-1; ОПК-2;

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
поражения ЧЛО.	других структур лица, возникающие в результате механического воздействия. Они могут быть вызваны ударами, падениями, огнестрельными ранениями, производственными или спортивными травмами. Такие травмы требуют особого внимания из-за близости к головному мозгу, глазницам, дыхательным путям и другим жизненно важным структурам. **Классификация** Травмы ЧЛО классифицируют по нескольким критериям: **По локализации**: повреждения мягких тканей (кожи, слизистой оболочки, слюнных желёз, сосудов, нервов); переломы костей (нижней и верхней челюсти, скуловых костей, костей носа, глазниц и др.). **По типу травмы**: сквозные, слепые, касательные; проникающие (в полость рта, носа, верхнечелюстную пазуху, глазницу и др.) и непроникающие. **По характеру повреждения**: огнестрельные (пулевые, осколочные, шариковые и др.); неогнестрельные (ушибленные, резаные, колотые, рубленые, укушенные, размозжённые, скальпированные). **По степени тяжести**: **Лёгкая**: изолированные повреждения мягких тканей без дефекта, переломы нижней челюсти без смещения отломков, ушибы, ссадины. **Средняя**: обширные повреждения мягких тканей с повреждением органов (языка, слюнных желёз и др.), переломы костей с нарушением их непрерывности, повреждения, проникающие в естественные полости. **Тяжёлая**: множественные и сочетанные повреждения, угрожающие жизни. **По обстоятельствам получения травмы**: бытовые, транспортные, спортивные, производственные (промышленные и сельскохозяйственные). Также выделяют **сочетанные** травмы (повреждение двух и более анатомических областей) и **комбинированные** (возникшие под воздействием разных травмирующих факторов — физических, химических или биологических). **Клиника** Симптомы зависят от типа и локализации повреждения: **При закрытых травмах** (ушибах) наблюдаются отёк и боль в месте повреждения, позже может появиться гематома. **Раны** сопровождаются нарушением целостности кожи или слизистой, кровотечением, болью. Колотые, резаные и рваные раны часто приводят к значительной	ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1; ПК-2;

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	кровопотере и риску инфицирования. **Переломы костей лица** проявляются патологической подвижностью костных фрагментов, смещением прикуса, отёком, снижением функций жевания и открывания рта. Могут возникать шум в ушах, тошнота, боль при движении. **Повреждения зубов** включают ушибы, вывихи, переломы коронковой части или корня, дентоальвеолярные переломы, травмы зачатков у детей. **При повреждениях глазниц** возможны двоение в глазах, боль при движении глазным яблоком, снижение остроты зрения, внутриглазничная гематома. **Повреждения подглазничного нерва** приводят к онемению средней зоны лица. Для диагностики применяют: **Анамнез и осмотр**: оценка жалоб, состояния кожных покровов, прикуса, подвижности челюсти, функций дыхания и глотания. **Пальпацию**: для выявления болезненных участков, крепитации (при переломах), смещения отломков. **Лабораторные методы**: общий и биохимический анализы крови (оценка уровня кровопотери, наличия ацидоза, нарушения баланса электролитов). **Инструментальные методы**: рентгенография — скрининговый метод; компьютерная томография (КТ) — «золотой стандарт» для диагностики переломов костей лицевого скелета, позволяет получить трёхмерное изображение и оценить степень смещения отломков; мультиспиральная КТ (МСКТ) — высокоточная методика для детального изучения деформаций лицевого черепа, состояния костей и суставов; ортопантомография — информативна при переломах нижней челюсти, позволяет оценить состояние зубов и костей лицевого скелета; МРТ — для выявления повреждений внутрисуставных связок и диска. При подозрении на повреждение сосудов выполняют КТ-ангиографию или стандартную ангиографию. При переломах челюстно-лицевой области (кроме изолированных переломов нижней челюсти) требуется консультация офтальмолога для исключения повреждения глазного яблока и отслойки сетчатки. **Лечение** Тактика лечения зависит от типа и тяжести травмы: **При ушибах и ссадинах** проводят обработку антисептиками (хлоргексидин, перекись водорода и др.), при необходимости накладывают давящую повязку для уменьшения отёка и гематомы. **Раны мягких тканей** требуют хирургической обработки. Её проводят в ранние сроки (в первые 24 часа — ранняя первичная обработка, 24–48 часов — отсроченная,	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	48–72 часа — поздняя). Иссекают нежизнеспособные ткани, рану зашивают послойно. Для профилактики инфекции назначают антибиотики. **При переломах костей** выполняют репозицию (сопоставление) костных отломков и их иммобилизацию (фиксацию) на период консолидации. Методы иммобилизации: межчелюстное шинирование, остеосинтез (с использованием титановых пластин, винтов, спиц Киршнера и др.). **При вывихах челюсти** проводят вправление под обезболиванием. **При повреждениях зубов** могут потребоваться удаление, репозиция, фиксация или эндодонтическое лечение. Дополнительно назначают противовоспалительную, остеостимулирующую, гипосенсибилизирующую терапию. В некоторых случаях применяют гипербарическую оксигенацию, физиотерапию, лечебную физкультуру. **Осложнения** К возможным осложнениям относятся: неправильное сращение костей; воспаление надкостницы, остеомиелит; миозит (воспаление мышц); затруднённое дыхание через нос; посттравматические деформации лица; нарушение функций жевания, речи, зрения, носового дыхания, обоняния. При тяжёлых травмах или несвоевременном лечении возможны более серьёзные осложнения, включая субдуральные гематомы, субарахноидальные кровоизлияния, тромбозы мозговых сосудов и др..	
Тема 13. Опухоли и опухолеподобные образования ЧЛО.	Опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области (ЧЛО) — это патологические новообразования, которые могут возникать в костях, мягких тканях, слюнных железах и других структурах лица и шеи. Они различаются по происхождению, клиническому течению и методам лечения. **Классификация** Опухоли ЧЛО делятся на две основные группы: **Доброкачественные** — характеризуются медленным ростом, не проникают в окружающие ткани, не метастазируют. Обычно не вызывают боли на ранних стадиях, имеют чёткие границы. **Злокачественные** — отличаются инвазивным ростом, склонны к рецидивам и метастазированию. Проявляются быстро прогрессирующими симптомами: болью, отёком, нарушением функций поражённой области. Также выделяют **опухолеподобные образования** — состояния, которые внешне напоминают опухоли, но не являются истинными новообразованиями. Они связаны с дисплазией тканей, воспалительными процессами или	ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1; ПК-2;

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	другими патологическими изменениями. **Доброкачественные опухоли** Некоторые примеры: **Амелобластома (адамантинома)** — одонтогенная эпителиальная опухоль, способная к инвазивному росту. Требует хирургического лечения. **Одонтома** — одонтогенная опухоль, которая может быть простой, сложной (составной или смешанной). Часто обнаруживается у детей и подростков, может смещать зубы и препятствовать их прорезыванию. **Остеома** — доброкачественная остеогенная опухоль из зрелой костной ткани. Подразделяется на центральные (внутри кости) и периферические (поверхностные) формы. Лечение хирургическое при эстетических или функциональных нарушениях. **Гемангиома** — сосудистая опухоль, паренхима которой состоит из эндотелия сосудов. Может быть капиллярной, кавернозной или смешанной. **Фиброма** — опухоль из фиброзной ткани. Бывает твёрдой (с плотным расположением коллагеновых волокон) и мягкой (с рыхлой структурой). **Липома** — опухоль из жировой ткани. **Злокачественные опухоли** К ним относятся, например: **Рак языка, полости рта, губы** — злокачественные новообразования эпителиального происхождения. **Базальноклеточный рак** — занимает промежуточное положение между доброкачественными и злокачественными опухолями: метастазы отсутствуют, но характерен местно-деструктивный рост с высокой склонностью к рецидивам. **Остеосаркома, хондросаркома** — злокачественные опухоли костной ткани. **Опухолеподобные образования** Примеры: **Фиброзная остеодисплазия** — процесс с медленным течением, при котором происходит утолщение костей (нижней и верхней челюсти). На рентгенограмме выявляются очаги гиперостоза, нарушенная костная структура напоминает «хлопья ваты». **Гиперпаратиреоидная фиброзная остеодистрофия** — связана с нарушением функций паращитовидных желёз, часто вызвана опухолью паращитовидных желёз. Характеризуется рассасыванием кости с образованием серозных и кровяных кист. **Эозинофильная гранулема** — относится к ретикулогистиоцитозам. Характеризуется интенсивной пролиферацией гистиоцитарных элементов с большим количеством эозинофилов. На рентгенограмме выявляются чётко очерченные овальные или круглые очаги деструкции кости.	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	Центральная гигантоклеточная репаративная гранулема — опухолевидное образование с малоподвижностью из-за широкого основания. Может быстро расти, вызывать деформацию челюсти, расшатывание зубов. **Диагностика** Для диагностики применяют: **Первичный осмотр** — визуальный и пальпаторный. **Рентгенографию** — для оценки состояния костей. **Компьютерную томографию (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ)** — для детального изучения структуры опухолей и их отношения к окружающим тканям. **Ультразвуковое исследование (УЗИ)** — для оценки изменений в мягких тканях. **Биопсию** — забор ткани для гистологического исследования. **Лабораторные анализы** — общий и биохимический анализы крови, исследование на маркеры злокачественного процесса. **Лечение** Основной метод лечения опухолей ЧЛО — хирургическое вмешательство. При доброкачественных новообразованиях обычно проводят удаление в пределах здоровых тканей. Для злокачественных опухолей может потребоваться комбинированное лечение (хирургия + химиотерапия, лучевая терапия). Опухолеподобные образования иногда требуют симптоматического лечения или паллиативных коррекций, в некоторых случаях — лечения основного заболевания (например, при гиперпаратиреоидной остеодистрофии — операция у эндокринолога).	
Тема 14. Амбулаторные операции в полости рта: устранение коротких уздечек языка и верхней губы, мелкого преддверия рта, удаление мелких новообразований слизистой рта и альвеолярного отростка.	Амбулаторные операции в полости рта, такие как устранение коротких уздечек языка и верхней губы, коррекция мелкого преддверия рта, а также удаление мелких новообразований слизистой рта и альвеолярного отростка, проводятся в стоматологических клиниках под местной анестезией. Эти процедуры относятся к малотравматичным и обычно не требуют госпитализации. **Устранение коротких уздечек языка и верхней губы** **Короткая уздечка** — это врождённая патология, которая может вызывать проблемы с речью, нарушением прикуса, гингивитом, пародонтитом и другими осложнениями. **Виды операций:** **Френотомия** — простой разрез уздечки для увеличения её длины. **Френэктомия** — полное иссечение уздечки. **Френулопластика** — иссечение уздечки с коррекцией места её прикрепления. **Особенности проведения:** У младенцев операция может выполняться без	ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1; ПК-2;

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	анестезии, так как в области уздечки мало нервных окончаний и кровеносных сосудов. У детей и взрослых процедура проводится под местной анестезией (аппликационной или инфильтрационной). Длительность операции — 10–30 минут. Для рассечения могут использоваться скальпель, лазер или радиоволновой скальпель. Лазерный метод минимизирует кровотечение, не требует наложения швов и ускоряет реабилитацию. После операции могут накладываться саморассасывающиеся швы. **Показания к операции:** нарушение смыкания губ, глотания, дыхания; у новорождённых — нарушение функции сосания; трудности с пережёвыванием пищи; эстетические дефекты в зоне улыбки; неправильный рост зубов и аномалии прикуса; образование десневых карманов, опущение дёсен; гингивит и пародонтит в области центральных резцов; логопедические проблемы. **Противопоказания:** нарушения свёртываемости крови, онкологические заболевания, острые воспалительные процессы в полости рта. **Устранение мелкого преддверия рта** **Мелкое преддверие полости рта** — это состояние, при котором расстояние от переходной складки до основания десневых сосочков передней группы зубов меньше нормы (у детей старше 6–7 лет — менее 5 мм). Патология может приводить к рецессии дёсен, пародонтиту, диастеме и другим проблемам. **Операция называется вестибулопластикой** — это углубление преддверия полости рта с целью увеличения ширины прикреплённой десны. **Методы вестибулопластики:** **По Н. Кларку.** После анестезии скальпелем проводят разрез по переходной складке на глубину слизистой оболочки в зоне предполагаемого вмешательства, ножницами отслаивают слизистый лоскут от линии разреза к губе приблизительно на 10 мм, комплекс подслизистых тканей (мышцы, сухожилия) перемещают вдоль надкостницы на глубину 10 мм, слизистый лоскут фиксируют к надкостнице швами из кетгута в глубине сформированного преддверия, на раневой дефект на альвеолярном отростке накладывают защитную повязку. **По Эдлан — Мейхеру.** После анестезии (желательно по методу гидропрепарирования для более лёгкого последующего отслаивания слизистого лоскута) скальпелем делают разрез слизистой оболочки параллельно изгибу челюсти, отступив от слизисто-десневой границы 10–12 мм на участке от клыка до клыка, ножницами тупо отслаивают	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	слизистый лоскут от линии разреза к челюсти, подслизистые тяжи (мышцы, сухожилия) перемещают вдоль надкостницы на глубину 10 мм, слизистый лоскут фиксируют к надкостнице швами из кетгута в глубине сформированного преддверия, на оставшийся раневой дефект на донорском участке накладывают защитную повязку (йодоформная турунда, марлевый тампон, пропитанный кератопластическими препаратами, плёнка «Диплен-дента» с лидокаином и хлоргексидином). **Лазерные технологии** также применяются для вестибулопластики, что позволяет минимизировать травматизм и ускорить заживление. **Показания к операции:** мелкое преддверие рта; хронический локализованный или генерализованный пародонтит; наличие пародонтальных карманов; подвижность зубов; аномалии прикуса; подготовка к ортодонтическому лечению или установке протезов. **Противопоказания:** неудовлетворительная гигиена рта, множественный осложнённый кариес, некоторые хронические соматические заболевания. **Удаление мелких новообразований слизистой рта и альвеолярного отростка** К новообразованиям относятся фибромы, папилломы, эпулисы, гемангиомы и другие доброкачественные опухоли. **Методы удаления:** **Хирургическая эксцизия.** Иссечение образования вместе с основанием под местной анестезией, с последующим наложением швов. **Лазерное удаление.** Послойное иссечение ткани лазером, что обеспечивает бескровность, быстрое заживление и низкий риск рецидива. **Радиоволновая эксцизия.** Использование высокочастотных волн радионожа для срезания новообразования. **Криодеструкция.** Замораживание жидким азотом (применяется редко из-за риска повреждения слизистой). **Показания к удалению:** ощущение инородного тела во рту; отёчность, болезненность, кровоточивость; быстрый рост образования; изъязвление поверхности; эстетический дискомфорт; травматизация при приёме пищи или разговоре. **Подготовка к операции:** осмотр стоматолога и сбор анамнеза; при необходимости — биопсия для гистологического исследования (чтобы исключить злокачественность);	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	санация полости рта (лечение кариеса, удаление очагов инфекции); иногда — дополнительные исследования (УЗИ, рентген, КТ) для оценки глубины прорастания новообразования. **Послеоперационный уход:** исключение горячей, острой, твёрдой пищи на 1–2 недели; аккуратная гигиена полости рта; полоскания антисептиками после еды; применение ранозаживляющих гелей по назначению врача; контроль у стоматолога через 7–10 дней.	
Тема 15. Врожденные расщелины верхней губы. Клиника. Диагностика. Методы лечения. Исходы операций.	Врождённая расщелина верхней губы — это порок развития, возникающий во внутриутробном периоде из-за нарушения формирования лицевых структур. Патология проявляется нарушением целостности верхней губы и часто сопровождается деформацией носа и других структур челюстно-лицевой области. **Клиника** **Основные клинические проявления:** **Наличие щели в верхней губе.** Она может быть расположена слева или справа от центральной линии (односторонняя расщелина) или с обеих сторон (двусторонняя). **Деформация средней зоны лица.** Наблюдается комплексная деформация носа: уплощение и асимметрия костной основы, дислокация хрящей, изменение формы ноздрей. **Укорочение срединной части губы.** Ткани подтянуты к вершине расщелины, красная кайма растянута вдоль её краёв. **Нарушения функций.** С первых дней жизни страдает сосание из-за негерметичности ротовой полости. При глубоких дефектах может нарушаться глотание и дыхание. В дальнейшем возникают проблемы с жеванием, формированием прикуса и речью. **Аномалии зубного ряда.** Возможны пропуски зубов, неправильный угол роста или сдвоенные зубы из-за раскола верхней челюсти. При **полной расщелине** верхняя губа расщеплена на всём протяжении — от красной каймы до нижнего носового хода. Всегда присутствует деформация кожно-хрящевого отдела носа. При **неполной расщелине** дефект не достигает нижнего отдела наружного носового отверстия (ноздри). При **скрытой расщелине** нет нарушения целостности кожного покрова губы, но определяется расщепление круговой мышцы рта. При **двусторонней расщелине** межчелюстная кость отделяется от альвеолярного отростка с обеих сторон и выдвигается вперёд в виде хоботка.	ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1; ПК-2;

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	Диагностика Диагноз выставляется на основании **осмотра челюстно-лицевой области**. Порок можно обнаружить ещё до рождения ребёнка при **плановом УЗИ на 11–12-й неделе беременности**. **Дополнительные методы диагностики и обследования:** **Сбор анамнеза.** Важно выяснить наличие наследственной отягощённости по врождённой патологии челюстно-лицевой области, а также воздействие тератогенных факторов в первый триместр беременности. **Оценка местного статуса.** Рекомендуется оценить топографо-анатомические соотношения в области дефекта. **Лабораторная диагностика.** Проводят серологическое исследование для исключения внутриутробных инфекций (TORCH-инфекции), общий и биохимический анализы крови, определение группы крови и резус-фактора, анализ на HBS, HCV, RW, ВИЧ, общий анализ мочи. **Инструментальные методы.** При выявлении расщелины у новорождённого рекомендуется провести УЗИ мозга, сердца, органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Для оценки состояния костей лицевого скелета может применяться КТ. **Медико-генетическое консультирование.** Проводят цитогенетическое исследование у пробанда, его родителей и родственников для исключения хромосомной и синдромальной патологии. **Консультации специалистов.** Рекомендуются осмотры оториноларинголога, сурдолога, ортодонта, педиатра, невролога, логопеда. **Методы лечения** Основной метод лечения — хирургический. **Хейлопластика** — операция по коррекции формы, размера и контура губ. При деформации носа проводят **хейлоринопластику**. Если расщелина затрагивает нёбо, выполняется **уранопластика** — реконструкция аномалий нёба. **Оптимальный возраст для первой операции — 4–6 месяцев**, если нет противопоказаний. Противопоказаниями могут быть патологии сердечно-сосудистой системы, ЖКТ, нервной и эндокринной систем, анемия. В тяжёлых случаях операцию могут провести в первые дни жизни ребёнка, если он стабильно прибавляет в весе. **Цель хирургического лечения** — восстановить анатомическую структуру и целостность губ, исправить деформацию носа, нёба и других лицевых структур, создать предпосылки для правильного развития челюстно-лицевой системы в будущем. В возрасте 7–9 лет может потребоваться **костная пластика альвеолярного отростка** для создания опоры для зубов. Помимо хирургического лечения, с первых дней жизни	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	ребёнку необходима помощь **ортодонта** для коррекции положения челюсти, что облегчает кормление. Регулярные занятия с **логопедом** помогают сформировать внятную речь. **Исходы операций** Результаты лечения зависят от множества факторов: вида и тяжести патологии, метода операции, качества предоперационной подготовки и послеоперационного ухода. **Возможные осложнения и неблагоприятные исходы:** **Грубое рубцевание.** Может привести к дисбалансу в работе мышц, нарушению артикуляции и эстетическим дефектам. **Патологическое рубцевание.** Его причинами могут быть инфицирование раны, избыточное натяжение тканей, особенности иммунной системы или наследственная предрасположенность. **Повторные операции.** До 85% прооперированных пациентов нуждаются в корригирующих вмешательствах в области носа после первичной хейлопластики. В 70% случаев после хирургического лечения может потребоваться дополнительное вмешательство в старшем возрасте для устранения остаточных деформаций носа и губы. **Нарушения прикуса и аномалии зубного ряда.** Требуют дальнейшего ортодонтического лечения. **Проблемы с речью.** Могут сохраняться, если не проведена своевременная логопедическая коррекция.	
Тема 16. Клиническая классификация расщелин губы и неба. Функциональные нарушения в организме ребенка при врожденных пороках развития губы и неба.	Клиническая классификация расщелин губы и неба основана на локализации, степени тяжести и характере поражения. Одна из распространённых классификаций — клинико-анатомическая, которая учитывает анатомические особенности дефектов. **Клинико-анатомическая классификация** 1. Односторонняя расщелина верхней губы: o скрытая — нет нарушения целостности кожного покрова, но есть расщепление круговой мышцы рта; o частичная (неполная) — расщепление не достигает нижнего отдела носового отверстия; o полная — расщепление от красной каймы губы до нижнего носового хода, всегда сопровождается деформацией кожно-хрящевого отдела носа. Двусторонняя расщелина верхней губы (симметричная или асимметричная): скрытая; частичная; полная. Односторонняя расщелина верхней губы и альвеолярного отростка: частичная; полная. Двусторонняя расщелина верхней губы и альвеолярного отростка (симметричная или асимметричная): частичная;	ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1; ПК-2;

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	полная. Односторонняя полная расщелина верхней губы и неба. Двусторонняя полная расщелина верхней губы и неба. Расщелина неба: субмукозная (скрытая) — нарушение целостности мышц, но целостность слизистой оболочки сохранена; частичная (неполная) — дефект не доходит до границы с твёрдым нёбом; полная — дефект достигает заднего края твёрдого нёба, часто сопровождается недоразвитием заднего отдела твёрдого нёба или его скрытой расщелиной. Существуют и другие классификации, учитывающие дополнительные факторы, например асимметрию поражённой области. **Функциональные нарушения при врождённых пороках развития губы и неба** Врождённые расщелины губы и неба приводят к множеству анатомических и функциональных нарушений, которые влияют на различные системы организма. Нарушения питания (сосания и глотания). При расщелине нёба полость рта свободно сообщается с полостью носа, что делает невозможным создание герметичности в полости рта во время сосания. Ребёнок не может нормально сосать грудь, а при искусственном вскармливании легко захлёбывается и может аспирировать жидкую пищу. Нарушения дыхания. Сообщение полостей носа и рта приводит к попаданию наружного воздуха в верхние дыхательные пути при вдохе. Дети привыкают дышать поверхностно, что с возрастом может привести к недоразвитию дыхательной мускулатуры и уменьшению жизненной ёмкости лёгких. Это повышает восприимчивость к воспалительным заболеваниям верхних дыхательных путей и лёгких. Нарушения речи. Отсутствие перегородки между ротовой и носовой полостью и укорочение нёба приводят к открытой гнусавости и неправильному произношению звуков. Недостаточность артикуляционного аппарата может задерживать развитие голосообразовательной функции. У дошкольников с расщелиной нёба речь нередко сопровождается компенсаторными движениями мышц лица. Нарушения слуха. Попадание пищи в слуховые трубы может вызвать воспаление слуховой трубы, хронический средний отит и снижение слуха. Нарушения зубочелюстной системы. Возможны аномалии зубов (адентия, микро- и макродентия, тортоаномалия, ретенция), неправильный прикус (перекрёстный, дистальный, мезиальный, открытый или глубокий), недоразвитие мышц мягкого нёба и среднего	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	отдела глотки. Нарушения иммунной системы. У детей с расщелинами часто наблюдается дисбиоз ороназофарингеальной области и кишечника, что повышает риск инфекций. В микрофлоре часто обнаруживают золотистый стафилококк, энтеробактерии, грибы рода Candida на фоне дефицита лакто- и бифидобактерий. Психологические и психические нарушения. Дефект речи и внешний вид могут вызывать замкнутость, развитие комплекса неполноценности, тяжёлые переживания из-за сознания дефекта. В некоторых случаях отмечаются психогенные нарушения вторичного порядка, например вегетативная дисфункция. Задержка физического развития. У детей с расщелинами часто выявляют дефицит массы тела и роста, гиперплазию вилочковой железы, атопический дерматит, кардиопатию.	
Тема 17. Принципы диспансеризации и реабилитации детей с расщелиной губы и неба. Участие различных специалистов в лечении детей, цели и задачи лечения. Исходы операций. Профилактика врожденной патологии и организация медико-генетической консультации.	Диспансеризация и реабилитация детей с расщелиной губы и нёба — длительный, многоэтапный процесс, требующий координации усилий различных специалистов и системного подхода. Цель — не только устранение анатомического дефекта, но и достижение естественных контуров лица, нормальной речи, физиологического прикуса и социальной адаптации ребёнка. **Принципы диспансеризации** Диспансерное наблюдение начинается с момента рождения и продолжается до 18 лет, а в некоторых случаях — и дольше. Оно включает: **Регулярные осмотры** у специалистов (челюстно-лицевого хирурга, ортодонта, логопеда, оториноларинголога, педиатра и других) в специализированных центрах. **Индивидуальный план лечения**, учитывающий возраст, тяжесть порока, сопутствующие заболевания и другие факторы. **Контроль физического и психоэмоционального развития** ребёнка. **Профилактические мероприятия** для предотвращения осложнений и вторичных деформаций. **Мониторинг в ключевые периоды**: новорождённости, до и после операций, период сменного прикуса, до полного формирования постоянного прикуса. В возрасте 1–2 лет ребёнок наблюдается в центре каждые 6 месяцев, затем — с той же частотой до 7 лет. После 7 лет консультации проводятся 1 раз в 1–2 года. На этом этапе могут выполняться хирургические коррекции вторичных деформаций и прикуса. **Реабилитация** Реабилитация включает комплекс мер: **Хирургическое лечение** (хейлопластика — коррекция губы, уранопластика — коррекция нёба) в оптимальные сроки.	ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1; ПК-2;

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	Ортодонтическое лечение до и после операций для коррекции прикуса, предотвращения вторичных деформаций, восстановления зубного ряда. **Логопедическую помощь** до и после операций для развития речевого дыхания, артикуляции, коррекции назального оттенка голоса, подготовки к школе. **Физиотерапевтические методы и ЛФК** для профилактики рубцевания, улучшения микроциркуляции, развития мышц. **Массаж** верхней губы и нёба до и после операций для улучшения кровоснабжения тканей и стимуляции мышечной подвижности. **Психологическую поддержку** ребёнка и семьи, работу с социальной адаптацией. **Участие специалистов** В лечении участвуют: **Челюстно-лицевой хирург** — проводит хирургическую коррекцию. **Ортодонт** — обеспечивает ортодонтическое лечение, включая изготовление индивидуальных конструкций (нёбные пластинки, брекеты). **Логопед** — занимается коррекцией речи, тренировкой мышечного каркаса нёба и глотки. **Педиатр** — контролирует общее состояние здоровья, физическое и психоэмоциональное развитие. **Оториноларинголог** — лечит заболевания ЛОР-органов, контролирует слух. **Генетик** — проводит медико-генетическое консультирование. **Психолог** — оказывает психологическую поддержку ребёнку и семье. **Физиотерапевт** — разрабатывает программы ЛФК с учётом состояния ребёнка. **Цели и задачи лечения** **Цели**: устранение анатомического дефекта; восстановление функций сосания, глотания, дыхания и речи; достижение эстетически приемлемых контуров лица; социальная адаптация ребёнка. **Задачи**: своевременная хирургическая коррекция в оптимальные сроки; профилактика вторичных деформаций; коррекция прикуса и зубного ряда; развитие правильной речи; контроль сопутствующих заболеваний; психологическая поддержка семьи. **Исходы операций** Исходы зависят от множества факторов: тяжести порока, своевременности лечения, квалификации специалистов,	

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
	соблюдения рекомендаций после операции. **Положительные исходы**: устранение анатомического дефекта; восстановление функций питания и дыхания; улучшение речи после логопедической реабилитации; достижение эстетически приемлемых результатов. **Возможные осложнения**: расхождение швов, инфекции; небно-глоточная недостаточность (укорочение и малоподвижность нёба, приводящая к гиперназальной речи); рубцовые деформации, перфорации тканей нёба; задержка роста средней трети лица; нарушения нервно-мышечного аппарата и микрогемоциркуляции. По данным исследований, небно-глоточная недостаточность после уранопластики наблюдается у 10–65% пациентов. **Профилактика врождённой патологии** Первичная профилактика включает: приём фолиевой кислоты женщинами репродуктивного возраста (рекомендуется 400 мкг ежедневно, при семейном анамнезе расщелины или приёме антиконвульсантов — до 4–5 мг под наблюдением врача); сбалансированное питание матери, отказ от вредных привычек, минимизация контакта с тератогенными факторами (химические вещества, некоторые лекарства); контроль хронических заболеваний матери (например, сахарного диабета, который повышает риск в 1,8 раза). **Медико-генетическое консультирование** При выявлении расщелины на УЗИ или после рождения ребёнка родители направляются на медико-генетическое консультирование. Его цели: определение риска повторения заболевания в семье; исключение синдромальных форм (хромосомных нарушений, моногенных заболеваний); рекомендации по снижению факторов риска при будущей беременности; проведение дополнительных исследований (хромосомный микроматричный анализ, секвенирование экзома) при необходимости.	

6. СТРУКТУРА ДИСЦИПЛИНЫ С УКАЗАНИЕМ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ

Наименование раздела (темы) дисциплины	Виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу (в часах)			
	Л	ЛР	ПЗ	СРС
Тема 1: Анатомо-физиологические особенности детского организма и их роль в клинических проявлениях гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей лица, лимфатических узлов, слюнных желез у детей.	2	-	-	4

Наименование раздела (темы) дисциплины	Виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу (в часах)			
	Л	ЛР	ПЗ	СРС
Тема 2. Обезболивание хирургических вмешательств у детей в условиях поликлиники и стационара. Седативная подготовка ребенка. Показания к выбору метода обезболивания. Особенности выполнения техники местного обезболивания у детей различного возраста.	2	-	-	5
Тема 3. Операция удаления зуба. Показания в детском возрасте к удалению молочных и постоянных зубов. Особенности выполнения техники удаления молочного зуба. Осложнения во время и после операции. Предупреждение осложнений. Показания и цели протезирования зубного ряда у детей различного возраста после удаления зуба.	2	-	-	5
Тема 4. Неотложная помощь при общесоматических осложнениях в амбулаторной стоматологической практике. Причинные факторы соматических осложнений на амбулаторном стоматологическом приёме. Препараты, используемые для оказания неотложной помощи на амбулаторном стоматологическом приёме.	2	-	-	5
Тема 5. Болезни прорезывания зубов. Дистопия и ретенция зубов. Затрудненное прорезывание. Перикоронорит.	2	-	-	5
Тема 6. Периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.	-	-	2	5
Тема 7. Периостит челюстей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы хирургического лечения.	-	-	2	5
Тема 8. Одонтогенный остеомиелит челюстей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.	-	-	1	5
Тема 9. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи.	-	-	1	5
Тема 10. Абсцессы и флегмоны ЧЛО. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.	-	-	2	5
Тема 11. Специфические воспалительные процессы области лица, шеи и челюстей. Актиномикоз, туберкулез и сифилис. Этиология, патогенез. классификация. клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.	-	-	2	1
Тема 12. Травматические поражения ЧЛО.	-	-	2	1
Тема 13.Опухоли и опухолеподобные образования ЧЛО.	-	-	2	1
Тема 14. Амбулаторные операции в полости рта: устранение коротких уздечек языка и верхней губы, мелкого преддверия рта, удаление мелких новообразований слизистой рта и альвеолярного отростка.	-	-	1	1
Тема 15. Врожденные расщелины верхней губы. Клиника. Диагностика. Методы лечения. Исходы операций.	-	-	1	1
Тема 16. Клиническая классификация расщелин губы и неба. Функциональные нарушения в организме ребенка при врожденных пороках развития губы и неба.	-	-	1	1
Тема 17. Принципы диспансеризации и реабилитации детей с расщелиной губы и неба. Участие различных специалистов в лечении детей, цели и задачи лечения. Исходы операций. Профилактика врожденной патологии и организация	-	-	1	1

Наименование раздела (темы) дисциплины	Виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу (в часах)			
	Л	ЛР	ПЗ	СРС
медико-генетической консультации.				
Итого (часов)	10	-	18	56
Форма контроля	Зачет, кандидатский экзамен			

7. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Самостоятельная работа обучающихся направлена на углубленное изучение разделов и тем рабочей программы и предполагает изучение литературных источников и проведение исследований разного характера. Работа основывается на анализе литературных источников и материалов, публикуемых в интернете.

Самостоятельная работа по дисциплине включает следующие виды деятельности:

- работа с лекционным материалом, предусматривающая проработку конспекта лекций и учебной литературы;
- поиск (подбор) и обзор литературы, электронных источников информации по теме диссертационной работы;
- самостоятельный поиск информации в Интернете и других источниках;
- подготовка к тестированию;
- подготовка к практическим занятиям;
- подготовка к зачету;
- подготовка к экзамену.

Задания для самостоятельной работы

ЗАДАНИЯ ЗАКРЫТОГО ТИПА НА УСТАНОВЛЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ. Инструкция к выполнению: 1. Внимательно прочитайте текст задания и поймите, что в качестве ответа ожидаются пары элементов. 2. Прочитайте оба списка. 3. Сопоставьте элементы списка 1 с элементами списка 2, сформируйте пары элементов. 4. Запишите попарно буквы и цифры вариантов ответа (например, А1 или Б4)		
1. Установите соответствие между возрастным периодом и основными профилактическими мероприятиями:		
Мероприятия: 1.Пластика уздечки языка, применение вестибулярных пластинок 2.Удаление задержавшихся молочных зубов, протезирование 3.Замещение отсутствующих зубов, борьба с вредными привычками	Периоды: А. 3-6 лет Б. 6-9 лет В. 9-12 лет	А-1 Б-2 В-3
2. Сопоставьте виды зубочелюстных аномалий с методами их коррекции:		
Методы коррекции: 1.Ортодонтическое лечение 2.Хирургическая пластика 3.Протезирование	Аномалии: А. Нарушение прикуса Б. Укороченная уздечка языка В. Отсутствие зубов	А-1 Б-2 В-3
Установите соответствие между патологией и необходимым специалистом:		
Специалисты: 1.Оториноларинголог 2.Ортопед 3.Пародонтолог	Патологии: А. Нарушения осанки Б. Ротовое дыхание В. Заболевания пародонта	А-2 Б-1 В-3
4.Сопоставьте период лечения с основными задачами:		

Задачи: 1.Нормализация функций, коррекция аномалий 2.Диагностика, сбор анамнеза 3.Контроль результатов, профилактика осложнений	Периоды лечения: А. Начальный Б. Основной В. Реабилитационный	А-2 Б -1 В-3
Установите соответствие между видом деформации и методом диагностики:		
Методы диагностики: 1.Рентгенологическое исследование 2.Изучение моделей челюстей 3.Осмотр, пальпация	Деформации: А. Деформация зубных рядов Б. Нарушение окклюзии В. Дефекты нёба	А-2 Б-1 В-3
6. Сопоставьте возрастную группу с приоритетными методами лечения:		
Методы лечения: 1.Профилактические мероприятия, гимнастика 2.Комплексное ортодонтическое лечение 3.Хирургическая коррекция	Возрастные группы: А. До 3 лет Б. 3-6 лет В. Старше 9 лет	А-1 Б-3 В-2
7. Установите соответствие между видом патологии и этапом лечения:		
Этапы лечения: 1.Устранение причин 2.Коррекция деформаций 3.Реабилитационный период	Патологии: А. Вредные привычки Б. Зубочелюстные аномалии В. Дефекты тканей	А-1 Б-2 В-3
ЗАДАНИЕ ЗАКРЫТОГО ТИПА НА УСТАНОВЛЕНИЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ Инструкция к выполнению: 1 Внимательно прочитать текст задания и понять, что в качестве ответа ожидается последовательность элементов. 2 Внимательно прочитать предложенные варианты ответа. 3 Построить верную последовательность из предложенных элементов. 4 Записать буквы / цифры (в зависимости от задания) вариантов ответа в нужной последовательности без пробелов и знаков препинания (например, БВА или 135)		
8.	Установите правильную последовательность этапов лечения пациентов с расщелиной нёба: а) велопластика б) протезирование в) нормализация носового дыхания г) стимуляция роста верхней челюсти	а, б, в, г
9.	Определите верную последовательность действий при лечении детей 3-6 лет: а) пластика уздечки языка б) применение вестибулярных пластинок в) обучение правильному глотанию г) санация полости рта	а, г, в, б
10.	Расставьте в правильном порядке этапы лечения в период смены зубов: а) наблюдение за прорезыванием моляров б) удаление задержавшихся молочных зубов в) избирательное пришлифовывание г) пластическая операция уздечки	а, г, в, б
11	Установите последовательность действий при лечении ретенированных зубов: а) обнажение коронок б) диагностика положения в) ортодонтическое лечение г) хирургическое вмешательство	б, а, г, в

12.	Определите порядок мероприятий при ангидротической эктодермальной дисплазии: а) консультация педиатра б) консультация дерматолога в) консультация невропатолога г) консультация стоматолога	г, а, б, в
13.	Расставьте этапы реабилитации в правильном порядке: а) нормализация осанки б) борьба с вредными привычками в) лечебная гимнастика г) протезирование	б, в, а, г
14	Установите последовательность действий при множественной адентии: а) обследование состояния пародонта б) планирование протезирования в) санация полости рта г) изготовление протезов	в, а, б, г
15	Определите порядок лечения при зубочелюстных аномалиях: а) диагностика б) составление плана лечения в) реализация плана г) контроль результатов	а, б, в, г
16.	Расставьте в правильном порядке этапы комплексного лечения: а) ортодонтическое лечение б) хирургическая коррекция в) реабилитационные мероприятия г) подготовительный период	г, б, а, в
ЗАДАНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ТИПА С ВЫБОРОМ ОДНОГО ВЕРНОГО ОТВЕТА ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ И ОБОСНОВАНИЕМ ВЫБОРА Инструкция к выполнению: 1Внимательно прочитать текст задания и понять, что в качестве ответа ожидается только один из предложенных вариантов. 2 Внимательно прочитать предложенные варианты ответа. 3 Выбрать один ответ, наиболее верный. 4 Записать только номер (или букву) выбранного варианта ответа. 5 Записать аргументы, обосновывающие выбор ответа		
17.	Какой метод диагностики является наиболее информативным при планировании лечения пациентов с дефектами ЧЛО? а) Рентгенография б) Электромиография в) Компьютерная томография г) Мастикациография	В
18	При каком условии возможно проведение реконструктивной операции у пациентов с врожденной патологией? а) После нормализации носового дыхания б) При отсутствии острых воспалительных процессов в) После достижения определенного возраста г) Все вышеперечисленное	Г
19	Какой специалист должен первым осматривать пациента с множественной адентией? а) Ортодонт б) Стоматолог-терапевт в) Ортопед г) Челюстно-лицевой хирург	Б
20	В каком возрасте рекомендуется пластика уздечки языка при врожденных	А

	аномалиях? а) До 1 года б) 3-6 лет в) 6-9 лет г) После смены зубов	
21	Какой метод реабилитации применяется первым при нарушении осанки? а) Лечебная гимнастика б) Массаж в) Ортопедические приспособления г) Физиотерапия	А
22	Что является показанием к удалению сверхкомплектных зубов? а) Нарушение прикуса б) Ретенция других зубов в) Затруднение прорезывания г) Все перечисленное	Г
23	Какой метод фиксации протезов предпочтителен при полной адентии? а) Балочная система б) Имплантаты в) Кламмерная фиксация г) Магнитная фиксация	Б
24	В какой последовательности проводится лечение ретенированных зубов? а) Диагностика → хирургическое вмешательство → ортодонтическое лечение б) Хирургическое вмешательство → диагностика → ортодонтическое лечение в) Ортодонтическое лечение → диагностика → хирургическое вмешательство г) Диагностика → ортодонтическое лечение → хирургическое вмешательств	А
25	Какой фактор является определяющим при выборе метода лечения расщелины нёба? а) Возраст пациента б) Размер дефекта в) Сопутствующие аномалии г) Все вышеперечисленное	Г
26	Что является приоритетным при лечении пациентов с дефектами ЧЛО? а) Восстановление эстетики б) Нормализация функций в) Психологическая адаптация г) Профилактика осложнений	Б
27	Какое мероприятие проводится первым при лечении детей 3-6 лет? а) Пластика уздечки языка б) Санация полости рта в) Вестибулярные пластинки г) Обучение глотанию	Б
28	Что является приоритетным при лечении ангидротической эктодермальной дисплазии? а) Консультация стоматолога б) Консультация педиатра в) Консультация дерматолога г) Комплексное обследование	Г
29	Какой метод борьбы с вредными привычками применяется первым? а) Налокотники б) Вестибулярные пластинки	В

	в) Психологическая коррекция г) Гипноз	
30	При каком условии возможно протезирование после уранопластики? а) После полной нормализации дыхания б) После заживления послеоперационной раны в) После стимуляции роста челюсти г) После нормализации прикуса	Б
31	Какой метод коррекции применяется при задержке роста челюсти? а) Внеротовая тяга б) Пращевидная повязка в) Эластическая тяга г) Все вышеперечисленное	Г
32	Что является показанием к удалению сверхкомплектных зубов? а) Нарушение прорезывания б) Ретенция других зубов в) Смещение зубного ряда г) Все перечисленное	Г
33	Какой метод нормализации дыхания применяется первым? а) Вестибулярные пластинки б) Дыхательная гимнастика в) Удаление аденоидов г) Ортодонтическое лечение	А
34	При каком условии возможно ортодонтическое лечение после пластики? а) Полное заживление раны б) Нормализация дыхания в) Стабилизация прикуса г) Все вышеперечисленное	Г
35	Какой метод контроля эффективности лечения является основным? а) Рентгенологический б) Клинический осмотр в) Функциональные пробы г) Все вышеперечисленное	Г
36	Что является показанием к хирургической коррекции прикуса? а) Тяжелые аномалии б) Неэффективность ортодонтического лечения в) Сочетанные патологии г) Все перечисленное	Г
37	Какой метод реабилитации применяется после удаления зубов? а) Немедленная имплантация б) Временное протезирование в) Постоянное протезирование г) Наблюдение	Б
38	Что является основным критерием успешности лечения? а) Восстановление эстетики б) Нормализация функций в) Стабильность результата г) Все вышеперечисленное	Г
ЗАДАНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ТИПА С ВЫБОРОМ НЕСКОЛЬКИХ ВАРИАНТОВ ОТВЕТА ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ И РАЗВЕРНУТЫМ ОБОСНОВАНИЕМ ВЫБОРА Инструкция к выполнению: 1 Внимательно прочитать текст задания и понять, что в качестве ответа ожидается несколько из предложенных вариантов. 2 Внимательно прочитать предложенные варианты ответа. 3 Выбрать несколько верных вариантов ответов (2 или 3).		

4 Записать последовательно номера (или буквы) выбранных вариантов без пробелов и знаков препинания (например, 135). 5.Записать развернутое обоснование выбора		
40	Какие из перечисленных факторов способствуют развитию кариеса? Выберите три верных варианта. 1.Избыточное потребление углеводов. 2.Регулярное использование фторсодержащих паст. 3.Низкий уровень гигиены полости рта. 4.Повышенное содержание фтора в питьевой воде. 5.Наличие Streptococcus mutans в зубном налёте. 6.Частое употребление кислых продуктов.	135
41	Какие методы диагностики используются для выявления периодонтита? Выберите четыре верных варианта. 1.Рентгенография. 2.Электроодонтометрия. 3.Визуальный осмотр. 4.УЗИ челюстно-лицевой области. 5.Термометрия. 6.Компьютерная томография.	1236
42	Какие материалы используются для пломбирования корневых каналов? Выберите три верных варианта. 1.Гуттаперчевые штифты. 2.Цинк-эвгеноловая паста. 3.Композитные материалы светового отверждения. 4.Силеры на основе эпоксидных смол. 5.Амальгама. 6.Стеклоиономерные цементы.	124
43	Какие клинические признаки характерны для пародонтита средней степени тяжести? Выберите три верных варианта. 1.Глубина пародонтального кармана до 3 мм. 2.Глубина пародонтального кармана от 4 до 6 мм. 3.Подвижность зубов I–II степени. 4.Рецессия десны более 5 мм. 5.Потеря костной ткани на 1/3 длины корня. 6.Кровоточивость при зондировании.	235
44	Какие осложнения могут возникнуть после удаления зуба? Выберите три верных варианта. 1.Альвеолит. 2.Кровотечение. 3.Периапикальный абсцесс. 4.Сухая лунка. 5.Остеомиелит челюсти. 6.Пульпит соседнего зуба.	124
45	Какие методы используются для отбеливания зубов? Выберите два верных варианта. 1.Лазерное отбеливание. 2.Отбеливание с использованием перекиси водорода. 3.Механическое сошлифовывание эмали. 4.Отбеливающие зубные пасты с высоким содержанием абразивов. 5.Фотоотбеливание.	25
46	Какие факторы влияют на выбор конструкции зубного протеза? Выберите три верных варианта. 1.Состояние опорных зубов. 2.Возраст пациента.	135

	3.Количество отсутствующих зубов. 4.Цвет эмали соседних зубов. 5.Финансовые возможности пациента. 6.Профессия пациента.	
47	Какие симптомы характерны для острого пульпита? Выберите три верных варианта. 1.Самопроизвольная ночная боль. 2.Боль, усиливающаяся от горячего и стихающая от холодного. 3.Длительная боль после устранения раздражителя. 4.Отсутствие боли при перкуссии. 5.Боль только от механических раздражителей. 6.Подвижность зуба.	123
48	Какие препараты используются для местной анестезии в стоматологии? Выберите три верных варианта. 1.Лидокаин. 2.Артикаин. 3.Прокаин (новокаин). 4.Морфин. 5.Парацетамол. 6.Ибупрофен.	123
49	Какие меры профилактики кариеса наиболее эффективны у детей? Выберите три верных варианта. 1.Фторирование питьевой воды. 2.Герметизация фиссур. 3.Регулярная гигиена полости рта с использованием фторсодержащих паст. 4.Ограничение потребления молочных продуктов. 5.Профессиональная чистка зубов 1 раз в год. 6.Приём витаминных комплексов.	123
50	Какие из перечисленных методов применяются для диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)? Выберите четыре верных варианта. 1.Компьютерная томография (КТ) ВНЧС. 2.Магнитно-резонансная томография (МРТ) ВНЧС. 3.Аускультация ВНЧС (выслушивание щелчков, хруста). 4.Электромиография жевательных мышц. 5.Рентгенография грудной клетки. 6.УЗИ ВНЧС.	1234
51	Какие клинические признаки указывают на необходимость удаления зуба? Выберите три верных варианта. 1.Подвижность зуба III степени. 2.Глубокий пародонтальный карман более 8 мм с вертикальной резорбцией кости. 3.Наличие кариозной полости на контактной поверхности. 4.Вертикальный фрактурированный корень. 5.Гиперемия и отёк десны в области зуба. 6.Невозможность проведения адекватного эндодонтического лечения из-за сложной анатомии каналов.	124
ЗАДАНИЯ ОТКРЫТОГО ТИПА С КРАТКИМ ОТВЕТОМ (ВСТАВИТЬ ТЕРМИН, СЛОВОСОЧЕТАНИЕ И Т.П., ДОПОЛНИТЬ ПРЕДЛОЖЕНИЕ) Инструкция к выполнению: 1. Внимательно прочитайте текст задания и поймите суть вопроса. 2. Продумайте логику и полноту ответа. 3. Запишите недостающий термин, словосочетание и т.п. или дополните предложение (при		

необходимости разделяя ответы знаком «;»)		
52	Процесс запечатывания фиссур зубов с целью профилактики кариеса называется _____	герметизация фиссур
53	Основной минерал, обеспечивающий твёрдость зубной эмали, — это _____	гидроксиапатит
54	Метод рентгенологического исследования, позволяющий получить развёрнутое изображение всех зубов и челюстей на одном снимке, называется _____	ортопантомография (ОПТГ)
55	Воспаление тканей вокруг верхушки корня зуба называется _____	периодонтит
56	Материал, традиционно используемый для обтурации корневых каналов, представляющий собой очищенную и обработанную натуральную смолу, называется _____.	гуттаперча.
57	Состояние, характеризующееся избыточным содержанием фтора в питьевой воде и приводящее к поражению эмали зубов, называется _____.	флюороз.
58	Метод лечения пульпита, при котором удаляется коронковая часть пульпы, а корневая сохраняется, называется _____.	витальная ампутация.
59	Основной кариесогенный микроорганизм, участвующий в формировании зубного налёта, — _____.	Streptococcus mutans.
60	Хирургическая процедура по удалению верхушки корня зуба вместе с очагом воспаления называется ……	резекция верхушки корня (апикоэктомия).
61	Инструмент, используемый для удаления зубного камня с поверхности зубов, называется _____.	скейлер.
ЗАДАНИЕ ОТКРЫТОГО ТИПА С РАЗВЕРНУТЫМ ОТВЕТОМ Инструкция к выполнению: 1.Внимательно прочитать текст задания и понять суть вопроса. 2. Продумать логику и полноту ответа. 3. Записать ответ, используя четкие компактные формулировки. 4. В случае расчетной задачи записать решение и ответ		
63	Опишите этапы проведения эндодонтического лечения корневых каналов с использованием современных методик. Укажите ключевые инструменты и материалы на каждом этапе.	
64	Перечислите основные клинические и рентгенологические признаки хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести. Приведите не менее 5 признаков в каждой категории.	
65	Объясните патогенез кариеса зубов с точки зрения теории Миллера (химико-паразитарная теория). Укажите роль микроорганизмов, углеводов и минеральных компонентов эмали в развитии процесса.	
66	Опишите алгоритм действий врача при возникновении осложнения в виде перфорации стенки корневого канала во время механической обработки. Укажите методы диагностики, способы устранения и меры профилактики.	
67	Какие факторы необходимо учитывать при выборе метода ортопедического лечения частичной адентии? Приведите не менее 6 факторов и кратко поясните их влияние на выбор	

	конструкции.	
68	Опишите современные подходы к профилактике кариеса у детей раннего возраста (до 3 лет). Укажите не менее 4 методов и обоснуйте их эффективность с точки зрения доказательной медицины.	
69	Объясните принципы работы и клиническое применение дентального микроскопа в эндодонтии. Укажите не менее 3 преимуществ и 2 ограничения метода.	
70	Опишите протокол ведения пациента с острым гнойным периоститом челюсти. Укажите последовательность лечебных мероприятий, перечень лекарственных препаратов и сроки контрольных осмотров.	
71	Опишите алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики острого диффузного пульпита и острого гнойного периодонтита. Приведите не менее 5 диагностических критериев для каждого заболевания и укажите, какие методы исследования помогут их подтвердить.	
72	Перечислите и охарактеризуйте основные виды несъёмных ортопедических конструкций. Укажите показания и противопоказания к их применению, приведите по 2 примера клинических ситуаций для каждого вида.	
73	Опишите современные методы регенерации костной ткани при имплантации. Укажите не менее 3 методов, перечислите используемые материалы (ауто-, алло-, ксено-, синтетические трансплантаты) и объясните механизм их действия.	
74	Объясните принципы и этапы проведения профессиональной гигиены полости рта. Перечислите инструменты и материалы, используемые на каждом этапе, и укажите критерии эффективности проведённой процедуры.	
75	Опишите клиническую картину и алгоритм лечения эрозии твёрдых тканей зуба. Укажите стадии процесса, методы диагностики, консервативные и реставрационные методы лечения, а также меры профилактики дальнейшего прогрессирования.	
76	Объясните роль микрофлоры полости рта в развитии заболеваний пародонта. Перечислите ключевые патогены (не менее 4), опишите их свойства и механизмы воздействия на ткани пародонта. Укажите, какие методы лабораторной диагностики позволяют выявить эти микроорганизмы.	

Критерии оценивания тестовых заданий

Уровень подготовки аспиранта оценивается исходя из количества выполненных заданий:

- менее 50% - не зачтено;
- свыше 50% - зачтено;

Критерии оценивания устного ответа

Оценка«5» (отлично) выставляется аспиранту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, чётко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, творчески решать поставленные перед ним задачи, свободно справляется с ситуационными задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причём не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе информацию, полученную из лекционного материалаи специальной

литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приёмами выполнения практических заданий, правильно формулирует заключение по итогам выполненной работы.

Оценка «4» (хорошо) выставляется аспиранту, если он твёрдо знает лекционный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приёмами их выполнения.

Оценка «3» (удовлетворительно) выставляется аспиранту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

Оценка «2» (неудовлетворительно) выставляется аспиранту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет или не способен выполнять практические работы.

Критерии оценивания ситуационных задач

Форма проведения текущего контроля	Критерии оценивания
Решение ситуационной задачи	«5» (отлично) – выставляется за полное, безошибочное выполнение задания
	«4» (хорошо) –в целом задание выполнено, имеются отдельные неточности или недостаточно полные ответы, не содержащие ошибок.
	«3» (удовлетворительно) – допущены отдельные ошибки при выполнении задания.
	«2» (неудовлетворительно) – отсутствуют ответы на большинство вопросов задачи, задание не выполнено или выполнено не верно.

Критерии оценивания зачёта

Зачёт («зачтено») выставляется аспиранту, который глубоко и прочно усвоил программный материал; умеет тесно увязывать теорию с практикой; выполнил все виды заданий (прослушал лекции, выполнил все практические работы); не имеет пропусков лекций и практических занятий, а также неудовлетворительных оценок.

Незачёт («не зачтено») выставляется аспиранту, который не знает значительной части программного материала; не выполнил хотя бы одного из заданий (не посещал лекции, не справился с практическими работами); имеет пропуски лекций и практических занятий, а также неудовлетворительные оценки.

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

8.1 Рекомендуемая литература			
8.1.1 Основная литература			
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Л. С. Персин	**Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций:** учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640с
Л1.2	под общ. ред. В. В. Афанасьева	**Хирургическая стоматология** : учебник	ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 792 с.
Л1.3	под ред. И. Ю. Лебеденко	**Ортопедическая стоматология:** учебник	ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 640 с
8.1.2 Дополнительная литература			
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год

Л2.1	Под ред. О.З. Топольницкого, С.В. Дьяковой	**Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия.** Сборник иллюстрированных клинических задач	ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 176 с
8.1.3 Электронные образовательные ресурсы			
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Г. М. Барер и др.	**Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс]:** учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 224 с. Режим доступа:
Л3.2	Данилевский Н.Ф., Магид Е.А., Мухин	**Заболевания пародонта [Электронный ресурс]:** атлас	М.: Медицина, 2016. - 328 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru

8.2 Лицензионное программное обеспечение

1. Microsoft Office 365. Договор с ОООСТК «ВЕРШИНА» №27122016-1 от 27 декабря 2016 г.
2. Microsoft® Windows Server STDCORE2016 Russian Academic OLP. License Number: 68169617 Initial License Issue Date:03.03.2017
3. Windows Remote Desktop Services – UserCAL 2012 50; Servers Windows Server Standard 2012 R2 1. Лиц. 96439360ZZE1802
4. СС КонсультантПлюс для бюджетныхорганизаций. Договор с ООО «Компас»№КОО/КФЦ 7088/40 от 9 января 2017 года.
5. СКЗИ «Крипто-Про CSP». ЛицензияООО «ЮСК:Сервис» ООО «Крипто-Про»от 17.03.2017.
6. KasperskyEndpointSecurityRussianEdition. 100149 Educational Renewal License1FB6161121102233870682. 100 лицензий.
7. OfficeStandard 2016. 200 лицензий OPEN96197565ZZE1712.
8. 1С:Предприятие; 1С:Бухгалтерия дляучебных целей. Код партнера: 46727, 1июня 2016. 1С:Предприятие8; 800685726-72.
9. VeralTestProfessional 2.7 Электроннаяверсия. Актпредоставленияправ № IT178496 от 14.10.2015
10. Statistica Basic 10 for Windows RuLicense Number for PYATIGORSK MEDPHARM INST OF VOLGOGRAD MED STUNI (PO# 0152R, Contract № IE-QPA-14-XXXX) order# 310209743.
11. RegOrganizer. : 18056916.40822738Датасозданияключа: 15.03.2017.
12. 1 2. ABBYY Fine_Reader_14 FSRS-1401.ABBYY FineReader 11 ProfessionalEdition (download) AF1 1 -2S1P01 -102/AD.
13. MOODLEe-Learning, eLearningServer,Гиперметод. ДоговорсООО «Открытыетехнологии» 82/1 от 17 июля 2013 г.
14. Paragon Migrate OS to SSD (Russian)Serial Number: 09880-0C87B-E8F90-4CF66.
15. Microsoft Open License :66237142 OPEN96197565ZZE1712. 2017
16. Microsoft Open License : 66432164OPEN OPEN 96439360ZZE1802. 2018.
17. Microsoft Open License : 68169617OPEN OPEN 98108543ZZE1903. 2019.
18. ОперационныесистемыOEM (наOSWindows 95спредустановленным лицензионнымпрограммнымобеспечением): OSWindows 95, OSWindows 98; OSWindowsME, OSWindowsXP; OSWindows 7; OSWindows 8; OSWindows 20. На каждом системном блокеи/или моноблоке и/или ноутбуке. Номерлицензии скопирован в ПЗУ аппаратногосредства и/или содержится в наклеенном наустройство стикере с голографическойзащитой.

8.3 Современные профессиональные базы данных и информационные справочные системы

1. Российское образование. Федеральный образовательный портал – Режим доступа: www.edu.ru.
2. Министерство образования и науки Российской Федерации [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://minobrnauki.gov.ru/
3. Научная педагогическая библиотека им. К.Д. Ушинского [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.gnpbu.ru.
4. Российская государственная библиотека [Электронный ресурс] – Режим доступа:

http://www.rsl.ru.

5. Президентская библиотека – http://www.prlib.ru

6. Большая медицинская библиотека - http://med-lib.ru/.

7. Российское образование. Федеральный портал. – http://www.edu.ru/, доступ свободный

Информационные справочные системы:

1. Справочно-правовая система «Консультант Плюс» - Режим доступа: http://www.consultant.ru/

2. Информационно-правовой сервер «Гарант» http://www.garant.ru/

9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Расположение кафедры –учебный корпус, расположенный по адресу: г.Пятигорск, ул. Кучуры, 1.

Для подготовки аспирантов на кафедре стоматологии ПМФИ имеется 6 стоматологических кабинетов, кабинет рентгендиагностики, зуботехническая лаборатория на 8 рабочих мест.

Клиника стоматологии располагает необходимой материально-технической базой для проведения клинических исследований и разработки современных методов диагностики и лечения пациентов с основными стоматологическими заболеваниями. В клинике проводится консультативная и лечебная работа.

Клиника располагает оборудованием, необходимым для научно-исследовательской деятельности.

10. ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЙ ОБУЧАЮЩИМИСЯ-ИНВАЛИДАМИ И ЛИЦАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (ПРИ НАЛИЧИИ)

Особые условия обучения и направления работы с инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья (далее обучающихся с ограниченными возможностями здоровья) определены на основании:

– Закона РФ от 29.12.2012г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– Закона РФ от 24.11.1995г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;

– Приказа Минобрнауки России от 06.04.2021 N 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры»;

– методических рекомендаций по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащенности образовательного процесса (утв. Минобрнауки России 08.04.2014 № АК-44/05вн).

Под специальными условиями для получения образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя использование адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

В целях доступности изучения дисциплины инвалидами и обучающимися с ограниченными возможностями здоровья организацией обеспечивается:

1. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:

–наличие альтернативной версии официального сайта организации в сети «Интернет» для слабовидящих:

–размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации (информация должна быть выполнена крупным рельефно-контрастным шрифтом (на белом или желтом фоне) и продублирована шрифтом Брайля);

–присутствие ассистента. оказывающего обучающемуся необходимую помощь:

–обеспечение выпуска альтернативных форматов печатных материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);

–обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря. к зданию организации;

2. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:

–дублирование звуковой справочной информации визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров (мониторы, их размеры и количество необходимо определять с учетом размеров помещения);

–обеспечение надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации:

3. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата. Материально- технические условия обеспечивают возможность беспрепятственного доступа обучающихся в помещения организации, а также пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, локальное понижение стоек-барьеров: наличие специальных кресел и других приспособлений).

Обучение лиц организовано как инклюзивно, так и в отдельных группах.