

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Методические указания

для обучающихся по организации и проведению самостоятельной работы
по дисциплине «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ И ГНАТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ»

для студентов специальности

31.05.03 Стоматология

ВВЕДЕНИЕ

Целями освоения учебной дисциплины «Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия» являются обучение студентов, способных квалифицированно решать вопросы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области, с заболеваниями и повреждениями нервов челюстно-лицевой области, с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и контрактурами нижней челюсти, а также гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Ознакомление обучающихся с методами профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с заболеваниями ВНЧС, воспалительными заболеваниями лица и шеи и контрактур;

- ознакомление с методами диагностики, совместного лечения со смежными специалистами больных с заболеваниями и повреждениями нервов челюстно-лицевой области;
- ознакомление с методами диагностики, лечения и реабилитации больных с дефектами и деформациями тканей челюстно-лицевой области;
- ознакомление с принципами ортогнатической хирургии;
- ознакомление с основами эстетической хирургии челюстно-лицевой области;
- ознакомление с клиникой, диагностикой и принципами лечения гнойно-воспалительных заболеваний лица и шеи.

Формирование умений по составлению плана лечения на основе знания особенностей заболеваний височно-нижнечелюстного сустава различного генеза, воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и контрактур нижней челюсти:

- умений по оказанию медицинской помощи больным на основе знания особенностей заболеваний височно-нижнечелюстного сустава различного генеза и контрактур нижней челюсти;
- умений по составлению плана лечения больных на основе знания особенностей заболеваний и повреждений нервов челюстно-лицевой области;
- умений по оказанию помощи больным на основе знания особенностей заболеваний и повреждений нервов челюстно-лицевой области;
- умений по составлению плана лечения больных на основе знания особенностей дефектов и деформаций челюстно-лицевой области;
- умений по оказанию помощи больным на основе знания особенностей дефектов и деформаций челюстно-лицевой области
- представлений об основах и главных принципах ортогнатической хирургии на основе знания аномалий и деформаций челюстных костей;
- представлений об основах эстетической хирургии челюстно-лицевой хирургии;
- умений по оказанию ургентной помощи пациентам с воспалительными заболеваниями головы и шеи

Воспитание навыков обследования и лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава различного генеза, воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и контрактур нижней челюсти;

- обследования, консервативного и хирургического лечения больных с заболеваниями и повреждениями нервов челюстно-лицевой области;
- обследования, лечения и реабилитации больных с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области;
- обследования, консервативного и хирургического лечения пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области;
- профессионального общения с пациентами, имеющими заболевания височно-нижнечелюстного сустава различного генеза, контрактуры нижней челюсти, заболевания и повреждения нервов челюстно-лицевой области, дефекты и деформации челюстно-лицевой области.

Задачи дисциплины:

Изучение этиологии, патогенеза, диагностики, клиники и лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава различного генеза, воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и контрактур нижней челюсти;

- этиологии, методов обследования больных с дефектами и деформациями тканей челюстно-лицевой области;
 - этиологии, патогенеза, методов обследования, комплексного лечения пациентов с воспалительными заболеваниями головы и шеи;
 - этиологии, патогенеза, методов обследования пациентов, комплексного совместного лечения с заболеваниями и повреждениями нервов челюстно-лицевой области;
 - методов пластики лоскутами на ножке, свободными тканевыми лоскутами, тканями круглого стебельчатого лоскута, лоскутами на микрососудистыми анастомозами;
 - основ ортогнатической и эстетической хирургии челюстно-лицевой области;
 - основных подходов к реабилитации больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, нервов лица, а также пациентов с дефектами и деформациями тканей челюстно-лицевой области.
- Формирование представлений о принципах диагностики, лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава различного генеза, воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и контрактур нижней челюсти;
- диагностики, лечения и реабилитации больных с заболеваниями и повреждениями нервов челюстно-лицевой области;
 - профилактики, диагностики, хирургического лечения и реабилитации пациентов с дефектами и деформациями тканей челюстно-лицевой области;
 - диагностики, лечения и реабилитации пациентов с воспалительными заболеваниями головы и шеи;
 - подготовки больных к реконструктивно-восстановительным операциям челюстно-лицевой области;
 - проведения ортогнатических и эстетических операций в челюстно-лицевой области.

В результате изучения дисциплины студент

должен знать:

- особенности клинической анатомии, физиологии и биомеханики височно-нижнечелюстного сустава;
- этиологию и патогенез заболеваний нервов лица, а также роль одонтогенных причин в развитии болевого синдрома;
- клинические особенности строения кожи челюстно-лицевой области, слизистой оболочки полости рта, физиологию раневого процесса.
- клиническую картину, методы диагностики, дифференциальную диагностику, классификацию заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, периферической нервной системы челюстно-лицевой области;
- клиническую картину, методы диагностики, классификацию аномалий и приобретенных деформаций костей и мягких тканей челюстно-лицевой области;
- основные принципы и методы лечения пациентов с аномалиями и приобретенными деформациями костей и мягких тканей челюстно-лицевой области;
- общие понятия и основные принципы эстетической хирургии челюстно-лицевой области;
- особенности клинической анатомии клетчаточных пространств головы и шеи;
- этиологию и патогенез воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;
- пути распространения инфекционного процесса на лице;
- клинические особенности проявлений воспалительных заболеваний лица и шеи;
- методы дифференциальной диагностики и способы комплексного лечения воспалительных заболеваний лица и шеи.

Должен уметь:

- проводить общее клиническое обследование пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, с аномалиями и приобретенными деформациями костей и мягких тканей челюстно-лицевой области;

- интерпретировать результаты основных и дополнительных методов обследования пациентов с целью выявления и дифференциального диагноза заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, периферической нервной системы челюстно-лицевой области;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с МКБ-10 на основании полученных данных основных и дополнительных методов обследования;
- определять показания к применению медикаментозных, немедикаментозных, физиотерапевтических методов лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, с аномалиями и приобретенными деформациями костей и мягких тканей челюстно-лицевой области;
- разработать и обосновать схему, план и тактику ведения больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, с аномалиями и приобретенными деформациями костей и мягких тканей челюстно-лицевой области;
- выявлять клинические признаки острой и хронической черепно-лицевой боли соматического, нейрогенного и психогенного характера;
- проводить осмотр, назначение клинического и инструментального обследования в полном объеме пациентам с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области;
- интерпретировать результаты основных и дополнительных методов обследования пациентов для проведения дифференциальной диагностики у пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с МКБ-10 на основании полученных данных основных и дополнительных методов обследования пациентам с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области;
- определять показания к применению медикаментозных, немедикаментозных, хирургических методов лечения с целью оказания ургентной помощи;
- разработать и обосновать схему, план и тактику ведения пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Должен владеть:

- навыками общего осмотра пациента с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, с аномалиями и приобретенными деформациями костей и мягких тканей челюстно-лицевой области;
- навыками формирования комплексного плана лечения пациента с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, с аномалиями и приобретенными деформациями костей и мягких тканей челюстно-лицевой области;
- алгоритмом выполнения блокады ветвей тройничного нерва с целью лечения и предупреждения развития болевого синдрома;
- выполнять ушивание ран на коже лица, слизистой оболочке полости рта;
- алгоритмом определения показаний к госпитализации больного и его подготовка для направления в специализированный стационар;
- навыками осмотра пациента с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области;
- навыками формирования комплексного плана лечения пациента с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области;
- алгоритмом проведения дифференциальной диагностики пациентам с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области;
- выполнять хирургическое лечение пациентов в условиях стационара;
- методами ранней послеоперационной реабилитации пациентов с воспалительными заболеваниями головы и шеи.

Методические рекомендации по изучению теоретического материала

При выполнении самостоятельного изучения теоретического материала студент должен руководствоваться следующими правилами. За основу рекомендуется брать рабочую программу учебной дисциплины в библиотеке СКФУ. Согласно плану-графику аудиторных

занятий и самостоятельной работы, на изучение отдельных тем отводится разное количество часов. Значительная часть самостоятельной работы студента должна отводиться на усвоение материала по пройденной теме, написании конспекта по заданным теоретическим блокам, поиску дополнительной литературы на базе библиотеки СКФУ и в системе интернет.

В процессе самостоятельной работы студент должен стремиться понять и запомнить основные положения рассматриваемого материала, примеры, поясняющие его, а также разобраться в иллюстративном материале.

Заканчивать подготовку следует составлением плана (конспекта) по изучаемому материалу (вопросу). Это позволяет составить концентрированное, сжатое представление по изучаемым вопросам.

Начинать надо с изучения рекомендованной литературы. Особое внимание при этом необходимо обратить на содержание основных положений и выводов, объяснение явлений и фактов, уяснение практического приложения рассматриваемых теоретических вопросов. В процессе этой работы студент должен стремиться понять и запомнить основные положения рассматриваемого материала, примеры, поясняющие его, а также разобраться в иллюстративном материале.

Заканчивать подготовку следует составлением плана (конспекта) по изучаемому материалу (вопросу). Это позволяет составить концентрированное, сжатое представление по изучаемым вопросам.

При необходимости следует обращаться за консультацией к преподавателю. Идя на консультацию, необходимо хорошо продумать вопросы, которые требуют разъяснения.

Ведение записей способствует превращению чтения в активный процесс, мобилизует, наряду со зрительной, и моторную память. Следует помнить: у студента, систематически ведущего записи, создается свой индивидуальный фонд подсобных материалов для быстрого повторения прочитанного, для мобилизации накопленных знаний. Особенно важны и полезны записи тогда, когда в них находят отражение мысли, возникшие при самостоятельной работе.

Важно развивать у студентов умение сопоставлять источники, продумывать изучаемый материал.

Большое значение имеет совершенствование навыков конспектирования у студентов.

Преподаватель может рекомендовать студентам следующие основные формы записи: план (простой и развернутый), выписки, тезисы.

Результаты конспектирования могут быть представлены в различных формах.

План – это схема прочитанного материала, краткий (или подробный) перечень вопросов, отражающих структуру и последовательность материала. Подробно составленный план вполне заменяет конспект.

Конспект – это систематизированное, логичное изложение материала источника. Различаются четыре типа конспектов:

- План-конспект – это развернутый детализированный план, в котором достаточно подробные записи приводятся по тем пунктам плана, которые нуждаются в пояснении.
- Текстуальный конспект – это воспроизведение наиболее важных положений и фактов источника.
- Свободный конспект – это четко и кратко сформулированные (изложенные) основные положения в результате глубокого осмысливания материала. В нем могут присутствовать выписки, цитаты, тезисы; часть материала может быть представлена планом.
- Тематический конспект – составляется на основе изучения ряда источников и дает более или менее исчерпывающий ответ по какой-то схеме (вопросу).

Методические указания по подготовке к практическим работам

При подготовке к практическим работам рекомендуется изучить контрольные вопросы по данному занятию, теоретический материал из собственных конспектов. Основная форма работы на занятиях – собеседование. Каждый студент должен быть готовым к выступлению по всем поставленным в плане вопросам, проявлять максимальную активность при их рассмотрении. Выступление должно строиться свободно, убедительно и аргументировано. Преподаватель следит, чтобы выступление не сводилось к репродуктивному уровню (простому

воспроизведению текста), не допускается и простое чтение конспекта.

Необходимо, чтобы выступающий проявлял собственное отношение к тому, о чем он говорит, высказывал свое личное мнение, понимание, обосновывал его и мог сделать правильные выводы из сказанного. При этом студент может обращаться к записям конспекта, непосредственно к первоисточникам, использовать знание ранее изученных дисциплин и т. д.

Кроме того, для получения оценки на повышенном уровне студенты решают ситуационные задачи по результатам освоенных тем.

При выполнении практических работ предусмотрена защита практических навыков, полный перечень которых указан в фонде оценочных средств.

Методические рекомендации по подготовке презентаций и докладов

Доклад должен содержать элементы новизны, наряду с фундаментальным аспектом должен быть проведен анализ современного состояния изучаемой проблемы, а также включенность в региональную проблематику.

Доклад должен состоять из введения, теоретической части, заключения, списка литературы и презентации, раскрывающей суть темы в графиках, картинках, схемах, формулах.

Доклад рекомендуется представлять в объеме 1 печатный лист. Текст работы должен быть напечатан через 1,5 интервала на одной стороне стандартного листа белой бумаги (А4). Текст и другие отпечатанные элементы работы должны быть черными, контуры букв и знаков – четкими, без ореола и затенения. Шрифт Times New Roman, кегель 14. Названия глав и параграфов выделяются полужирным шрифтом. Лист с текстом должен иметь поля: слева – 30 мм, справа – 10 мм, сверху – 20 мм, снизу – 20 мм. Нумерация страниц текста делается в правом нижнем углу листа. Проставлять номер страницы необходимо со страницы, где печатается «Введение», на которой ставится цифра «3». После этого нумеруются все страницы, включая приложения.

Между названием главы и названием параграфа этой главы ставится пробел равный двум интервалам, а название параграфа не должно отделяться от текста этого параграфа пробелом. Названия параграфов отделяются от текста предыдущего параграфа пробелом, равным двум интервалам. Каждая глава, а также введение, выводы, приложения и список использованной литературы начинаются с новой страницы. Слово «Глава» не пишется. Главы имеют порядковые номера в пределах всей работы, обозначаемые арабскими цифрами (например: 1, 2, 3), после которых ставится точка. Слово «параграф» или значок параграфа в названии не ставятся. Параграфы имеют порядковые номера в пределах глав, обозначаемые арабскими цифрами (например: 1.1. и 1.2.). Заголовки глав и параграфов в тексте работы должны располагаться по центру, точку в конце названия главы и параграфа не ставят. Не допускается переносить часть слова в заголовке. 4.5. Нумерация таблиц и рисунков может быть сквозной или соотноситься с номером главы и параграфа. Например, если таблица или рисунок включены в текст первого параграфа второй главы, нумерация следующая: Таблица 2.1.1., рис. 2.1.1. Последняя цифра означает порядковый номер таблицы (или рисунка) в данном параграфе. Таблица помещается в качестве следующей страницы после первого упоминания о ней в тексте.

Рекомендуемая литература.

Перечень основной литературы:

1. Афанасьев, В. В. Травматология челюстно-лицевой области : руководство / В. В. Афанасьев. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2010. – 256 с. – ISBN 978–5–9704–1478–1. –URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414781.html>. – Текст: электронный.

2. Иванов, С. Ю. Антибиотикотерапия и антибиотикопрофилактика гнойной инфекции в челюстно-лицевой хирургии : учебное пособие / С. Ю. Иванов. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2017. – 112 с. – ISBN 978–5–9704–3816–9. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438169.html>. – Текст: электронный.

3. Иванов, С. Ю. Реконструктивная хирургия альвеолярной кости / С. Ю. Иванов, А.А.Мураев, Н. Ф. Ямуркова. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2016. – 360 с. – ISBN 978–5–9704–3813–8. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438138.html>. – Текст: электронный.

4. Семкин, В. А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / В. А. Семкин, С.И.Волков. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2016. – 288 с. – ISBN 978–5–9704–3915–9. – URL:<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439159.html>. – Текст: электронный.
5. Челюстно-лицевая хирургия : учебник / под редакцией А. Ю. Дробышева, О.О.Янушевича. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2018. – 880 с. – ISBN 978–5–9704–4081–0. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970440810.html>. – Текст: электронный.

Перечень дополнительной литературы:

1. Аржанцев, А. П. Рентгенологические исследования в стоматологии и челюстнолицевой хирургии : атлас / А. П. Аржанцев. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2016. – 320 с. – ISBN 978–5–9704–3773–5. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437735.html>. – Текст: электронный.
2. Бичун, А. Б. Неотложная помощь в стоматологии / А. Б. Бичун, А. В. Васильев, В.В.Михайлов. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2014. – 320 с. – ISBN 978–5–9704–3035–4. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430354.html>. – Текст: электронный.
3. Бичун, А. Б. Экстренная помощь при неотложных состояниях в стоматологии / А.Б.Бичун, А. В. Васильев, В. В. Михайлов. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2017. – 320 с. – ISBN 978–5–9704–4126–8. – URL:<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970441268.html>. – Текст: электронный.
4. Епифанов, А. В. Медицинская реабилитация : учебник / А. В. Епифанов, Е.Е.Ачкасов, В. А. Епифанов. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2015. – 672 с. – ISBN 978–5–9704–3248– URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432488.html>. – Текст: электронный.
5. Одонтогенные кисты челюстей : учебное пособие / под редакцией Э. А. Базикиана. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2018. – 80 с. – ISBN 978–5–9704–4333–0. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970443330.html>. – Текст: электронный.
6. Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология : учебное пособие / под редакцией В. А. Козлова, И. И. Кагана. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2019. – ISBN 978–5–9704–4892–2. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970448922.html>. – Текст: электронный.
7. Трутьев, В. П. Рентгеноанатомия и рентгенодиагностика в стоматологии : учебное пособие/ В. П. Трутьев. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2017. – 216 с. – ISBN 978–5–9704–4102–2. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970441022.html>. – Текст: электронный.
8. Черепно-лицевая хирургия в формате 3D : атлас / В. А. Бельченко, А. Г. Притыко, А.В. Климчук, В. В. Филлипов. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2010. – 224 с. – ISBN 978–5–9704–1692–1. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970416921.html>. – Текст: электронный.

Интернет-ресурсы:

1. <http://rudocctor.net/> - Медицинский портал
2. <http://www.e-reading.club/> - Большая онлайн библиотека
3. <http://www.pubmed.com/> - база данных полнотекстовых статей по медицине
4. <http://www.spravocnikpolekarstvam.ru/> - бесплатный фармакологический справочник онлайн
5. <https://dic.academic.ru/> - Словари и энциклопедии
6. <https://www.rmj.ru/> - Русский медицинский журнал

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Методические указания
по выполнению практических занятий
по дисциплине
«ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ И ГНАТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ»
для студентов специальности
31.05.03 Стоматология

ВВЕДЕНИЕ

Целями освоения учебной дисциплины «Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия» являются обучение студентов, способных квалифицированно решать вопросы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области, с заболеваниями и повреждениями нервов челюстно-лицевой области, с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и контрактурами нижней челюсти, а также гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Ознакомление обучающихся с методами профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с заболеваниями ВНЧС, воспалительными заболеваниями лица и шеи и контрактур;

- ознакомление с методами диагностики, совместного лечения со смежными специалистами больных с заболеваниями и повреждениями нервов челюстно-лицевой области;
- ознакомление с методами диагностики, лечения и реабилитации больных с дефектами и деформациями тканей челюстно-лицевой области;
- ознакомление с принципами ортогнатической хирургии;
- ознакомление с основами эстетической хирургии челюстно-лицевой области;
- ознакомление с клиникой, диагностикой и принципами лечения гнойно-воспалительных заболеваний лица и шеи.

Формирование умений по составлению плана лечения на основе знания особенностей заболеваний височно-нижнечелюстного сустава различного генеза, воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и контрактур нижней челюсти:

- умений по оказанию медицинской помощи больным на основе знания особенностей заболеваний височно-нижнечелюстного сустава различного генеза и контрактур нижней челюсти;
- умений по составлению плана лечения больных на основе знания особенностей заболеваний и повреждений нервов челюстно-лицевой области;
- умений по оказанию помощи больным на основе знания особенностей заболеваний и повреждений нервов челюстно-лицевой области;
- умений по составлению плана лечения больных на основе знания особенностей дефектов и деформаций челюстно-лицевой области;
- умений по оказанию помощи больным на основе знания особенностей дефектов и деформаций челюстно-лицевой области
- представлений об основах и главных принципах ортогнатической хирургии на основе знания аномалий и деформаций челюстных костей;
- представлений об основах эстетической хирургии челюстно-лицевой хирургии;
- умений по оказанию ургентной помощи пациентам с воспалительными заболеваниями головы и шеи

Воспитание навыков обследования и лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава различного генеза, воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и контрактур нижней челюсти;

- обследования, консервативного и хирургического лечения больных с заболеваниями и повреждениями нервов челюстно-лицевой области;
- обследования, лечения и реабилитации больных с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области;
- обследования, консервативного и хирургического лечения пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области;
- профессионального общения с пациентами, имеющими заболевания височно-нижнечелюстного сустава различного генеза, контрактуры нижней челюсти, заболевания и повреждения нервов челюстно-лицевой области, дефекты и деформации челюстно-лицевой области.

Задачи дисциплины:

Изучение этиологии, патогенеза, диагностики, клиники и лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава различного генеза, воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и контрактур нижней челюсти;

- этиологии, методов обследования больных с дефектами и деформациями тканей челюстно-лицевой области;
 - этиологии, патогенеза, методов обследования, комплексного лечения пациентов с воспалительными заболеваниями головы и шеи;
 - этиологии, патогенеза, методов обследования пациентов, комплексного совместного лечения с заболеваниями и повреждениями нервов челюстно-лицевой области;
 - методов пластики лоскутами на ножке, свободными тканевыми лоскутами, тканями круглого стебельчатого лоскута, лоскутами на микрососудистыми анастомозами;
 - основ ортогнатической и эстетической хирургии челюстно-лицевой области;
 - основных подходов к реабилитации больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, нервов лица, а также пациентов с дефектами и деформациями тканей челюстно-лицевой области.
- Формирование представлений о принципах диагностики, лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава различного генеза, воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и контрактур нижней челюсти;
- диагностики, лечения и реабилитации больных с заболеваниями и повреждениями нервов челюстно-лицевой области;
 - профилактики, диагностики, хирургического лечения и реабилитации пациентов с дефектами и деформациями тканей челюстно-лицевой области;
 - диагностики, лечения и реабилитации пациентов с воспалительными заболеваниями головы и шеи;
 - подготовки больных к реконструктивно-восстановительным операциям челюстно-лицевой области;
 - проведения ортогнатических и эстетических операций в челюстно-лицевой области.

В результате изучения дисциплины студент

должен знать:

- особенности клинической анатомии, физиологии и биомеханики височно-нижнечелюстного сустава;
- этиологию и патогенез заболеваний нервов лица, а также роль одонтогенных причин в развитии болевого синдрома;
- клинические особенности строения кожи челюстно-лицевой области, слизистой оболочки полости рта, физиологию раневого процесса.
- клиническую картину, методы диагностики, дифференциальную диагностику, классификацию заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, периферической нервной системы челюстно-лицевой области;
- клиническую картину, методы диагностики, классификацию аномалий и приобретенных деформаций костей и мягких тканей челюстно-лицевой области;
- основные принципы и методы лечения пациентов с аномалиями и приобретенными деформациями костей и мягких тканей челюстно-лицевой области;
- общие понятия и основные принципы эстетической хирургии челюстно-лицевой области;
- особенности клинической анатомии клетчаточных пространств головы и шеи;
- этиологию и патогенез воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;
- пути распространения инфекционного процесса на лице;
- клинические особенности проявлений воспалительных заболеваний лица и шеи;
- методы дифференциальной диагностики и способы комплексного лечения воспалительных заболеваний лица и шеи.

Должен уметь:

- проводить общее клиническое обследование пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, с аномалиями и приобретенными деформациями костей и мягких тканей челюстно-лицевой области;

- интерпретировать результаты основных и дополнительных методов обследования пациентов с целью выявления и дифференциального диагноза заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, периферической нервной системы челюстно-лицевой области;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с МКБ-10 на основании полученных данных основных и дополнительных методов обследования;
- определять показания к применению медикаментозных, немедикаментозных, физиотерапевтических методов лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, с аномалиями и приобретенными деформациями костей и мягких тканей челюстно-лицевой области;
- разработать и обосновать схему, план и тактику ведения больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, с аномалиями и приобретенными деформациями костей и мягких тканей челюстно-лицевой области;
- выявлять клинические признаки острой и хронической черепно-лицевой боли соматического, нейрогенного и психогенного характера;
- проводить осмотр, назначение клинического и инструментального обследования в полном объеме пациентам с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области;
- интерпретировать результаты основных и дополнительных методов обследования пациентов для проведения дифференциальной диагностики у пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с МКБ-10 на основании полученных данных основных и дополнительных методов обследования пациентам с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области;
- определять показания к применению медикаментозных, немедикаментозных, хирургических методов лечения с целью оказания ургентной помощи;
- разработать и обосновать схему, план и тактику ведения пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Должен владеть:

- навыками общего осмотра пациента с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, с аномалиями и приобретенными деформациями костей и мягких тканей челюстно-лицевой области;
- навыками формирования комплексного плана лечения пациента с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, с аномалиями и приобретенными деформациями костей и мягких тканей челюстно-лицевой области;
- алгоритмом выполнения блокады ветвей тройничного нерва с целью лечения и предупреждения развития болевого синдрома;
- выполнять ушивание ран на коже лица, слизистой оболочке полости рта;
- алгоритмом определения показаний к госпитализации больного и его подготовка для направления в специализированный стационар;
- навыками осмотра пациента с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области;
- навыками формирования комплексного плана лечения пациента с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области;
- алгоритмом проведения дифференциальной диагностики пациентам с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области;
- выполнять хирургическое лечение пациентов в условиях стационара;
- методами ранней послеоперационной реабилитации пациентов с воспалительными заболеваниями головы и шеи.

Перечень тематик докладов/устных реферативных сообщений для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

Тема 1 Методы обследования в челюстно-лицевой хирургии

1. Правила сбора жалоб и анамнеза при обследовании больного с патологией челюстно-лицевой области
2. Методы и порядок проведения осмотра больного с патологией челюстно-лицевой области
3. Алгоритм обследования больных
4. Психологические аспекты общения с пациентами
5. Варианты обследования пациентов с патологией челюстно-лицевой области
6. Показания и противопоказания для проведения дополнительных методов обследования
7. Диагностические возможности дополнительных методов обследования в челюстно-лицевой хирургии
8. Предварительный диагноз. Понятие, критерии постановки
9. Предварительный диагноз. Понятие, критерии постановки

Тема 2 Повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области.

1. Ушибы мягких тканей. Классификация гематом. Механизм возникновения
2. Раны челюстно-лицевой области. Классификация.
3. Особенности первичной хирургической обработки в челюстно-лицевой области
4. Правила ведения истории болезни
5. Экспертиза временной нетрудоспособности. Правила выдачи больничного листа

Тема 3 Травматические повреждения челюстей

1. Транспортная иммобилизация: подручные средства. Способы применения
2. Применение не стандартных шин при транспортной иммобилизации.
3. История болезни больного в отделении челюстно-лицевой хирургии. Особенности ведения.
4. Показания к проведению экспертизы временной нетрудоспособности

Тема 4 Травматические повреждения костей средней зоны лица. Сочетанная черепно-мозговая травма

1. Средняя зона лица. Контрофорсы верхней челюсти
2. Фиксирующие повязки при переломах костей носа
3. Биомеханика черепно-мозговой травмы
4. Временная нетрудоспособность больных с черепно-мозговой травмой

Тема 5 Восстановительная хирургия лица.

1. Показания и противопоказания к пластическим операциям.
2. Планирование пластических операций
3. Техника взятия кожного лоскута при свободной пересадке кожи
4. Биология жизнеспособности филатовского стебля

Тема 6 Костная пластика челюстей

1. Остеопластические материалы в челюстно-лицевой хирургии
2. Современные методы фиксации костного трансплантата

Тема 7 Гнатическая хирургия

1. Причины возникновения зубочелюстных аномалий
2. Виды патологического прикуса.
3. Операции остеотомии. Показания и противопоказания

Тема 8 Медикаментозное лечение больных с патологией челюстно-лицевой области. Методы оказания помощи при неотложных состояниях, чрезвычайных ситуациях,

эпидемиях и в очагах массового поражения

1. Антибиотикотерапия в комплексном лечении больных с патологией челюстно-лицевой области
2. Неотложная хирургическая помощь в экстремальных ситуациях. Принцип оказания медицинской помощи в очаге чрезвычайной ситуации
3. Структура и характер хирургической патологии в чрезвычайных ситуациях
4. Неотложная хирургическая помощь в экстремальных ситуациях.
5. Критерии эффективности и безопасности проводимой фармакотерапии при травмах челюстнолицевой области
6. Лекарственные препараты, применяемые в комплексном лечении больных с патологией челюстно-лицевой области.
7. Способ обезболивания при длительных и травматических операциях в челюстно-лицевой области.

Тема 9 Осложнения травматических повреждений челюстно-лицевой области

1. Травматический остеомиелит. Операция секвестрэктомия.
2. Асфиксия. Виды. Причины. Клинические проявления. Оказание неотложной помощи.
3. Оказание помощи при кровотечениях.
4. Местные осложнения ранений челюстно-лицевой области
5. Алгоритм составления отчета о своей работе
- 3.2. Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости

Тема 1. Методы обследования в челюстно-лицевой хирургии

Ситуационная задача 1

Больной жалуется на боли и припухлость в области нижней челюсти справа, затрудненное открывание рта, головокружение. Объективная картина соответствует перелому нижней челюсти. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

Ответ: Панорамная рентгенография, рентгенография нижней челюсти в трех проекциях

Ситуационная задача 2

Больной, 45 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, деформацию нижнего отдела лица слева. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти слева, размером в области отсутствующих 3.6, 3.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

1. Какие методы обследования необходимы?
2. Составьте алгоритм обследования больного

Ответ

1. Компьютерная томография
2. Клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти слева. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата? в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?

Ситуационная задача 3

Юноша Д., 16 лет. Жалобы на боль в области нижней челюсти с двух сторон, кровотечение из

полости рта, невозможность плотного смыкания зубных рядов. Из анамнеза: около получаса назад в драке получил удар кулаком в область нижней челюсти справа. Сознания не терял.

1.Опишите рентгенограмму

2.Укажите, какие дополнительные диагностические мероприятия необходимы для уточнения диагноза. Укажите возможные результаты дополнительного обследования.

Ответы

1.На ортопантограмме определяются две линии перелома тела нижней челюсти, проходящие на уровне зачатков зубов 38 и 48.

2.Осмотр лица с целью выявления асимметрии нижнего отдела лица, внешних повреждений кожи лица, гематомы в области удара.

Ситуационная задача 4

Больной, 20 лет, обратился с жалобами на косметический дефект вследствие деформации нижней половины лица, затруднения при откусывании пищи, нарушение речи. При обследовании выявляется выступание верхней челюсти вперед по отношению к нормально развитой нижней челюсти. Передняя группа зубов на верхней челюсти выступает вперед, режущие края которых касаются нижней губы. Верхняя губа укорочена и несколько вздернута вверх, губы не смыкаются.

1.Какие методы обследования еще необходимо провести?

2. Поставьте предварительный диагноз

Ответ

1.Прежде чем приступить к операции по поводу устранения верхней прогнатии необходимо установить границы вмешательства и воспроизвести перемещение отрезка челюстей на гипсовых моделях.

2.На основании описанной клинической картины можно предположить верхнюю прогнатию.

Ситуационная задача 5

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

1. Поставьте диагноз.

2. Перечислите возможные виды фиксации фрагментов.

Ответ.

1. Перелом левой скуловой кости со смещением.

2. Все вышеперечисленное. протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Тема 2. Повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области

Ситуационная задача 1

В отделение челюстно-лицевой хирургии обратился больной с жалобами на боль и кровотечение в области верхней губы. Травму получил 2 часа назад на тренировке. Сознания не терял. При осмотре имеется сквозная рана в области верхней губы. В момент осмотра кровотечения нет. Поставьте предварительный диагноз. Составьте план лечения. Заполните необходимую документацию.

Ответ:

1.рвано-ушибленная рана верхней губы

2.ПХО раны, назначение противовоспалительного лечения.

3.Сделана запись в истории болезни. Выдана выписка и даны рекомендации

Ситуационная задача 2

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

1.Поставьте диагноз.

2.Перечислите возможные осложнения оперативного лечения?.

3.Методы послеоперационного ведения?

4.Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

Ответ

1.Мукозогенная контрактура нижней челюсти.

2.Непосредственно во время хирургического вмешательства – кровотечение, недостаток пластического материала. В ближайшем послеоперационном периоде возможно инфицирование, ишемия или некроз пересаженных тканей. Отдалённые осложнения – рубцовая деформация.

3.В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия.

4.Выдан больничный лист

Ситуационная задача 3

В приемное отделение обратился пациент 44 лет после бытовой механической травмы. По наружной поверхности левой щеки имеется поверхностный дефект кожи размерами 2х2 см, дно которого представлено розовой плотной тканью с красными точками. Кровотечение капиллярное, скудное. Боль умеренная. Ваш предварительный диагноз? Как оказать первую помощь?

Ответ

Описание дна дефекта кожи соответствует сосочковому слою дермы и не соответствует подкожно-жировой клетчатке, фасции и прочим расположенным глубже тканям. Следовательно, у пациента механическое повреждение не проникающее глубже кожи, то есть ссадина. Ссадина не подлежит хирургическому лечению. При отсутствии видимых загрязнений ее края следует обработать каким-либо кожным антисептиком, а на ее поверхность наложить повязку с нейтральной мазью. Возможно заживление ссадины «под струпом», однако дублирование дефекта таких размеров без анестезии может оказаться крайне болезненным. Кроме того, необходимо рассмотреть вопрос об экстренной профилактике столбняка.

Ситуационная задача 4

Больная К, упала и ударилась о мраморную ступеньку. Обратилась в поликлинику с жалобами на боль в области верхней губы, кровотечение. При осмотре разрывы красной каймы и слизистой оболочки, кровотечение из раны.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Составьте план лечения

3.Проведите экспертизу временной нетрудоспособности, заполните необходимую документацию.

Ответ

1.Рвано-ушибленная рана верхней губы

2. ПХО раны, противовоспалительное лечение

3. Выдан больничный лист. Заполнена история болезни, назначено лечение

Ситуационная задача 5

Больной Н. 20 лет, обратился с жалобами на припухлость нижней и верхней губ, на приступообразные боли иррадиирующего характера в области фронтальных зубов верхней челюсти. Из анамнеза выявлено, что 5 часов тому назад получил удар в лицо. Сознание не терял, тошноты не было. Объективно: отек мягких тканей верхней и нижней губы. На красной кайме верхней губы – рана глубиной около 1 см. Рот открывается в полном объеме. Перелом коронки 21 зуба в области латерального угла коронки, корневая пульпа обнажена, резкая боль от прикосновения, на температурные раздражители. 11 смещен в небную сторону, резкая боль при перкуссии, из-под десны сукровичное отделяемое. Скол медиального угла режущего края в пределах дентина 12 зуба, зондирование болезненно. Клыки, премоляры и моляры верхней челюсти устойчивы, интактны. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений.

18 17 16 15 14 13 12 11 □ 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 □ 31 32 33 34 35 36 37 38

П П

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Окажите неотложную помощь.
3. Заполните необходимую документацию
4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

Ответ.

1. Рвано – ушибленная рана верхней губы. Перелом коронки 21, 12. Острый травматический пульпит 21. Неполный вывих, дистопия 11.
3. ПХО раны верхней губы. Репозиция 11, фиксация фронтальных зубов верхней челюсти шиной-каппой, проволочной шиной и др. 21 - экстирпация пульпы, пломбирование корневого канала, его подготовка для реставрации или последующего протезирования.
4. заполнение истории болезни и медикаментозных назначений
5. Выдать больничный лист

Тема 3. Травматические повреждения челюстей

Ситуационная задача 1

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

1. Предварительный диагноз?
2. План оказания неотложной помощи?
3. План лечения, реабилитации, диспансерного наблюдения?
4. Заполните историю болезни. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

Ответ:

1. Диагноз: двусторонний перелом нижней челюсти со смещением центрального отломка, механическая асфиксия, острая дыхательная недостаточность 2 стадии.
2. Алгоритм действий по устранению асфиксии у пациента с челюстно-лицевой травмой: санация полости рта и достижимых аэродигестивных путей вручную или электроотсосом, тракция языка кпереди вручную или языкодержателем, коникотомия, трахеотомия. Переход к последующей манипуляции осуществляется при неэффективности предыдущей. После восстановления внешнего дыхания проводится интенсивная терапия для компенсации жизненно важных функций. У пациента следует предполагать наличие дислокационной асфиксии вследствие двустороннего перелома нижней челюсти из-за смещения центрального отломка и массива тканей дна рта и языка кзади.
3. Репозиция отломков, способ фиксации: двучелюстное шинирование, или остеосинтез при невозможности шинирования (отсутствие зубов, значительное смещение, интерпозиция мягких тканей), иммобилизация теменно-подбородочной пращой. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия, бронхолитики, коррекция КЩС.
4. Выдан больничный лист. Заполнена история болезни, назначено лечение

Ситуационная задача 2

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

1. Предположительный диагноз?
2. План лечения?
3. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

Ответ:

1. Диагноз: открытый травматический перелом нижней челюсти во фронтальном отделе без смещения. У пациента имеется патогномичный признак перелома (крепитация в области подбородка при выполнении нагрузочных проб). Сохранение адекватного прикуса в данной ситуации объясняется динамически и статически равной тягой мышц левой и правой стороны.
2. Репозиция при отсутствии смещения не проводится. Способы фиксации: моношина на нижнюю челюсть, двучелюстная шина (при небольшом смещении), теменно-подбородочная повязка (при отказе от шинирования), остеосинтез (при отсутствии зубов, значительном смещении, интерпозиции мягких тканей, патологическом заживлении), иммобилизация: межчелюстное эластическое вытяжение, теменно-подбородочная праща. Рентгенологический контроль консолидации через 4 недели. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия.
3. Выдан больничный лист. Заполнена история болезни, назначено лечение

Ситуационная задача 3

Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на боль и отек в подбородочном отделе нижней челюсти. Из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил удар в область нижней челюсти. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. Нарастающий отек в области подбородка и болезненность в области передних нижних зубов заставили больного обратиться за помощью. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции и простудные заболевания, а также на то, что за 8 месяцев до последней травмы был перелом скуловой кости слева. При осмотре определяется гематома в области подбородка, нарушения целостности мягких тканей и слизистой оболочки нижней губы не выявлено. Имеется нарушение прикуса вследствие незначительного смещения фрагментов во фронтальном отделе между 41 и 31. Определяется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти, сопровождающаяся значительной болезненностью. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - щель перелома между центральными резцами нижней челюсти, переходящая к нижнему краю, отклоняясь от средней линии вправо и заканчивается в области правого резца. Подвижности костных фрагментов на месте бывшего перелома скуловой кости слева нет, при рентгенологическом исследовании этой области определяется утолщение костной ткани, полная консолидация.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ответ.

1. Диагноз: перелом нижней челюсти во фронтальном отделе со смещением отломков.
2. Шинирование челюстей с наложением межчелюстной резиновой тяги. Проведение общей антибактериальной терапии и физиотерапии на область перелома.

Ситуационная задача 4

Больной, 20 лет, в результате аварии получил травму нижней челюсти. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. На третьи сутки после травмы обратился в травматологический пункт по месту жительства и был направлен в специализированную клинику. За 6 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти слева в области 37. Рот открывается до 1,5 см., пальпаторно определяется болезненность в области мышечкового отростка слева. При нагрузке на подбородок возникает боль в области мышечкового отростка нижней челюсти слева. 37 отсутствует, остальные зубы неподвижны, в прикусе, патологической подвижности на месте бывшего перелома нет, но имеется утолщение кости. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - щель перелома в области основания мышечкового отростка нижней челюсти слева. Малый фрагмент смещен кпереди и кнутри.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Составьте план лечения.

Ответ.

1. Перелом нижней челюсти слева в области основания мыщелкового отростка со смещением.
2. Наложение бимаксилярных назубных шин с зацепными петлями, межзубная распорка на поврежденной стороне в области боковых зубов, межчелюстная эластическая тяга. Может быть поставлен вопрос об оперативном остеосинтезе.

Ситуационная задача 5

В клинику обратился больной, 32 лет, с жалобами на болезненное и неполное открывание рта. Из анамнеза выяснено, что трое суток назад получил удар в подбородок. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. Около 7 месяцев назад был перелом нижней челюсти справа в области 48. При осмотре определяется небольшая ссадина на коже подбородка слева. Рот открывается на 2,0 см., более широкое открывание рта затруднено и болезненно. При открывании рта нижняя челюсть смещается влево. Пальпаторно определяется болезненность в области передней поверхности ветви слева и в области венечного отростка. Прикус заметно не нарушен, 48 отсутствует. При пальпации в области нижней челюсти справа в области ее угла определяется безболезненное утолщение кости.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Составьте план лечения.

Ответ.

1. Перелом нижней челюсти слева в области венечного отростка.
2. Наложение бимаксилярных назубных шин с зацепными петлями и межчелюстная фиксация.

Тема 4. Травматические повреждения костей средней зоны лица. СЧМТ

Ситуационная задача 1

В приемное отделение попутным транспортом доставлен пострадавший 28 лет в тяжелом состоянии. Был сбит машиной около 20 мин назад. Сознание спутанное, жалуется на головную боль. Со слов пострадавшего, ударился головой и потерял сознание. Осмотр груди, живота, конечностей – без особенностей. В правой надбровной области – ссадина и внутрикожное кровоизлияние (экхимоз). Лицо ассиметрично за счет отека правой половины. Глотание затруднено, пострадавший поперхивается слюной. Имеется девиация языка влево. Пульс 88 в мин. АД 150/95. Ваш предварительный диагноз? Как поступить далее? Заполните историю болезни. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

Ответ

У пострадавшего имеется достоверный симптом черепно-мозговой травмы (потеря сознания). Вероятно, имеются симптомы очагового поражения головного мозга (поперхивание и девиация языка), которые при черепно-мозговой травме являются признаками ушиба головного мозга. Пострадавший должен быть экстренно госпитализирован в отделение нейрохирургии. Заполните историю болезни.

Выдан больничный лист. Заполнена история болезни, назначено лечение

Ситуационная задача 2

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Виды оперативного вмешательства, показанные в данном случае.
3. Заполните историю болезни. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

Ответ.

1. Перелом левой скуловой кости со смещением.
2. Репозиция скуловой кости крючком Лимберга или элеватором Карапетяна. Радикальная синусотомия с репозицией фрагментов скуло-орбитального комплекса. Фиксация их может

осуществляться на йодоформном тампоне, титановыми минипластинами, проволоочными швами, скобами с памятью формы или комбинацией вышеперечисленных способов.

3. Выдан больничный лист. Заполнена история болезни, назначено лечение

Ситуационная задача 3

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

1. Предположительный диагноз?

2. План лечения?

3. Заполните историю болезни. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

Ответ:

1. Сочетанная травма: закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Перелом верхней челюсти по Ле-Фор II (по средней линии слабости, среднего типа) со смещением.

2. Лечение: холод местно (1 сутки), одномоментная репозиция и фиксация двучелюстной назубной шиной, иммобилизация теменно-подбородочной пращой. При значительном смещении, интерпозиции мягких тканей, многооскольчатом переломе - открытая репозиция с металлоостеосинтезом. Лечение сочетанных повреждений смежных областей специалистами по профилю. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия. Иммунопрофилактика столбняка по показаниям.

3. Выдан больничный лист. Заполнена история болезни, назначено лечение

Ситуационная задача 4

Пациент А., 35 лет. Доставлен реанимобилем в приемное отделение областной больницы, пострадал в ДТП. Объективно: состояние тяжелое, уровень сознания— кома 1 стадии, дыхание поверхностное, ЧД— 24/мин, тоны сердца ритмичные, ЧСС— 50/мин, АД 100/50 мм.рт.ст. Ссадины на коже лба, во рту - рвотные массы, прикус не нарушен, признаков повреждения слизистой оболочки рта нет. Обзорная краниограмма: перелом теменной кости слева и нижней челюсти в области угла слева без смещения.

1. Диагноз?

2. План лечения?

3. Заполните историю болезни. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

Ответ:

1. Черепно-мозговая травма тяжелой степени

2. План лечения: в первую очередь, необходимо провести коррекцию витальных функций. Для профилактики асфиксии необходимо санировать верхние дыхательные пути. При неадекватном спонтанном дыхании - интубация, по показаниям - перевод на ИВЛ. Катетеризация центральной и/или периферической вены, при невозможности - венепункция. Катетеризация мочевого пузыря. Специализированное лечение челюстно-лицевой травмы проводят только при стабилизации гемодинамических показателей, так как ранние активные действия могут привести к усугублению состояния пациента. После стабилизации состояния пациента - рентгенологический контроль зоны перелома (возможно появление смещения отломков в период реанимации). Репозиция отломков при отсутствии смещения не проводится. Фиксация методом назубного двучелюстного шинирования. Иммобилизация методом межчелюстного эластического вытяжения, шиноподбородочной пращой. Антибактериальная терапия.

3. Выдан больничный лист. Заполнена история болезни, назначено лечение

Ситуационная задача 5

Больной, 35 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозможность сомкнуть челюсти. Из анамнеза выяснено, что накануне ночью был избит, сознание не терял. Из перенесенных заболеваний отмечает: детские инфекции, частые простудные заболевания, аппендэктомия. В настоящее время считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица, кровоизлияния в область нижних век с обеих сторон. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, по типу открытого прикуса. При пальпации костей средней зоны лица подвижности фрагментов не отмечается, но имеется резкая болезненность. В области спинки носа определяется симптом “ступеньки”. При пальпации со стороны полости рта определяется подвижность верхней челюсти. Имеются кровянистые выделения из носа.

1. Проведите обоснование диагноза, каких данных недостает для постановки диагноза?

2. Поставьте диагноз.

3. Наметьте план лечения.

Заполните историю болезни. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

Ответ.

1. Выраженный отек среднего отдела лица с кровоизлияниями по нижним векам, нарушение прикуса, подвижность верхней челюсти, наличие кровянистых выделений из наружных носовых ходов без примеси спинномозговой жидкости обосновывает данное патологическое состояние. Недостает данных рентгенологического обследования.

2. Перелом верхней челюсти по Ле Фор II.

3. Назубные бимаксиллярные шины с зацепными петлями и межчелюстной фиксации и с обязательным применением працевидной повязки Померанцевой-Урбанской. Медикаментозное лечение включает в себя антибиотики, сульфаниламиды, десенсибилизирующие средства, поливитамины. Также показана физиотерапия.

4. Выдан больничный лист. Заполнена история болезни, назначено лечение

Тема 5. Восстановительная хирургия лица

Ситуационная задача 1

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

1. Какой вид современного хирургического лечения показан в данном случае?

2. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции? Какие методы реабилитации возможно применить в данном случае?

Ответ

1. В данном случае для устранения дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.

2. Гранулирующую поверхность после ожогов III степени желательно закрывать как можно раньше. Послеоперационный период необходимо дополнить санотомо-курортное лечение

Ситуационная задача 2

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

1. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?

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

Ответ

1. В данном случае для устранения дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.

2. Гранулирующую поверхность после ожогов III степени желательно закрывать как можно раньше

Ситуационная задача 3

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

1. На основании клинической картины поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения с использованием современных методов

Ответ

1. Посттравматический дефект нижней губы (укушенная рана). Травматический откол коронковой части 4.2, 3.1. Подвывих 4.1. Полный вывих 3.2.
2. Тщательная антисептическая и хирургическая обработка раны до кровоточащих тканей. Выполняются дугообразные разрезы слизистой оболочки с дополнительными разрезами в виде "Z" у основания этих разрезов. Таким образом, восстанавливается внутренняя выстилка и красная кайма губы. Накладываются кетгутовые швы на мышечный слой, наружная рана закрывается перемещением двух встречных треугольных лоскутов с углами боковых разрезов 30° и 90°, выкроенных в области подбородка, т.е. у нижнего края раны. Депульпирование 4.2, 4.1, наложение гладкой короткой шины от 4.3 до 3.3 для удержания 4.1. Необходимо провести курс прививок антирабической сыворотки.

Ситуационная задача 4

В клинику доставлен больной с осколочным ранением челюстно-лицевой области, отмечается отрыв подбородочного отдела нижней челюсти с окружающими мягкими тканями.

- 1) Какие виды современного оперативного лечения можно использовать?
- 2) Определите сроки оперативного вмешательства.

Ответ

- 1) а) формирование филатовского стебля для устранения дефекта, а затем костная пластика; б) одномоментная пластика сложным тканевым комплексом на микрососудистой анастомозе (ребро подбородочной кости).
- 2) По возможности как можно раньше. В случае развития признаков гнойного или гнойнонекротического процесса - после ликвидации воспаления.

Тема 6. Костная пластика челюстей

Ситуационная задача 1

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

Ответ

План лечения: а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата? в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подбородочной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?

Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для

трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев. Физиотерапевтическое лечение, ЛФК.

Ситуационная задача 2

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

1. Составьте план лечения больного с использованием современных методов

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

Ответ

1. План лечения: а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата? в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?

2. Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Тема 7. Гнатическая хирургия

Ситуационная задача 1

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

Какие варианты оперативного лечения?

Ответ

В тех случаях, когда центральные и боковые резцы не удовлетворяют косметическим требованиям, сохранение этих зубов нецелесообразно, может быть предпринято удаление их с коррекцией альвеолярного отростка и замещение зубов мостовидным протезом. Если фронтальная группа зубов удовлетворяет косметическим требованиям, их сохраняют (депульпируют с последующим пломбированием каналов корней). Лечение планируют по распространенным методам хирургического вмешательства по Кон-Стоку или Шухарду, которые состоят в удалении 1.4, 2.4 или 1.5, 2.5, остеотомии альвеолярного отростка верхней челюсти в области перемещаемых зубов. Альвеолярный отросток верхней челюсти вместе с зубами перемещается кзади, устанавливается в желаемой артикуляции с зубами фронтальной группы нижней челюсти, накладываются фиксирующие резиновой тягой бимаксиллярные проволочные шины с зацепными петлями, которые удерживают челюсти в правильном положении.

Ситуационная задача 2

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

1. Укажите основной метод лечения

Ответ

При правосторонней микрогении с нарушением прикуса (перекрестный прикус) используется основной метод хирургического лечения - правосторонняя остеотомия: ступенчатая остеотомия тела нижней челюсти справа, остеотомия ветви нижней челюсти справа со смещением челюсти вперед, удлинение тела нижней челюсти за счет костного (реберного) трансплантата.

Ситуационная задача 3

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

1. Составьте план лечения больного с использованием современных методов

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

Ответ

План лечения: а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата? в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?

Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Ситуационная задача 4

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

Ответ

Метод лечения — хирургический. Операция — остеотомия правой и левой ветвей нижней челюсти с обязательной одномоментной пластикой алло-, аутоотрансплантатами или эндопротезами для создания дистальной опоры челюсти.

Тема 8. Медикаментозное лечение больных с патологией челюстно-лицевой области.
Методы оказания помощи при неотложных состояниях, чрезвычайных ситуациях,

эпидемиях и в очагах массового поражения

Ситуационная задача 1

На химическом предприятии произошла производственная авария с выбросом в окружающую среду АОХВ, обнаружен пострадавший. Предъявляет жалобы на наличие раны в области шеи. Каким способом будут применены медицинские средства защиты при оказании медицинской помощи пострадавшему.

Ответ

1. Проведение частичной санитарной обработки открытых участков тела, и одежды физическим способом (обработка раствором ПДФ, ИПП-8,9,11.одежду, обработка паром и кипячением).

Ситуационная задача 2

Больной, 84 лет, доставлен в клинику с жалобами на общее недомогание, потерю аппетита, головокружение, наличие трещин на губах и языке, свищевого хода с гнойным отделяемым на альвеолярном отростке нижней челюсти справа в области премоляров, наличие новообразования в области первого моляра на слизистой оболочке альвеолярного отростка. Из анамнеза выяснено, что полтора месяца назад был перелом нижней челюсти в области 16,15, травму получил в зоне повышенной радиации (300 рад.), лечился в госпитале. При осмотре отмечается бледность кожи лица, наличие кровоточащих трещин на губах, участков некроза и покрытых зеленой слизью язв, новообразования на слизистой оболочке альвеолярного отростка в области первого моляра справа размером 2,0 x 3,0 см., плотно-эластической консистенции, наличие 33 свищевого хода с гнойным отделяемым этой же локализации.

1.Поставьте предварительный диагноз.

2.Составьте план лечения

Ответ.

1. Комбинированное радиационное поражение лучевая болезнь - III период, постлучевой остеорадионекроз нижней челюсти справа.

2. Между новообразованием и свищевым ходом связи нет, т.к. новообразование, по всей вероятности, соответствует эпюлису, который больной обнаружил за два года до травмы, а свищевой ход сформировался по мере развития постлучевого остеорадионекроза.

Ситуационная задача 3

Пациенту Ж., 37 лет, поступившему в стационар с диагнозом карбункул подбородочной области слева, проведена первичная хирургическая обработка гнойного очага. Рана дренирована марлевой турундой с гипертоническим раствором. Пациенту назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства, антикоагулянты, дезинтоксикационные средства, иммунокорректирующие препараты. При осмотре пациента утром лечащий врач констатировал, что, несмотря на проводимое лечение, его состояние не улучшилось. Объективно: конфигурация лица изменена за счет инфильтрата и отека подбородочной области слева, распространяющегося на прилежащие ткани щечной и поднижнечелюстной областей. Инфильтрат протяженностью 1,5 см болезненный при пальпации. Поднижнечелюстные, подподбородочные лимфатические узлы справа увеличены (0,4 × 0,5 см), болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями неспаяны. Кожа в области инфильтрата гиперемирована, отечна, спаяна с подлежащими тканями. На всем протяжении инфильтрата выполнен разрез, дренированный марлевой турундой с гипертоническим раствором. Рана закрыта стерильной повязкой с лейкопластырной фиксацией. На момент осмотра рана и повязка сухие, отделяемого по дренажу нет. Общее состояние пациента средней тяжести. Температура тела 37,6 °С. Какие лекарственные средства на современном этапе способны наиболее эффективно обеспечить отток гнойного экссудата из раны?

Ответ:

На современном этапе наиболее эффективно создать отток гнойного экссудата из раны могут

полиэтиленгликоли (левосин, левонорсин, левомиколь), обеспечивающие высокий осмотический эффект мазей на водорастворимой основе, который в 30 раз превышает таковой у гипертонических растворов.

Ситуационная задача 4

Пациент И., 27 лет, находится на лечении в отделении септической челюстно-лицевой хирургии по поводу острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти справа от зуба 4.8, осложненного абсцессом крыловидно-нижнечелюстного пространства. После проведения адекватной первичной хирургической обработки гнойного очага пациенту лечащим врачом была назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные, нестероидные противовоспалительные антигистаминные лекарственные средства, а также ежедневные перевязки.

1. Какие медикаментозные средства следует использовать при перевязках для инстилляций гнойной раны в фазе пролиферации и регенерации?
2. Какие виды антисептиков при лечении гнойной раны должны применяться в фазе регенерации?
3. Как обеспечить контроль за безопасностью и эффективностью назначенного лечения?

Ответ:

1. Для инстилляций гнойной раны в фазе пролиферации и регенерации используют изотонические растворы с анестетиками, ферменты, антисептики, антибиотики.
2. В фазе пролиферации и регенерации должны применяться следующие виды антисептики гнойной раны: химико-биологическая, биохимическая.
3. Назначать лекарственные препараты согласно клиническим рекомендациям, стандартам и инструкциям

Ситуационная задача 5

Пациентка Г., 57 лет, находится на лечении в отделении септической челюстно-лицевой хирургии по поводу острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти фронтального отдела от зубов 3.1, 4.1, осложненного флегмоной дна полости рта. Пациентке была проведена первичная хирургическая обработка гнойного очага, удалены причинные зубы 3.1 и 4.1.

1. Под каким методом обезболивания следует проводить хирургического лечение?
2. Какую схему комплексной терапии следует назначить пациентке в указанной клинической ситуации?

Ответ:

1. Внутривенный наркоз
2. Схема общей комплексной патогенетической терапии при флегмонах предусматривает следующие основные позиции: воздействие на микрофлору возбудителя антибактериальными лекарственными средствами (империческая антибактериальная терапия включает антибиотики широкого спектра действия, обладающие тропизмом к костной ткани, сульфаниламидные средства, в частности «Бисептол»); направленная антибактериальная терапия назначается после получения ответа на чувствительность микрофлоры пациента (посев из операционной раны) к антибактериальным препаратам); нестероидными противовоспалительными и антигистаминными средствами;
–дезинтоксикационную терапию;
–использование антикоагулянтов (с учетом данных коагулограммы) прямого или непрямого действия; повышение иммунобиологических свойств организма (иммунокорректирующие средства);
–общеукрепляющее воздействие на организм

Тема 9. Осложнения травматических повреждений челюстно-лицевой области

Ситуационная задача 1

Больной, 27 лет, обратился в клинику с жалобами на покраснение кожи и припухлость в нижнем отделе щечной области слева, болезненность в этой области, онемение кожи левой половины губы и зубов на нижней челюсти слева, боли в области нижней челюсти при приеме пищи,

общее недомогание, слабость, плохой аппетит. Из анамнеза выяснено, что месяц назад больной получил травму в области нижней челюсти справа и лечился в течение 10 дней в стационаре по поводу перелома нижней челюсти справа в области ментального отверстия, затем амбулаторно лечился в поликлинике по месту жительства, через 3 недели после шинирования сняли бимаксилярные шины, выписали на работу. Через неделю после этого появилась припухлость в области нижней челюсти слева, болезненность, обратился к стоматологу. При местном осмотре: лицо несколько асимметрично за счет припухлости в нижнем отделе щечной области слева. Кожа над припухлостью гиперемирована, уплотнена, пальпация несколько болезненна. Клинически подвижность фрагментов нижней челюсти слева в области предшествовавшего перелома не определяется. При рентгенологическом исследовании определяется тень в верхней трети линии перелома нижней челюсти слева в области ментального отверстия в стадии консолидации, по краю нижней челюсти слева определяется тень секвестра, размером 0,8х0,9 см, свободнолежащего и с окружающей костной тканью неспаянного.

2)Поставьте диагноз.

3)Наметьте план лечения.

Ответ

2)Травматический остеомиелит тела нижней челюсти слева.

3)Следует провести операцию секвестрэктомии, наряду с противовоспалительной и десенсибилизирующей терапией, в послеоперационном периоде показана общеукрепляющая терапия.

Ситуационная задача 2

Больной, 23 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость в подчелюстной области слева, покраснение кожи над ней, болезненность в области угла нижней челюсти слева, усиливающуюся при жевании. Из анамнеза выяснено, что месяц назад во время драки получил травму в области нижней челюсти слева. Неделю назад появилась припухлость в подчелюстной области слева, озноб, температура до 37,5°C, больной самостоятельно принимал антибиотики дома. При местном осмотре: лицо асимметрично за счет припухлости в подчелюстной области слева, кожа гиперемирована, в складку не собирается, определяется плотный болезненный при пальпации инфильтрат, размером 6,0х7,0 см. Пальпация болезненна. При рентгенологическом исследовании определяется тень линии перелома в области угла нижней челюсти слева, расхождение фрагментов нижней челюсти 0,6 см, в области перелома видны тени трех свободнолежащих секвестров, размером 0,3х0,4 см.

1)Поставьте диагноз.

2)Наметьте план лечения.

Ответ

1)Травматический остеомиелит нижней челюсти слева. Несросшийся перелом угла нижней челюсти слева.

2)Следует удалить секвестры, наложить аппарат внеочаговой фиксации и провести противовоспалительную, общеукрепляющую терапию.

Ситуационная задача 3

Больной, 45 лет, обратился в клинику с жалобами на наличие рубцовой деформации скуловой и инфраорбитальной области, затруднение носового дыхания, чувство тяжести и боли в подглазничной области справа, гнойное отделяемое из носа, приступообразные самопроизвольные боли в области первого верхнего правого моляра. Из анамнеза выяснено, что полтора месяца назад получил травму лица во время автокатастрофы, первичную хирургическую обработку и репозицию фрагментов проводили в стационаре, отмечает осложненное течение послеоперационного периода, был вскрыт абсцесс подглазничной области. При осмотре: конфигурация лица изменена за счет припухлости в подглазничной области справа, отмечается наличие рубцовой деформации подглазничной и скуловой областей справа. Пальпация слабо болезненна. В полости рта: в 16 зубе, имеется пломба на жевательной поверхности, при исследовании зондом пломба удалена, зондирование полости резко болезненно, перкуссия безболезненна. При рентгенологическом исследовании отмечается

значительное понижение прозрачности верхнечелюстной пазухи справа, в периапикальных тканях в области шестого верхнего зуба справа патологических изменений нет.

- 1)Проведите обоснование диагноза для предотвращения профессиональных ошибок
- 2)Поставьте диагноз.
- 3)Какая показана операция?
- 4)Имеет ли значение для составления плана лечения состояние 16 зуба?

Ответ

- 1)Жалобы больного свидетельствуют о воспалительном процессе в верхнечелюстной пазухе справа, данные анамнеза указывают на травматическую этиологию воспаления, данные местного осмотра и рентгенологической картины (понижение прозрачности пазухи) свидетельствуют о том же.
- 2)Травматический синусит верхнечелюстной пазухи справа.
- 3)Гайморотомия с наложением соустья с правым нижним носовым ходом.
- 4)Состояние соответствует, по всей вероятности, пульпиту и для составления плана лечения синусита значения не имеет, хотя требует неотложной помощи.

Ситуационная задача 4

У пациента, 36 лет, пулевое ранение в области нижней челюсти. Клинически определяется двухсторонний ангулярный перелом нижней челюсти с выраженным смещением ветвей нижней челюсти кнутри. Центральный фрагмент смещен кзади. Кровотечение из раневого канала незначительно. Больной в сознании, отмечает затруднение дыхания, определяется бледность кожных покровов. Нарастает дыхательная недостаточность.

- 1)Чем вызвано появление затрудненного дыхания?
- 2)Какой вид асфиксии можно предположить в данном случае?

Ответ

- 1)Смещение фрагментов нижней челюсти.
- 2) Дислокационная асфиксия.

Ситуационная задача 5

В клинику доставлен пострадавший, 45 лет, с осколочно-пулевым слепым ранением челюстно-лицевой области. Осколок огнестрельного снаряда попал в толщу мягких тканей корня языка. Раненый в сознании. Отмечается незначительное кровотечение, нарастает дыхательная недостаточность.

- 1)Чем обусловлено появление затрудненного дыхания? Какой вид асфиксии здесь является ведущим?
- 2)Каким должно быть положение тела раненого во время транспортировки с поля боя?

Ответ

- 1)Стенотическая асфиксия - обусловленная нарастанием отека корня языка.
- 2)Набок на стороне поражения лицом вниз

Рекомендуемая литература.

Перечень основной литературы:

1. Афанасьев, В. В. Травматология челюстно-лицевой области : руководство / В. В. Афанасьев. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2010. – 256 с. – ISBN 978–5–9704–1478–1. –URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414781.html>. – Текст: электронный.
2. Иванов, С. Ю. Антибиотикотерапия и антибиотикопрофилактика гнойной инфекции в челюстно-лицевой хирургии : учебное пособие / С. Ю. Иванов. – Москва : ГЭОТАР– Медиа, 2017. – 112 с. – ISBN 978–5–9704–3816–9. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438169.html>. – Текст: электронный.
3. Иванов, С. Ю. Реконструктивная хирургия альвеолярной кости / С. Ю. Иванов, А.А.Мураев, Н. Ф. Ямуркова. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2016. – 360 с. – ISBN 978–5–9704–3813–8. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438138.html>. – Текст: электронный.

4. Семкин, В. А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / В. А. Семкин, С.И.Волков. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2016. – 288 с. – ISBN 978–5–9704–3915–9. – URL:<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439159.html>. – Текст: электронный.
5. Челюстно-лицевая хирургия : учебник / под редакцией А. Ю. Дробышева, О.О.Янушевича. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2018. – 880 с. – ISBN 978–5–9704–4081–0. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970440810.html>. – Текст: электронный.

Перечень дополнительной литературы:

1. Аржанцев, А. П. Рентгенологические исследования в стоматологии и челюстнолицевой хирургии : атлас / А. П. Аржанцев. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2016. – 320 с. – ISBN 978–5–9704–3773–5. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437735.html>. – Текст: электронный.
2. Бичун, А. Б. Неотложная помощь в стоматологии / А. Б. Бичун, А. В. Васильев, В.В.Михайлов. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2014. – 320 с. – ISBN 978–5–9704–3035–4. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430354.html>. – Текст: электронный.
3. Бичун, А. Б. Экстренная помощь при неотложных состояниях в стоматологии / А.Б.Бичун, А. В. Васильев, В. В. Михайлов. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2017. – 320 с. – ISBN 978–5–9704–4126–8. – URL:<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970441268.html>. – Текст: электронный.
4. Епифанов, А. В. Медицинская реабилитация : учебник / А. В. Епифанов, Е.Е.Ачкасов, В. А. Епифанов. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2015. – 672 с. – ISBN 978–5–9704–3248– URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432488.html>. – Текст: электронный.
5. Одонтогенные кисты челюстей : учебное пособие / под редакцией Э. А. Базикиана. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2018. – 80 с. – ISBN 978–5–9704–4333–0. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970443330.html>. – Текст: электронный.
6. Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология : учебное пособие / под редакцией В. А. Козлова, И. И. Кагана. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2019. – ISBN 978–5–9704–4892–2. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970448922.html>. – Текст: электронный.
7. Трутьев, В. П. Рентгеноанатомия и рентгенодиагностика в стоматологии : учебное пособие/ В. П. Трутьев. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2017. – 216 с. – ISBN 978–5–9704–4102–2. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970441022.html>. – Текст: электронный.
8. Черепно-лицевая хирургия в формате 3D : атлас / В. А. Бельченко, А. Г. Притыко, А.В. Климчук, В. В. Филлипов. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2010. – 224 с. – ISBN 978–5–9704–1692–1. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970416921.html>. – Текст: электронный.

Интернет-ресурсы:

1. <http://rudocor.net/> - Медицинский портал
2. <http://www.e-reading.club/> - Большая онлайн библиотека
3. <http://www.pubmed.com/> - база данных полнотекстовых статей по медицине
4. <http://www.spravocnikpolekarstvam.ru/> - бесплатный фармакологический справочник онлайн
5. <https://dic.academic.ru/> - Словари и энциклопедии
6. <https://www.rmj.ru/> - Русский медицинский журнал