

**Министерство Здравоохранения Республики
Узбекистан
Ташкентская Медицинская Академия
Кафедра хирургической стоматологии**

«Утверждаю»
Проректор по учебной работе
проф. Тешаев О.Р.

«_____» _____ 2006 г.

**Область знаний
720000- «Здравоохранение»
по направлению-5720400 - «Стоматологическое дело»**

**Рабочая программа
по хирургической стоматологии**

Ташкент 2007 г.

Составители: Профессор Азимов М.И., профессор Абдуллаев Ш.Ю., доцент Садыкова Х.К., доцент Махкамов М.Э., доцент Дадамов А.Д.

Рецензенты: профессор Худояров И.А.,
профессор Ирсалиев Х.И.

Рабочая программа составлена на основании типовой программы «_____»
_____200_ г. обсуждена на _____ секции ЦМК Ташкенской
Медицинской Академии (протокол №_____) и утверждена на Ученом
Совете ТМА. Протокол № _____ от «_____» _____200_ г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПО ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

I. ПРЕДИСЛОВИЕ.

Рабочая программа предназначена для преподавания стоматологии и оперативной челюстно-лицевой хирургии в медицинских вузах студентам 5 курса стоматологического факультета на 9 и 10 семестрах. Программа составлена на основе Государственного образовательного стандарта и квалификационной характеристики подготовки врача—стоматолога общей практики. Она предусматривает формирование у студентов научных знаний о хирургическом лечении заболеваний челюстно-лицевой области и об основах оперативной челюстно—лицевой хирургии. Материалы по стоматологии и оперативной челюстно-лицевой хирургии изучается в логической связи с медико-биологическими и клиническими дисциплинами и реализуется путем нацеления студентов на овладение основными навыкам, достаточным для амбулаторно—поликлинического приема хирургических стоматологических больных.

ЗАДАЧИ:

- подготовить врача-стоматолога общей практики, владеющего теоретическими и практическими знаниями по основным разделам хирургической стоматологии и оперативной челюстно-лицевой хирургии, знающего структуру системы здравоохранения Республики Узбекистан, способного оказывать амбулаторно-поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь. Задачи обучения:
- обучить основам организации кабинетов (отделений) хирургической стоматологии в стоматологических поликлиниках, а также стационарных отделений челюстно-лицевой хирургии;
 - обучить методам обследования больных в практике хирургической стоматологии;
 - обучить методам лечения хирургических стоматологических больных в условиях поликлиники и умении их применение в каждодневной практике;
 - обучить методам определения показаний к госпитализации больных в челюстно-лицевой стационар и подготовки их к госпитализации;
 - ознакомить способами лечения больных в челюстно—лицевом стационаре и обучить методам реабилитации после их выписки из стационара

II. СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

ЛЕКЦИЯ N 1

ТЕМА: ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ЕЕ СОДЕРЖАНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. ХИРУРГИЧЕСКИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И МЕСТО ИХ ПРОВЕДЕНИЯ

Количество часов - 2 часа

1. ЦЕЛЬ:

Ознакомить студентов с содержанием предмета ХС и его связи с другими дисциплинами, с особенностями и структурой организации стоматологической службы населению Республики Узбекистан, а также организационной структурой хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники, особенностями учета и анализа работы хирурга стоматолога работающего в них.

2. ЗАДАЧИ:

- Рассмотреть содержание предмета, ее связи с другими специальностями, этапы развития ХС в РУз и во всем мире;

- Обсудить организационную структуру стоматологической службы населению РУз с выделением ее региональных особенностей, а также место и роли в ее структуре хирургической стоматологии;

- Проанализировать структуру, правила организации работы хирургического стоматологического отделения (кабинета) поликлиники, стоматологического стационара. Обратить внимание на особенности асептики и антисептики в стоматологических учреждениях;

- Обсудить особенности организации хирургического приема в стоматологических кабинетах в составе общесоматических лечебно-профилактических учреждениях республики;

- Продемонстрировать схему организации стоматологической службы в РУз, варианты организации кабинета хирургической стоматологии в поликлинике, а также операционной, чистой и гнойной перевязочной в стационарах.

3. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ:

- Студенты должны знать содержание предмета хирургической стоматологии, его связь с другими дисциплинами и структуру организации стоматологической помощи в Республике Узбекистан;

- Освоить основные требования к организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) в поликлиниках, а также знать основные требования к асептики и антисептики в них;

- Освоить основу учета и анализа работы хирурга-стоматолога в условиях поликлинического приема больных и знать основу организационной структуры стационарного отделения хирургической стоматологии.

4. Содержание лекции:

- Предмет дисциплины Хирургической стоматологии;

- Связь ХС с другими дисциплинами;

- Организационная особенности) ХС помощи в РУз;

- Этапы развития ХС в РУз и во всем мире;
- Структура, правила организации хирургического стоматологического отделения (кабинета) в стоматологической поликлиники. Требования асептики и антисептики;
- Учет и анализ работы хирурга стоматолога.

5. Преподавательские заметки.

ШАГИ	ЦЕЛЬ	ОПИСАНИЕ МЕТОДИКИ ПРЕПОДАВАНИЯ
ОБЗОР (5 мин)	Установить мотивации изучения данной темы и ввести их в курс изучаемого материала	- Сделайте обзор работы предстоящей занятии. - Раскройте задачи обучения данного занятия. - Определите мотивация (необходимости) получения ими данной информации.
ПРЕЗЕНТАЦИЯ (75 мин)	Обсуждения темы занятия путем поэтапного изложения текста лекции. При этом акцентируйте внимание на вызов у студентов ранее полученных знаний на кафедре военной подготовки, на понимание и усвоение даваемого вами новой информации и позаботьтесь о закреплении у них этой новой информации путем демонстрации слайд, плакатов, учебного фильма.	- При изложении материала лекции строго придерживайтесь хронологического порядка развития событий, фактов, течения заболевания и др. - Избегайте монотонности дикции, не нужных и многократных использований "слов паразитов", а также излишних повторений. - Обязательно следуйте тексту лекции. Однако, не увлекайтесь его чтением. - По ходу лекции следите за конспектированием студентов ключевых моментов излагаемого материала и не допускайте отвлеченных разговоров. - Подтвердите излагаемый материал путем демонстрации слайд, учебные плакаты, фильмы, а также тематических больных. - Обсуждение заканчивается аналитическим выводом изложенного материала.
ИТОГ (10 мин)	Подвести итог занятия, уточнить, что было освоено. Дать задания к следующему занятию. Объявить темы для СРС. Оставьте 5 мин для беседы со студентами на тему маънавият и маърифат.	- Выделите еще раз главные моменты изложенного материала и коротко объясните для чего они нужны. - Проведите короткий и беглый опрос отдельных студентов по усвоению ключевых моментов услышанной ими лекции (контрольн. вопросы). - Сделайте резюме по теме и по проделанной работе студентов. - Дайте краткие, лаконичные ответы на поступившие вопросы.

7.Раздаточный материал.

- Демонстрационные листы с напечатанными графическими изображениями демонстрируемых слайдов, плакатов и схематических рисунков по данной теме.

8. Оснащение лекции:

- Учебные таблицы с изображениями структурных подразделений стоматологической поликлиники, СВП, ГВП и др.;
- Учебная таблица с изображением структура организации рабочей места хирурга стоматолога в стоматологической поликлиники;

- Учебные таблицы с изображением структурных подразделений челюстно-лицевого стационара;
- Тематические учебные слайды;

9. Самостоятельная работа студентов:

- Организационная структура медицинской службы РУз;
- Основы асептики и антисептики в медицинской практике;
- СПИД и ее профилактика.

10. Контрольные вопросы:

1. Кто является основоположником организации стоматологической службы в Узбекистане?
2. Кто является основателем хирургической стоматологии в Узбекистане?
3. Перечислите профессоров (доцентов) - основателей ХС после организации стоматологического факультета в г. Ташкенте?
4. Когда был организован факультет стоматологии в ТашГосМИ и в каком году состоялся первый его выпуск?
5. Какие разновидности амбулаторно-поликлинической стоматологической службы существуют в РУз?
7. Что является основным юридическим учетным документом работы хирурга стоматолога поликлиники?

Л И Т Е Р А Т У Р А :

1. Бажанов Н.Н. Стоматология / М.: "Медицина", 1978,- С.5-8.
2. Вернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии / Киев, "Здоровья", 1970.-С.7-27.
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология // М.: Медицина, 1990,- С.,5-20.
4. Учебник военной челюстно-лицевой хирургии /под ред. Б.Д.Кабакова.- Л.: ВМА им. С.М.Кирова, 1976.- С.7-11.

ЛЕКЦИЯ N 2

ТЕМА: ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В КЛИНИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ. ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАЦИИ НА ЛИЦЕ И В ПОЛОСТИ РТА. ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Количество часов – 2 часа

1. Цель:

Ознакомить студентов с особенностями общего и местного обезболивания в стоматологии, требованиями предъявляемыми к операциям на лице и в полости рта, а также особенностями операции удаления зуба

2. Задачи:

- Рассмотреть особенности проведения наркоза в условиях стоматологической поликлиники и стационара;
- Обсудить фармакологические средства применяемые для наркоза в стоматологии, а также местных анестетиков, способы их хранения и меры предосторожности;
- Проанализировать возможные осложнения при применении различных анестезирующих средств, методы борьбы с ними;
- Обсудить возможные варианты выбора метода обезболивания при операциях удаления зуба;
- Обсудить основные моменты операции удаления зуба и их варианты в зависимости от анатомо-топографических особенностей ЧЛЮ;
- Рассмотреть основные показания и противопоказания к операции удаления зуба.
- Продемонстрировать схему иннервации верхней и нижней челюстей, анатомо-топографических особенностей строения зубо- альвеолярной системы, а также методов наркоза и местной анестезии в условиях стоматологической поликлиники, фармакологические средства для них.

3. Ожидаемые результаты:

- Студенты должны знать особенности общего и местного обезболивание в стоматологической практике, фармакологические вещества применяемые при них
- Освоить основные требования к хранению местных анестетиков и меры предосторожности, анализировать возможные осложнения местной анестезии методы борьбы при них;
- Научиться выбору местной анестезии при операции удаления зуба;
- Знать показания и общие и местные противопоказания к операции удаления зуба и основные моменты ее проведения, а также требования предъявляемым к этой операции;
- Знать о возможных осложнениях и освоить методы ухода за лункой удаленного зуба.

4. Содержание лекции:

- Особенности общего обезболивания в стоматологии;
- Фармакологические вещества применяемые для наркоза;
- Местное обезболивание в условиях поликлиники;
- Анестетики, используемые для местной анестезии;
- Хранение обезболивающих препаратов;
- Осложнения местной анестезии;
- Выбор обезболивания и подготовка больных к операции;
- Особенности ЧЛЮ, имеющие значения при операциях удаления зуба;
- Общие моменты операции удаления зуба;
- Показания и противопоказания к операции удаления зуба.

5. Преподавательские заметки.

ШАГИ	ЦЕЛЬ	ОПИСАНИЕ МЕТОДИКИ ПРЕПОДАВАНИЯ
ОБЗОР (5 мин)	Установить мотивации изучения данной темы и ввести их в курс изучаемого материала	- Сделайте обзор работы предстоящей занятии. - Раскройте задачи обучения данного занятия. - Определите мотивация (необходимости) получения ими данной информации.
ПРЕЗЕН ТАЦИЯ (75 мин)	Обсуждения темы занятия путем поэтапного изложения текста лекции. При этом акцентируйте внимание на вызов у студентов ранее полученных знаний на кафедре военной подготовки, на понимание и усвоение даваемого вами новой информации и позаботьтесь о закреплении у них этой новой информации путем демонстрации слайд, плакатов, учебного фильма.	- При изложении материала лекции строго придерживайтесь хронологического порядка развития событий, фактов, течения заболевания и др. - Избегайте монотонности дикции, не нужных и многократных использований "слов паразитов", а также излишних повторений. - Обязательно следуйте тексту лекции. Однако, не увлекайтесь его чтением. - По ходу лекции следите за конспектированием студентов ключевых моментов излагаемого материала и не допускайте отвлеченных разговоров. - Подтвердите излагаемый материал путем демонстрации слайд, учебные плакаты, фильмы, а также тематических больных. - Обсуждение заканчивается аналитическим выводом изложенного материала.
ИТОГ (10 мин)	Подвести итог занятия, уточнить, что было освоено. Дать задания к следующему занятию. Объявить темы для СРС. Оставьте 5 мин для беседы со студентами на тему маънавият и маърифат.	- Выделите еще раз главные моменты изложенного материала и коротко объясните для чего они нужны. - Проведите короткий и беглый опрос отдельных студентов по усвоению ключевых моментов услышанной ими лекции (контрольн. вопросы). - Сделайте резюме по теме и по проделанной работе студентов. - Дайте краткие, лаконичные ответы на поступившие вопросы.

7.Раздаточный материал.

-Демонстрационные листы с напечатанными графическими изображениями демонстрируемых слайдов, плакатов и схематических рисунков по данной теме.

8. Оснащение лекции:

- Учебные таблицы с изображениями анатомо—топографических особенностей ЧЛЮ, имеющие значения при операции удаления зуба;
- Учебная таблица с изображением особенности и этапы операции удаления зуба, в том числе по отдельным группам зубов верхней и нижней челюстей;
- Учебные слайды, демонстрирующие наркоз в условиях стоматологической поликлиники, применяемые при них фармакологических средств;
- Учебные слайды, демонстрирующие современные средства для местной анестезии в стоматологии.

9. Самостоятельная работа студентов:

- Показания и противопоказания к общему обезболиванию;
- Клиника обморока, анафилактического шока и острой интоксикации

- местными анестетиками;
- Местное потенцированное обезболивание в стоматологии.

10. Контрольные вопросы:

1. Можно ли удалить зуб в условиях стоматологической поликлиники, если да, то под каким наркозом?
2. Какие фармакологические препараты чаще применяются для дачи наркоза в условиях стоматологической поликлиники?
3. Какие виды местной анестезии бывают?
4. Что такой обморок и какой при этом оказывать экстренную помощь?
5. Что такой коллапс и в чем заключается экстренная помощь?
7. Что такой анафилактический шок и чем он опасен?
8. Чего вы понимаете под термином "операции удаления зуба"?
9. Когда зуб подлежит удалению абсолютно?
10. При каких случаях следует воздержаться от операции удаления зуба?

Л И Т Е Р А Т У Р А :

1. Бажанов Н.Н. Стоматология / М.: "Медицина", 1978,- С.5-8.
2. Вернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии / Киев, "Здоровья", 1970.-С.7-27.
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология // М.: Медицина, 1990,- С.,5-20.

ЛЕКЦИЯ №3

ТЕМА: ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. КЛАССИФИКАЦИЯ. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ. ПЕРИОДОНТИТЫ. КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.

Цель: Освоить классификацию, этиопатогенез воспалительных заболеваний ЧЛ, классификацию, клинику, диагностику периодонтитов, хирургические методы лечения.

Задачи: обсудить со студентами:

1. Классификацию и сравнительную частоту воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
2. Этиологию, патогенез, клинику, клинко-рентгенологические формы хронических периодонтитов.
3. Разобрать хирургические способы лечения хронических периодонтитов: резекция верхушки корня, ампутация, гемисекция.

Ожидаемые результаты:

Студенты должны освоить этиопатогенез, особенности клиники классификацию, воспалительных заболеваний ЧЛО; классификацию, клинику, диагностику периодонтитов. Должны освоить рентгенологические признаки видов хронических периодонтитов, проводить дифференциальную диагностику. Сформулировать представление о принципах лечения периодонтитов. Научиться определять показания и противопоказания к проведению хирургических методов лечения хронических периодонтитов. Знать хирургические методы их лечения.

СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИИ:

По определению М.М. Соловьева 2002 термин «одонтогенные воспалительные заболевания» является собирательным. Он включает ряд достаточно четко очерченных в клиническом отношении форм заболеваний (периодонтит, периостит, остеомиелит, абсцесс и флегмона, лимфаденит, одонтогенный синусит), которые в то же время мы рассматривать как разнообразные проявления динамически протекающего одонтогенного инфекционного процесса.

Одонтогенный воспалительный процесс занимает одно из первых мест среди других заболеваний ЧЛЮ. Они составляют по данным А.Г.Шаргородского 10% хирургических больных, обращающихся в стоматологические поликлиники и около 20% больных в стоматологических стационарах.

С конца XIX столетия и до сегодняшнего дня вопросу патогенеза диагностики и лечения ВЗ ЧЛЮ посвящены многочисленные исследования. Многие вопросы решены, и мы имеем четкое представление по указанным вопросам. Однако единой общепринятой классификации до сих пор нет и это затрудняет как педагогический процесс в ВУЗе, так и статистический учет этих широко распространенных заболеваний.

Взгляды различных авторов, по разному рассматривающих ООВП ЧЛЮ можно разделить на три группы.

Первая из этих групп авторов считает все ОВ процессы остеомиелитами (Г.И. Коварский 1928, Л.М. Линденбаум 1928, П.П.Львов 1928, С.Н. Вайсблат 1938, В.И. Уваров 1928, 1957, Н.М. Александров 1954, М.Д.Дубов 1956, В.И.Лукьяненко 1960, 1986 и др.). Это представители Ленинградской школы.

Вторая группа авторов делит ОВП на периодонтиты и остеомиелиты (И.И. Лукомский 1928-1950, В.Д.Войно-Ясенецкий 1946 и др.)

И, наконец, третья группа различает перецементиты, периодонтиты, периоститы, остеомиелиты, абсцессы и флегмоны как самостоятельные заболевания (А.И.Евдокимов 1923, М.М. Старобинский 1927, Г.А. Васильев 1952 и многие другие). Разногласия в вопросе о классификации ООВП возникают потому, что различные авторы по-разному оценивают патоморфологические процессы, происходящие в окружающих зубы тканях.

Еще в 1895 г. А.И.Кудряшов, автор одной из первых крупных работ в русской и иностранной литературе, посвященной заболеваниям челюстей, считал, что всякое воспаление надкостницы зуба (периодонта) вовлекает в страдание и костный мозг, вызывая остеомиелит. Ф.А.Звержиховский (1910) рассматривал перецементит, как начальную стадию остеомиелита и считал, что перецементит лишь количественно отличается от остеомиелита, при периодонтите воспалительные явления сосредоточены преимущественно в периодонте, при распространении процесса поражается костный мозг в толще кости. По клиническим соображениям он считал возможным разделить периодонтит и остеомиелит. Л.М.Линденбаум (1928) считал невозможным размежевывать процесс, исходящий из периодонта, на основе локализации его в отдельных слоях костной ткани.

Подчеркивая, что остеомиелит, остит, и периостит протекают одновременно, он полагал, что правильнее называть все воспалительные процессы одонтогенного характера – паноститом.

Таким образом, основатели ленинградской школы и их последователи считают и сегодня, что изолированного одонтогенного воспаления периодонта

может быть - оно всегда сопровождается вовлечением костной ткани и костного мозга, следовательно, все виды проявления одонтогенного воспаления окружающих тканей корень зуба следует рассматривать как остеомиелит. Некоторые авторы в связи с этим предлагают называть этот процесс - оститом или паноститом.

Как было сказано выше, ряд авторов ОВП делят на периодонтиты и остеомиелиты.

Так И.Г.Лукомский (1929-1956) четко разграничивает перицементиты и остеомиелиты. Под перицементитом он понимает воспалительный процесс, основной очаг которого расположен в перицементе, а изменения, происходящие в костной ткани и мозгу, он считает перифокальными и называет их перифокальным оститом. По мнению И.Г.Лукомского перифокальный токсический остит распространяется главным образом по естественным ходам гаверсовых и фолькмановских каналов альвеолярной стенки. Околочелюстные флегмоны Лукомский считает вторым этапом ООЧ.

В.Ф.Войно-Ясенецкий (1946) в принципе имеет такую же точку зрения, как и Лукомский. Он, указывая на существование перицементитов, как особую патоморфологическую единицу выделяет простой альвеолярный периостит, остеопериостит и остеомиелит. Воспалительный процесс в периосте Войно-Ясенецкий рассматривает как осложнение, так как считает, что при остеопериоститах челюстей гной проходит через кость под надкостницу, поэтому гнойный процесс в кости надо считать первичным, а гнойник под надкостницей вторичным.

Таким образом, перечисленные выше авторы в основу классификации одонтогенных воспалительных процессов берут общность патоморфологических изменений, возникающих в периодонте и костной ткани. При этом не учитывается своеобразие течения воспалительного процесса, разницу в подходе к вопросу лечения, исходу заболевания и др.

А.И.Евдокимов (1923-1959) на протяжении многих лет стоит на позиции учета своеобразия течения воспалительных процессов, исходящих из зубов. Он пишет, что при хирургических заболеваниях целесообразно пользоваться классификацией, основу которой положено сочетание этиологического и анатомотопографического факторов.

Еще в 1923 году, выступая на I Всероссийском одонтологическом съезде, он указал на необходимость причислить к острым воспалительным процессам в области альвеолярного отростка следующие заболевания: воспаление корневой оболочки зуба (периодонтит), воспаление надкостницы альвеолярного отростка (периостит) и воспаление костного мозга (остеомиелит). Позже – абсцессы и флегмоны. Такой дифференцированный подход положил начало предложенной им в дальнейшем классификации острых гнойно-воспалительных заболеваний, основным принципом которой является локализация воспалительного процесса в тех или иных тканях. Он подчеркивает, что локализация и характер течения каждого из этих заболеваний отличаются своими особенностями. Поэтому для рационального хирургического лечения их необходимо ставить точный топический диагноз.

Н.М.Старобинский (1927-1960г.) придерживается классификации А.И.Евдокимова и указывает, что принципы терапии совсем не одинаковы на различных стадиях воспалительных процессов в челюстях. А для клинициста имеет важнейшее значение те особенности клинической картины, которые выступают на первый план в той или иной стадии процесса.

Существенный вклад в вопрос уточнения классификации ОВП ЧЛЮ внес Георгий Андреевич Васильев (1952-1959). Основываясь на большом количестве клинических наблюдений и патологоанатомических исследований, он подтвердил правильность классификации А.И.Евдокимова. Васильев указывает, что различные виды воспалительных процессов непосредственно связаны друг с другом и что с нарастанием количественных изменений возникают и качественные.

Патоморфологические исследования, проведенные Г.А.Васильевым показали, что при цементитах вокруг перицементов возникают перифокальные очаги воспаления, которые не могут быть приняты за остеомиелит. В стенках альвеолы начинается перестройка костной ткани с преобладанием при острых перицементитах, процессов рассасывания, вследствие чего в стенках альвеолы расширяются отверстия соединяющие перицемент с костным мозгом, а также происходит вскрытие периментов ряда костномозговых пространств, в норме отделенных от него костными перегородками. Эти изменения распространяются и на костный мозг. Однако ни в одном случае, ни острого, так и хронического и обострившегося хронического перицементита автор не наблюдал признаков омертвления костной ткани, что дает основание автору не считать эти изменения остеомиелитом. Г.А.Васильев установил, что при прогрессировании процесса гной может распространяться также по лимфатическим сосудам периодонта под надкостницу, по фолькмановским и гаверсовым каналам.

Еще в 1914 г. А.Израйчик установил важную роль в патогенезе ОВП челюстей лимфатических сосудов периодонта. Он установил наличие двух основных групп лимфатических сосудов перицементов: одни проходят вместе с кровеносными сосудами, а также самостоятельно через имеющиеся отверстия в альвеолы лимфатическим сосудам надкостницы, другую группу составляют анастомозы лимфатической сети надкостницы и перицементов.

Роль сосудистой сети в патогенезе ОВП изучила С.В.Ланюк(1955). Методом наливки взвесью туши лунок моляров на н/ч (на трупах) проследила пути распространения раствора в окружающие ткани. Она установила, что часть вен околоверхушечных тканей проходит через cribrial alveolarial к наружной поверхности челюсти, затем они протекают в надкостницу челюсти и образуют в ней сплетения. В надкостнице они направляются в околочелюстные ткани и впадают в крупные венозные стволы. С.В. Ланюк указывает, что тушь, как правило, чаще обнаруживается в сосудах надкостницы и только в единичных случаях она обнаруживается между костью и надкостницей челюсти.

В настоящее время представление стоматологов Ленинградской школы дифференциации одонтогенных воспалительных процессов на периодонтит, периоститы и остеомиелиты постепенно приближается к современному пониманию этого вопроса. Основываясь на современных представлениях Г.А.Шаргородского предложил классификацию воспалительных заболеваний ЧЛЮ, в основу которой положены клинико-морфологические принципы разработанные А.И.Евдокимовым Г.А. Васильевым.

Источник и характер инфекции	Заболевание	Форма заболевания	
Одонтогенный и	Периодонтит	Острый : сероз-	Хронический :

стоматогенный		ный , гнойный. Хронический в стадии обостре- ния.	фиброзный, гранулирующий, гранулематозный
	Периостит че- люсти.	Острый: сероз- ный, гнойный.	Хронический (простой, осси- фицирующий)
	Остит челюсти.	Острый(реак- тивно-транзи- торная форма)	Хронический:ра- рефицирующий, гиперпластичес- кий.
	Остеомиелит челюсти	Острая стадия Подострая ста- дия	Хроническая стадия Первично-хрони- ческий
	Абсцесс и флег- мона	Острая стадия	Подострая ста- дия
	Воспалительный инфильтрат.	Острая стадия	Подострая ста- дия.
	Лимфаденит нес- пецифический	Острый	Хронический
	Синусит верхней челюсти.	Острый	Хронический

В последние годы получила признание классификация Острых одонтогенных воспалительных заболеваний ЧЛЮ проблемной комиссии по хирургической стоматологии и обезболиванию Межведомственного Научного Совета стоматологии, учитывающая не только нозологию заболевания, но и его осложнения

С преимущественным поражением костных структур челюстей
- острый, обострившийся периодонтит
- острый одонтогенный остеомиелит
С преимущественным поражением околочелюстных мягких тканей (зона распространения процесса в челюсти не выходит за пределы пародонта одного зуба)
- острый одонтогенный периостит
- острый перикоронарит (перикоронит)
- одонтогенный абсцесс
- одонтогенная флегмона
- одонтогенный воспалительный инфильтрат
- одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи
С преимущественным поражением регионарного лимфатического аппарата
- острый одонтогенный лимфаденит
- одонтогенная аденофлегмона

Осложнения
- медиастенит
- тромбофлебит лицевых вен, синусов твердой мозговой оболочки
- менингит, менингоэнцефалит, абсцесс головного мозга
- сепсис

Этиология одонтогенных воспалительных заболеваний (ОВЗ)

Возбудители ОВЗ – микроорганизмы, которые обычно входят в состав постоянной микрофлоры полости рта: стафилококки, стрептококки, энтерококки, диплококки, грамположительные и грамотрицательные палочки. При сравнительном анализе литературы можно отметить, что они разноречивы. В 60-70е годы прошлого столетия микрофлора очагов одонтогенной инфекции чаще была представлена монокультурой стафилококка (*Staphilococcus*, *S. epidermidis*) или стрептококка групп D, F и G.

Исследования Эшбадалова Х.Ю., Исхаковой Х.И., Худоярова И.А. в 1995-2000 гг. свидетельствуют о значительном изменении состава микрофлоры при ОВП.

Этими авторами при микробиологическом исследовании гнойного отделяемого из 105 больных с различным клиническим течением (средним и тяжелым) одонтогенных флегмон у всех больных был получен бактериальный рост, монокультуры обнаружены в 11,4%, ассоциации бактерий – в 88,6% случаев. Из 105 больных у 91 (88,6%) были выделены облигатные анаэробы, у 6 – в чистой культуре (6,4%), остальных – в ассоциации.

У больных с обширными флегмонами, захватывающими две и более анатомические области, имело место более редкое выявление монокультур – всего 3,4% по сравнению с группами больных с нетяжелыми флегмонами (20-25,7%, $P < 0,05$). Доминирование ассоциации аэробов с анаэробами подтверждает данные многочисленных исследований о ведущей роли ассоциаций в развитии гнойных и гнойносеptических процессов. Кроме того, при обширных формах флегмон количество ассоциантов возрастает до 3 и даже 4 видов микроорганизмов, в числе которых лидирующее положение занимают анаэробы.

Проведенная идентификация облигатноанаэробных бактерий, выделенных из флегмон челюстно-лицевой области, позволила определить частоту обнаружения разных групп, родов и видов анаэробов при этой патологии. Доминирующими были представители рода *Bacteroides*, составившие 58,2 % и рода *Fusobacterium* - 31,5% штаммов. Важно отметить, что только в 1,4 % случаях анаэробные микроорганизмы относились к спорообразующим грамположительным видам, в 6,4% анаэробы были представлены анаэробными кокками и в 2,7% анаэробы не были идентифицированы.

Таким образом, среди анаэробов основное этиологическое значение в развитии флегмон челюстно-лицевой области, играют грамотрицательные неспорообразующие палочки : из 146 штаммов анаэробов к ним относились 131 (89,3%).

Среди бактероидов наиболее частым изолятом из гноя флегмон были *B.gingivae* составившие 35,3 % и *B. melanogenicus* 28,2%. Реже обнаруживались *B. fragilis* 17,6%, *B.oralis* - 13% и другие виды: 4,7%. *B. Intermedius* 1,2% *ureolyticus*. Среди фузобактерий доминирующими были 2 вида *F Nucleatum* - 39,1% и 37% относились к *F.mortiferum* и 8,7 % к редко идентифицируемому виду *F. Russii*.

Аэробы и факультативные анаэробы, выделенные авторами из гноя флегмон были представлены стафилококками (71,9%), стрептококками (21,9%)

граммотрицательными палочками (6,2%). По удельному весу в отношении видов в общем числе обнаруженных аэробов и факультативных анаэробов, на первом месте высеваемости стоит эпидермальный стафилококк (43%), на втором *S.aureus* (28,8%) на третьем пиогенный стрептококк (15,9%).

Обобщая итоги научных исследований патогенеза ОВП, проф. М.М.Соловьев пишет, что по существу, ответ на вопрос, каким образом происходит развитие бурной инфекционно-воспалительного процесса, был дан в начале XX века М.Артюсом и Г.П.Сахаровым. Они установили, что после 4-5 кратного введения кролику лошадиной сыворотки на месте инъекции сыворотки возникает бурная воспалительная реакция с выраженной альтерацией. Поскольку на протяжении всего опыта животным вводили идентичную сыворотку, был сделан вывод о том, что механизм наблюдаемого феномена связан с изменением способности организма кролика реагировать на повторное введение чужеродного белка. Позднее этот феномен был использован для воспроизведения в эксперименте остеомиелита длинных трубчатых костей. (Дерижанов С.М., 1940) и остеомиелита нижней челюсти (СнежкоЯ.М., 1951, Васильев Г.А., 1972).

В настоящее время механизм феномена Артюса-Сахарова изучен достаточно хорошо. По классификации Джелла-Кумбса его относят к III типу иммуннопатологических реакций. Сущность его сводится к следующему. Под влиянием поступающего в организм сывороточного белка, который обладает антигенными свойствами, происходит выработка антител, а это и лежит в основе сенсибилизации организма. На таком фоне местное введение разрешающей дозы антигена сопровождается проникновением последнего в сосудистое русло, где образуется комплекс антиген+антитело. Этот комплекс фиксируется на мембране клеток сосудистого эндотелия, превращая их тем самым в клетки - мишеней. Нейтрофильные лейкоциты, фагоцитируя иммунные комплексы, одновременно повреждают клеточную мембрану, что приводит к высвобождению лизосомальных ферментов, одновременно выделяются медиаторы воспаления. Это сопровождается активацией 3-го фактора тромбоцитов и может стать причиной внутрисосудистой свертывания крови, приводящего к нарушению микроциркуляции и некрозу ткани.

Есть основания полагать, что описанная иммуннопатологическая реакция принимает участие и в патогенезе одонтогенной инфекции. В роли антигена в подобных случаях выступают продукты жизнедеятельности микробов, структурные элементы микробной клетки, освобождающиеся после ее гибели.

Таким образом, на месте внедрения микробов в пародонт развивается инфекционно-аллергическое воспаление. Биологический смысл этого процесса состоит в том, чтобы быстрым включением иммунных механизмов локализовать инфекционный очаг, предупредить генерализацию инфекции. Но эта реакция может ликвидировать инфекционно-воспалительный очаг в пародонте, если не будет прекращено поступление микроорганизмов в пародонт. В лучшем случае происходит формирование хронического очага одонтогенной инфекции, находящегося в состоянии динамического равновесия с организмом больного.

Важная роль в поддержании динамического равновесия принадлежит соединительнотканной капсуле окружающей такой очаг. Она ограничивает распространение микробов и продуктов их жизнедеятельности в прилежащие к очагу ткани, их поступление в сосудистое русло. Наряду с этим часть продуктов

жизнедеятельности микробов и распада тканей через канал корня зуба, свищ и периодонтальную щель элиминируется из инфекционного очага в полость рта.

Этим можно объяснить тот факт, что у многих людей во рту имеются хронические очаги одонтогенной инфекции и они годами не тревожат их носителей.

Если мы будем тщательно собирать анамнез больных, обратившихся к стоматологу по поводу острого ОВП, то подавляющее большинство отметит длительное существование в челюсти ранее леченного или не леченного разрушенного зуба, который дал обострение.

Каковы же причины обострения хронической очаговой одонтогенной инфекции? По данным М.М. Соловьева (2002) обострение и распространение ИВП возникает вследствие повышения вирулентности микрофлоры, из-за нарушения оттока экссудата (попадание пищи в канал, или промбирование). В инфекционном очаге возрастает концентрация микробов, их токсинов и продуктов тканевого распада, которые начинают проникать через соединительнотканную капсулу в окружающие ткани, повреждают их, либо проникая в сосудистое русло и образуя иммунные комплексы, вызывают реакции по типу Артюса-Сахарова, т.е. образование локального воспалительного очага с явлениями альтерации.

Клинически - это проявление одной из форм одонтогенного воспаления.

Другой механизм - механическое повреждение соединительнотканной капсулы, сопровождающееся повышением проницаемости сосудов (удаление зуба, чрезмерная нагрузка—на зуб) и распространение микробов, их токсинов и продуктов тканевого распада за пределы инфекционного очага с развитием иммунологической реакции по типу Артюса-Сахарова.

3. Обострение хронической очаговой инфекции.

Острый периодонтит:

Воспаление тканей, расположенных в периодонтальной щели называется периодонтитом. Различают периодонтиты инфекционные, травматические и медикаментозные.

Инфекция может попасть в периодонт через верхушечное отверстие корня зуба после некроза пульпы и маргинально - после разрушения круговой связки зуба при пародонтите.

Травматический периодонтит возникает при воздействии сильной механической травмы или длительно повторяющейся микротравмы в результате завышения прикуса пломбой, искусственной коронкой, глубоким препарированием или вредных привычек. Лукомский И.Г. (1960) предложил классификацию периодонтитов.

По течению различаются острый и хронический периодонтит. В патологоанатомическом изменении: острый может быть серозным (ограниченным или разлитым), гнойным (ограниченным и разлитым).

Хронический:

- фиброзный
- гранулирующий
- гранулематозный
- хронический периодонтит в стадии обострения

По мнению Ю.М.Максимовского (1996) переход серозной формы воспаления в гнойную протекает очень быстро и зависит от ряда условий, особенно от состояния резистентности организма больного.

Клиника и диагностика острого верхушечного периодонтита. При серозном периодонтите в пораженном зубе появляются тупые ноющие боли, усиливающиеся ночью или при нагрузке на зуб во время смыкания челюстей. Боль локализована, больной точно указывает на пораженный зуб. Через некоторое время появляются ощущения вырастания зуба. При разговоре, накусывании «выросший зуб» впервые касается своего антагониста и дает резкую боль. Внешне это не проявляется какими-либо признаками. Может быть некоторая подвижность и боль при вертикальной перкуссии.

С переходом процесса в гнойную стадию интенсивность болей нарастает. Они становятся пульсирующими, иррадиируют в висок, ухо, глаз или шею. Боли усиливаются при физическом напряжении. Пораженный зуб может быть подвижным, прикосновение к нему вызывает резкую боль. Сомкнуть зубы больной не может, поэтому часто держит рот полуоткрытым, сон нарушен, больной отмечает недомогание, общую слабость, разбитость. Выражение лица страдальческое. Местно десна в области этого зуба гиперемизирована и отечна.

Надкостница в проекции верхушки корня зуба инфильтрирована, пальпация переходной складки и десны вдоль всего корня становится болезненной, возможно появление отека мягких тканей лица, увеличение поднижнечелюстных подбородочных лимфатических узлов, повышение температуры тела до 37,5 °С, крови лейкоцитоз СОЭ до 12-15 мм/ч.

На рентгенограмме при остром периодонтите периодонтальная щель не изменена, деструкция костной ткани альвеолы не выявляется.

Дифференциальная диагностика.

Острый и обострившийся хронический периодонтит следует дифференцировать от диффузного гнойного пульпита, нагноившейся околокорневой кисты, острого одонтогенного синусита, периостита и остеомиелита челюстей.

Для острого гнойного периодонтита не характерны периодические приступообразные боли от горячего ЭОД при пульпите 30-40 мкА.

Для нагноившейся кисты характерно взбухание альвеолярного отростка, истончение кости и «пергаментный хруст». На рентгеновском снимке - резорбция кости.

При одонтогенном синусите имеется заложенность одной половины носа, наличие серозно-гнойных или гнойных выделений из носа, интенсивная головная боль, нарушение прозрачности верхнечелюстной пазухи на рентгенограмме.

Лечение острого или обострившегося хронического периодонтита. Необходимо прежде всего создать свободный отток экссудата из периодонтальной области через канал корня, через лунку путем удаления зуба.

В отдельных случаях с целью сохранения зуба применяют дренирование периапикального очага, осуществляемое путем перфорации наружной стенки на уровне верхушки зуба, когда консервативная терапия не эффективна.

Дополнительно необходимо назначить антибиотики, сульфаниламиды, полоскания, физиолечение.

Правильно проведенное лечение позволит ликвидировать острое воспалительное явление. Участки периодонта, погибшие в результате острого воспаления, восстанавливаются или замещаются соединительной тканью.

Хронический верхушечный периодонтит.

По клиническому течению выделяют стабилизированную и активную формы. Стабилизированной - относят фиброзный, к активной - гранулирующий гранулематозный. Активная форма сопровождается образованием грануляционных свищевых ходов, гранулем, возникновением нагноений в околочелюстных тканях (М.М.Соловьев 2002).

Хронический фиброзный периодонтит возникает, как правило, после неадекватного лечения острого, в результате замещения периодонтальной грубоволокнистой соединительной тканью и протекает бессимптомно.

Хронический гранулирующий периодонтит.

Лечение периодонтитов, как правило консервативное. Наилучших результатов достигают при тщательной механической и медикаментозной обработке каналов с герметичном пломбировании корневых каналов зубов до верхушечного отверстия. По данным Е.В.Боровского (1999) качественное пломбирование корневых каналов составляет 18% всех случаев пломбирования зубов, тогда как при пломбировании моляров этот показатель составляет 3%.

После консервативного лечения хронических периодонтитов несмотря на отсутствие клинических признаков заболевания в околоверхушечных тканях сохраняются очаги инфекции, что подтверждено иммунологически А.М.Соловьев 1991, С.И. Черкаш 1991. Под действием бактерий и бактериальных продуктов происходит резорбция костной ткани в периапикальной области. По мнению А.В. Воложина продукты распада тканей и микробов, являются антигенами поступая в корни зуба, они оказывают повреждающее действие на периапикальные ткани. При наличии иммунодефицита снижаются бактериоцидные свойства очага воспаления приобретающего тенденцию к генерализации процесса вплоть до развития сепсиса.

М.М. Соловьев считает, что при хронических периодонтитах возникает транзиторный иммунодефицит, сохраняющийся или уменьшающийся до устранения периапикального патологического очага. Такой очаг может быть устранен только хирургическим путем.

К наиболее распространенным и эффективным видам консервативного и хирургического лечения хронических периодонтитов относят:

- резекцию верхушки корня,
- гемисекцию и ампутацию корня,
- реплантацию зуба после гранул оэктомии

Резекция верхушки корня по М.М. Соловьеву показана :

- непроходимые, искривленные корневые каналы,
- осложнения в результате эндодонтической терапии (боковая перфорация корня, поломка в канале корневых игл или пульпэкстракторов, чрезмерное выведение пломбировочного материала в заверхушечную область),
- неполное пломбирование корневого канала (можно встретить довольно часто)
- наличие в отдаленные сроки после лечения зуба (в том числе пломбирования корневого канала) неполноценной регенерации костной ткани в области очага деструкции,
- гранулематозные перикорониты, послужившие причиной образования околокорневой кисты,
- гранулирующие и гранулематозные периодонтиты зубов, предназначенные для включения в мостовидный протез (Уваров В.М., 1971).

К противопоказаниям для резекции верхушки корня относят нижеследующие.

- Расшатанность зубов II и III степени при болезнях пародонта
- Значительная резорбция костной ткани вокруг корня, распространяющаяся больше, чем на половину длины корня.
- Заболевания крови и тяжелые соматические заболевания с признаками декомпенсации.

Оперативное лечение хронических периодонтитов не показано при значительном разрушении коронки зуба, когда невозможно ее восстановление.

М.М.Соловьев (2002) категорически отвергает рекомендации М.И.Грошикова (1964) о том, что в большинстве случаев патологические процессы в виде грануляционной кистогранулем и кист могут быть устранены без применения хирургических методов.

В последние десятилетия возрос интерес к сохранению корней зубов, использованием консервативно-хирургических методов, в частности, гемисекции (коронорадикулярной сепарации) и ампутации корней.

При гемисекции удаляют корень, не подлежащий лечению, вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба. Ампутация корня -удаление корневой части зуба в месте его отхождения, т.е. бифуркации.

Показания к операции:

- наличие глубоких внутрикостных карманов в области одного из корней моляра;
- при резорбции костного вещества межкорневой перегородки;
- при перфорации в области бифуркации корней.

Противопоказания:

- при значительной резорбции костной ткани у всех корней;
- наличие сросшихся корней, не поддающихся разъединению;
- непроходимость каналов в корнях подлежащих сохранению.

Эти зубосохраняющие операции служат весьма эффективными методами хирургического лечения хронических периодонтитов. Их следует широко применять в практике стоматологических учреждений. Однако следует помнить о возможных осложнениях. И.Д.Киняпина, Н.А. Короткова (1999) указывают на следующие причины осложнений: нерациональные разрезы слизистой оболочки, неполная резекция верхушки корня, что препятствовало удалению грануляционной ткани, современные остеопластические материалы вводились в послеоперационную полость при неостановившемся кровотечении, в результате чего они вымывались, ожидаемого результата не происходило; ортопедическое лечение проводилось без учета сроков костеобразования и функциональных особенностей разных групп зубов, что способствовало остеолизу и утрате зубов.

Не утратил своего значения метод реплантации. Реплантация-пересадка удаленного зуба в его же лунку. Этот метод используют не только как метод лечения периодонтита, но и как способ сохранения зуба при полном вывихе интактных зубов.

Чаще реплантируют большие и малые коренные зубы, пораженные периодонтитом и не подлежащие консервативной терапии. Наряду с одномоментной операцией, И.К. Широков (1967) рекомендует при остром одонтогенном остеомиелите проводить отсроченную реплантацию зубов. Такое вмешательство при этом заболевании оправдано лишь в начальной стадии, когда еще не разрушен периодонт и круговая связка зуба.

Противопоказания к реплантации зуба: неблагоприятные анатомические топографические условия для удаления зуба, повреждение корня при его обработке, невозможность введения зуба в лунку при резко расходящихся корнях, наличие пародонтальных карманов при болезнях пародонта. Также к противопоказаниям относятся тяжелые соматические и психические заболевания, заболевания крови и др.

Экспериментальные и клинические данные В. А. Козлова показали, что приживление зубов при реплантации длится от 4 до 6 недель. Автор различает три типа сращения пересаженного зуба с альвеолой.

1.Периодонтальный - при полном сохранении надкостницы альвеолы и периодонта на корнях зуба.

2.Периодонто-фиброзный - при частичном сохранении надкостницы альвеолы и остатков периодонта на корнях зуба.

3.Остеоидный - при полном разрушении надкостницы альвеолы и периодонта на корнях зуба.

ПЕРЕЧЕНЬ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО РАССМАТРИВАЕМЫХ ВОПРОСОВ:

1. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области
2. Классификация воспалительных процессов ЧЛЮ.
3. Развитие и течение верхушечного периодонтита.
4. Диагностика периодонтита.
5. Клинико-рентгенологические формы периодонтитов.
6. Методы хирургического лечения. Показания и противопоказания.

ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ:

При чтении этой лекции преподаватель исходит из того, что студенты на кафедрах нормальной анатомии, нормальной физиологии, и терапевтической стоматологии получили определенные знания по этой теме. Исходя из этого, начиная лекции необходимо задать несколько вопросов залу, например: что означает термин «периодонт».

Лектор должен продемонстрировать динамику развития одонтогенных воспалительных заболеваний, возможные ошибки, допускаемые врачами при оказании помощи, а также осложнения, угрожающие жизни больного.

Необходимо подчеркнуть важность объективных методов исследования таких как термовизиография, рентгеновское исследование, компьютерная томография и ЯМР.

Излагая способы лечения острого периодонтита, преподаватель должен акцентировать внимание на том, что главное в лечении этой стадии периодонтита заключается в своевременной даче оттока экссудату и назначение адекватной медикаментозной терапии.

Излагая исход острого периодонтита необходимо обратить внимание на то, что процесс в ряде случаев может перейти в хроническую стадию.

Необходимо раскрыть клиническую картину, рентгенологические особенности форм хронических периодонтитов, а также подробно рассказать о хирургических методах лечения: операция резекции верхушки корня, ампутация, гемисекция, показания и противопоказания к ним.

РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ:

Листы, отражающие классификацию одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, схематическое изображение рентгенологической картины хронических периодонтитов.

ОСНАЩЕНИЕ ЛЕКЦИИ:

Таблицы:

- а) классификация одонтогенных воспалительных заболеваний ЧЛЮ
- б) пути распространения одонтогенной инфекции
- в) хронические формы периодонтита

Слайды рентгеновскими снимками больных с хроническими периодонтитами.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ:

Пути распространения инфекции из первичного одонтогенного очага воспаления. Студенты во внеаудиторное время, работая с литературой, должны усвоить пути распространения инфекции из первичного одонтогенного очага.

Контрольные вопросы:

1. Классификация одонтогенных воспалительных заболеваний ЧЛЮ.
2. Классификация периодонтитов.
3. Особенности клинического течения острых периодонтитов.
4. Особенности клинического течения хронических периодонтитов.
5. Диагностика периодонтитов.
6. Особенности хирургического и медикаментозного лечения периодонтитов.
7. Осложнения, возникающие в результате неадекватного лечения периодонтитов.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Бадалян В.А., Рабухина Н.А., Григорьянц Л.А. « Динамика заживления периапикальных деструктивных поражений в рентгеновском изображении» Стоматология.- 2000. - №2.- С. 12).
2. Безруков В.М. , Григорьянц Л.А. « Зубосохраняющие операции амбулаторной хирургической практике» (Тр. У съезда стоматол.ассоц. России.- М. 1999.- С. 224-226.) *
4. Беляев И.В. « Хронические периодонтиты многокорневых зубов» Минск Беларусь, 1974-143 с.
5. Воложин А.И. « Особенности патогенеза хронического периодонтита. Актуальные вопросы эндодонтии: Тр. ЦНИИ стоматологии.-М., 1990-С. 11-13.
6. Волченкова Г.В. « Комбинированные методы лечения больных хроническим верхушечным периодонтитом больших и малых коренных зубов с использованием плазменного потока аргона: Автореф. Дис....канд.мед.наук.- Смоленск, 1998.- 19 с.
7. Н.Зырянов Г.В. « Течение верхушечного периодонтита при вторичном иммунодефиците, вызванном рентгеновским облучением, и обоснование патогенетического лечения: Автореф. Дис...канд.мед.наук.-М., 1992.- 14с.
8. Козлов В.А. Хирургическая стоматологическая помощь в поликлинике.- М. 1985.- 270 с.

9. Соловьева А.М. « Клинико-экспериментальное обоснование применения тимогена при лечении хронического верхушечного периодонтита» Автореф.дисс. канд.мед.наук.- Л., 1991.- 17 с.

ЛЕКЦИЯ №4:

ТЕМА: ОДОНТОГЕННЫЙ ПЕРИОСТИТ И ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТЕЙ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ПАТОАТОМИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ. ТЕРМИНОЛОГИЯ.

Под остеомиелитом понимают воспалительный процесс не только в костном мозге, но также во всех структурных частях кости и окружающих ее мягких тканях. Термин «паносит», который больше всего отражает сущность заболевания не нашел широкого распространения.

В.В Паникаровский и А.С.Григорьян (1975) считают, что термин « остеомиелит» , как групповое обозначение костного воспаления отражает полностью природу патологического процесса, его патологию и морфогенез. Авторы, все костные воспалительные поражения обозначают групповым термином «оститы» О.О., остеомиелит по этой схеме является его подвигом, а точнее острым гнойно-некротическим оститом, для которого характерны разлитая гнойная инфильтрация костного мозга и образование очагов остеонекроза.

А.Г.Шаргородский (1986) дает следующее определение остеомиелита челюстей представляет собой инфекционный гнойно-некротический процесс, развивающийся в кости и окружающих ее тканях под влиянием агрессивных факторов физической, химической или биологической природы на фоне предварительной сенсibilизации и нейрогуморальных сдвигов , предшествующих развитию заболевания. Это определение больше всего отражает многообразные формы остеомиелита челюстей.

И.И.Ермолаев (1977) подчеркивает, что остеомиелитом можно считать не всякое гнойное воспаление кости, а только такой процесс, при котором выражен некротический компонент.

Остеомиелиты челюстей могут быть:

1. одонтогенными (стоматогенными)
2. травматическими : неогнестрельные, огнестрельные.
3. гематогенными
4. специфическими
5. лучевой некроз челюстей.

Классификация.

Международная классификация болезней Девятого пересмотра (1975) предусматривает выделение лишь следующих форм:

- острый остеомиелит (730.0)
- хронический остеомиелит (730.1)
- неуточненный остеомиелит (730.2)

Остеит, остеомиелит (новорожденного), периостит челюстей (острый, хронический, гнойный) , выделены в отдельную рубрику под названием « Воспалительного состояния» (526,4).

Естественно международная классификация не отвечает требованиям клиницистов, создать идеальную классификацию практически невозможно.

Выход из создавшегося положения представляется в постоянном совершенствовании систематизации заболеваний внутри классов.

Классификация одонтогенного остеомиелита челюстей.

Разноречивые данные о частоте различных форм одонтогенных воспалительных заболеваний и диагностических ошибках мало связать с отсутствием единой точки зрения относительно сущности понятия « одонтогенный остеомиелит». В большинстве статей, методических письмах, монографиях, диссертациях, руководствах и учебниках, где подробно приводятся статистические сведения , описывается клиника, современные методы диагностики, лечения, определение сущности понятия « одонтогенный остеомиелит челюстей» отсутствует. В тех же работах, где авторы уделили этому вопросу внимание, их мнение разноречиво. В данном обзоре мы не останавливаемся подробно на анализе всех мнений по этому вопросу.

Одонтогенный остеомиелит челюстей многообразен в своем проявлении. Это зависит в определенной мере от распространенности инфекционно-воспалительного процесса, общих и местных реакций организма, этапов течения воспалительного процесса. В одних случаях это выраженная деструкция костной ткани с образованием крупных секвестров, в других – это избыточное костеобразование без признаков формирования секвестров и т.д.

Попытка систематизировать формы проявления одонтогенного остеомиелита предпринималась многими авторами, но и до сегодняшнего дня эта задача не решена до конца. (В.И.Лукьяненко, 1986).

На основании изучения морфогенеза различных форм экспериментального остеомиелита А.С.Григорьян (1973) предложил свою классификационную схему воспалительных поражений челюсти. В ней он различает реактивный или транзиторный остит, при котором в картине воспаления преобладают явления гиперемии и эксудации. Эта форма воспаления по мере накопления количественных изменений может переходить в новое качественное состояние – гнойно- некротическое воспаление, которое автор и расценивает как остеомиелит. При этом он выделяет острый остеомиелит-гнойно-некротический остит, при котором еще не наступила секвестрация очагов остеонекроза и хронический остеомиелит, характеризующийся образованием костных секвестров . В зависимости от преобладания процессов резорбции или новообразования костной ткани хронические остеомиелиты подразделяются на rareфицирующие и гиперпластические.

В зависимости от течения процесса большинство авторов (Г.А.Васильев, А.И.Евдокимов, В.М.Уваров) разделяют остеомиелиты челюстей на острые, подострые и хронические. В.И.Лукьяненко (1986) считает, что выделение острой и хронической стадии заболевания глубоко обосновано клиническими и морфологическими данными, однако для выделения подострой стадии нет убедительных оснований. Выделение подострой стадии с его точки зрения, оправдано только теоретически, но клинически выделить такую стадию весьма затруднительно, да вряд ли необходимо. Тем не менее он включил эту стадию в свою классификацию клинических форм одонтогенного остеомиелита челюстей (1986).

Анализируя литературу можно заключить, что до последнего времени нет единой классификации остеомиелита, не решен вопрос о том, следует ли рассматривать острый и хронический остеомиелит в виде отдельных форм заболевания или это лишь стадии (фазы, периоды) развития остеомиелита.

В своей работе мы пользовались классификацией одонтогенных остеомиелитов челюстей, предложенной М.М.Соловьевым (таблица).

КЛАССИФИКАЦИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ОСТЕОМИЕЛИТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ПО М.М.СОЛОВЬЕВУ.

Клинико-рентгенологические формы остеомиелита	Фаза заболевания	По распространности инфекционно-воспалительного процесса	По характеру деструкции	По течению заболевания
Одонтогенный гнойный	Острая подострая	1.Ограниченный. 2.Очаговый. 3.Диффузный		
Деструктивный	Острая подострая		Литический секвестрирующий	
Гиперостозный	Острая подострая			
Хронический деструктивный	Острая подострая		Литический секвестрирующий	А)первично-подострый Б)рецидивирующий
Хронический гиперостозный	Острая подострая			А)первично-подострый Б)рецидивирующий

На основании клинико-рентгенологической картины в этой классификации выделены следующие формы одонтогенного остеомиелита челюстей.

Одонтогенный гнойный остеомиелит, который характеризуется преобладанием в картине воспаления экссудативного компонента без выраженных клинико-рентгенологических признаков деструкции костной ткани. Ранее в работах других авторов эта форма заболевания описана, как острый или абортивный остеомиелит, транзиторный остит.

Одонтогенный деструктивный остеомиелит, при котором имеются клинико-рентгенологические признаки выраженной деструкции костной ткани. К этой группе отнесены только те формы деструктивного остеомиелита, при которых демаркация и отторжение некротизированной костной ткани происходит в обычные средние сроки : при локализации патологического процесса в области верхней челюсти и альвеолярного отростка нижней челюсти – в пределах 4-5 недель, при локализации в области тела и ветви нижней челюсти – в пределах 6-8 недель.

В развитии одонтогенного деструктивного остеомиелита М.М. Соловьев выделяет острую и подострую фазу. Острая фаза характеризуется нарастанием местных симптомов заболевания, наличием выраженных общих реакций организма в виде лихорадки, лейкоцитоза, изменения лейкоцитарной формулы, появления С-реактивного белка. В подострой фазе перечисленные симптомы и реакции постепенно ослабевают и исчезают. Происходит отграничение, рассасывание и отторжение очагов остеонекроза в связи с этим ее подразделяют на период формирования секвестров, период завершения секвестрации и период ликвидации патологического процесса после секвестрэктомии или самопроизвольного отхождения секвестров. По характеру деструкции костной ткани различают литическую и секвестрирующую форму. По распространенности инфекционно-воспалительного процесса т.е. по объему поражения костной ткани (В.И.Лукьяненко, 1968,1986, М.М.Соловьев, 1969, Т.М.Алехова, 1977 и др.) выделяют ограниченный, очаговый и диффузный деструктивный остеомиелит.

По мнению этих авторов , ограниченными остеомиелитами могут считаться те воспалительные процессы, которые ограничены пределами альвеолярной части челюсти в зоне одного-двух, редко трех зубов при отсутствии поражения тела челюсти. Протекают они, как правило, благоприятно, сроки развития заболевания не продолжительные. После радикального хирургического вмешательства почти не наблюдается рецидивов с обострением заболевания. Очаговыми остеомиелитами считаются воспалительные процессы, при которых поражена одна анатомическая часть челюсти. Например : тело, угол, ветвь и т.д. Поражение двух и более анатомических частей челюсти принято считать диффузным остеомиелитом.

Частота:

Данные различных авторов о частоте остеомиелитов челюстей различные. Так по данным П.В.Наумова и соавт. 1976 , составили 11,26% больных госпитализированных в клинику. А.Г.Шаргородский дает сведения о 15,2 %. По данным В.И.Лукьяненко 1986- 89,1%.

Данные литературы и наши наблюдения показывают, что одонто-генные остеомиелиты челюстей возникают во всех возрастных группах. Однако наиболее часто их наблюдают у детей в возрасте 4-7 лет и 20-40 лет. По данным Г.В.Наумова и Т.В.Черняпиной, больные одонтогенным остеомиелитом челюстей в возрасте 20-40 лет составляют 41%.

Этиология.

Возбудители О.В.П. – это микроорганизмы, которые обычно входят в состав постоянной микрофлоры полости рта, стафилококки, энтерококки, диплококки, грамположительные и грамотрицательные палочки. Кроме того в очагах острой инфекции иногда обнаруживаются грибы, микоплазмы, простейшие из семейства трихомонад, спирохет (Рогинский В.В., 1981).

По данным многих авторов, микрофлора О.О.И. чаще всего представлена монокультурой стафилококки или стрептококки группы ДФ и Г. Нередко встречаются ассоциации стафилококков со стрептококками, стафилококки с диплококками грамотрицательными палочками.

В последние годы при О.О.И. выявленные в очаге воспаления анаэробы имеют основания полагать, что если они и не вызывают воспаление, то по крайней мере влияют на его течение Чудаков О.П. 1977, Балин В.Н., Кочеровец В.И. 1980, Худояров И. и др. 1981 г.

В.И.Кочеровец 1981 обнаружил у всех больных О.О.Ч. и флегмонами наличие ассоциаций 3-4 представителей облигатной анаэробной флоры в виде фузобактерий бактериоидов, пептострептококков и т.п.

Кроме того у 70% больных найдены факультативные формы анаэробных стафилококков и стрептококков высокорезистентных к большинству антибиотиков.

Однако проникновение возбудителей гнойной инфекции в ткани макроорганизма еще не означает неизбежное возникновение И.В.П. оцениваемое, как заболевание.

Исследованиями F.Duran – Reynals (1942) для “завязывания” местного И.В.П. требуется определенная “критическая концентрация” возбудителя заболевания.

Таким образом развитие О.И.В.П. связано с внедрением через канал зуба или его пародонт инфекции. Характер течения И.В.П. зависит от: 1) видовой принадлежности микроба, 2) культуральных свойств.

Роль различных зубов в возникновении и развитии процесса далеко не одинакова. Наибольшая доля участия в возникновении О.О. принадлежит нижним коренным зубам, особенно первому и второму, а зубы мудрости занимают лишь третье место.

Роль возраста и пола. Чаще всего О.О.О.Ч. заболевают лица в молодом и среднем возрасте 16-18-40 лет. В отношении пола имеются противоречивые данные, но большинство авторов указывают, что чаще болеют лица мужского возраста.

Так И.Худояров из 2156 больных с различными формами О.О.И. отметил, что 54,5% больных составили мужчины преимущественно в возрасте 16-40 лет (59,8%).

Острые воспалительные процессы чаще встречаются от зубов нижней челюсти, по данным литературы соотношение воспалительных процессов нижней челюсти к верхней составляет 4:1 3:1. Так по данным И.Худоярова (1986) больных с поражением нижней челюсти было 73,71%. У 40,7% причиной И.В.П. явились 6 б.

Пути распространения инфекции из периодонта и лунки в окружающие ткани.

- 1) Распространение инфекции по протяжению из лунки через ее стенки гнойный экссудат вследствие повышенного давления в замкнутой периодонтальной щели имеет тенденцию распространяться во все стороны (И.Г.Лукомский).

На дне и стенках лунки имеется большое число мелких отверстий. Они являются устьями костных канальцев, через которые проходят сосуды, нервы, соединительно-тканые волокна.

- 2) Инфекция из надкостницы зуба и лунки может распространяться по протяженности (per continyitatum).

Этот путь создается гноем вследствие его протеолитических (расплавляющих) свойств. После расплавления окружающих тканей происходит прорыв гноя в различные разделы челюстно-лицевой области.

Клинические наблюдения и экспериментальные исследования показывают, что нередко О.О.О. возникает через сравнительно короткий промежуток времени (24-36 ч.) Естественно, что за столь короткое время образовавшиеся в периодонте гнойный экссудат не может расплавить костную ткань и проникнуть под надкостницу, а после расплавления надкостницы — в межфасциальные пространства, прилежащие к челюсти. Исходя из этих факторов М.М.Соловьев полагает, что в таких случаях речь идет о распространении в прилежащие к кости и мягкие ткани сывороточного белка, обладающего антигенными свойствами.

Как же антигены достигают надкостницы и межфасциальной клет-чатки. Через лимфатические и кровеносные капилляры.

Лимфатические сосуды, идущие от периодонта, делятся на две группы. Первая группа по данным Изачика проходит через отверстия альвеолы самостоятельно или вместе с кровеносными сосудами и соединяется с лимфатической сетью костного мозга и гаверсовых канальцев, впадает в сосуды надкостницы. Эти сосуды тонкостенны, так как состоят из одного слоя эндотелия и лишены клапанов. Движение жидкости в них происходит в обоих направлениях.

Вторая группа сосудов непосредственно соединяет лимфатическую сеть периодонта с надкостницей челюсти. Эти сосуды соединены многочисленными анастомозами с лимфатическими сосудами слизистой оболочки. В свою очередь мягкие ткани лица связаны также многочисленными лимфатическими сосудами с лимфатическими сосудами надкостницы и кости.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ЧЕЛЮСТЕЙ ПОЛОСТИ РТА И ШЕИ.

От нижних резцов Л.С. направляются в мягкие ткани, как вниз так и параллельно телу челюсти. Одни идут по передней, другие по задней поверхности челюсти в направлении угла челюсти анастомозируют с сосудами языка и слизистой оболочки полости рта. Большая часть сосудов анастомозирует между собой и собирается в лимфотических узлах под подбородочной областью.

В области 8765 5678 находятся анастомозы между стволиками надкостницы челюсти и сосудами идущими в нижнечелюстном канале, через подбородочное отверстие. Этим можно объяснить, как инфекция попадает в нижнечелюстной канал и вовлекает в воспаление сосудисто-нервный пучок (парестезия – симптом Венсана)

На верхней челюсти. Из области от центральных резцов до клыков лимфотические сосуды идут в лимфоузлы мягкого неба. Премоляры связаны лимфотическими путями с узлами мягкого неба, крыловидных и щечных мышц. Кроме того, установлена лимфатическая связь премоляров с подчелюстными и околоушными узлами. От больших коренных зубов Л.С. направляющаяся к окологлоточным и верхним глубоким шейным узлам.

Кроме того имеется связь лимфотической системы верхней челюсти с лимфоузлами подчелюстной области.

ТЕОРИИ ПАТОГЕНЕЗА ОСТЕОМИЕЛИТА.

Одной из первых теорий патогенеза остеомиелита является сосудистая или эмболическая теория. А.А.Боброва и Zexer.

Авторы этой теории исходят из особенностей кровоснабжения костной ткани. Исходя из того, что в метафизарных отделах костей имеется густая сеть кровеносных сосудов и часть сосудов заколачивается слепо в которой резко замедляется кровоток авторы полагают, что это приводит к механической задержке бактериального эмбола в одном из конечных сосудов. Осевший эмбол вызывает нарушение кровоснабжения, воспаление и некроз костной ткани.

Аллергическая теория. В начале XX века М.Arthus и Г.П.Сахаров установили, что после 4-5 кратного подкожного введения кроликам лошадиной сыворотки на месте разрешающей внутрикожной инфекции сыворотки возникает бурная воспалительная реакция с выраженной альтерацией, животным вводили идентичную сыворотку, был сделан вывод о том, что механизм наблюдаемого феномена связан с изменением способности организма кролика реагировать на повторное введение чужеродного белка. По существу этот феномен объяснил, каким путем слобопатогенные и непатогенные микроорганизмы, проникая из полости рта в периодонт и костную ткань вызывают тот бурный инфекционно-воспалительный процесс. Значительным вкладом в развитие теории патогенеза О. Явились эксперименты Смоленского патологического С.М.Дерижанова 1937-1940.

Анализируя все работы по воспроизведению остеомиелитов Дерижанов делит экспериментаторов на две группы.

- 1) Экспериментаторы, которые вводили в костный мозг животных различные химические вещества (щелочи, кислоты, кротонное масло и т.д.), но остеомиелит не развивался.
- 2) Экспериментаторы, которые вводили микроорганизмы в костный мозг (или в/в) и в этих случаях остеомиелит не развивался, за исключением тех случаев, когда опыт осложнился нанесением травмы.

Очень трудно было получить остеомиелит при непосредственном введении инфекции в костный мозг. В опытах Орлова и Эсаулова, даже перелом кости не способствовал развитию эксперимента остеомиелита. Анализируя литературу С.М.Дерижанов приходит к выводу, что хронически протека-

ющий остеомиелит не был получен ни путем введения инфекции в кост-ный мозг, ни путем введения ее в кровь, не вызывался остеомиелит также ни вирулетными, ни убитыми культурами микробов, ни химическими веществами. Травма также не всегда способствовала развитию остеомиелита.

Экспериментальный остеомиелит идентичный остеомиелиту у человека, вызван впервые С.М. Дерижановым, использованием фактора сенсibilизации организма.

Дерижанов поставил 4 серии опытов:

В первой серии : автор вызывал сенсibilизацию кроликов лоша-диной сывороткой. Затем введя разрешающую дозу сыворотки в костно-мозговую полость, получал асептический аллергический остеомиелит. У контрольных несенсибилизированных животных воспалительные явления в костях не отмечались .

Во второй серии: опытов в качестве разрешающей дозы было введено 500000 микробных тел белого стафилококка. В результате наблюдались те же гистологические изменения, что и при первой серии.

По мнению Дерижанова введение животному возбудителя может изменить течение аллергического воспаления. Даже при маловирулентных микробах картина воспаления кости может быть очень бурной и сложной.

В третьей серии: в целях сенсibilизации и в качестве разрешающей дозы использовались сыворотка и белые стафилококки , наблюдалось бурное острое течение остеомиелита с обширными участками некроза.

В четвертой серии – сенсibilизация осуществлялась сывороткой, в качестве разрешающей дозы вводились стафилококки. Перед введением разрешающей дозы голень животного покалывалась деревянной палочкой. Механизм развития остеомиелита в этой серии связан с легкой травмой – покалыванием палочкой. Этой травмы было достаточно, чтобы при воздействии незначительного количества микробных тел вызвать гнойный остеомиелит в одной кости.

В своих исследованиях С.М.Дерижанов не наблюдал в просветах сосудов ни тромбов ни эмболов и в силу этого отвергает точку зрения Лексера и Боброва объясняющих патогенез остеомиелита сосудистыми тромбами.

В результате исследований С.М.Дерижанова приходит к следующим выводам.

- 1) Острый инфекционный остеомиелит развивается только у сенсibilизированного человека.
- 2) Остеомиелит развивается у сенсibilизированного человека при наличии “дремлющей” инфекции и неспецифического раздражения травмы, охлаждения.
- 3) При остром остеомиелите одновременно поражаются воспалительным процессом костный мозг, периостит и мягкие ткани, которые окружают кость.

Таким образом эксперименты С.М.Дерижанова дали возможность объяснить, почему в кости челюсти гнойная инфекция, проникшая из ограниченного в пределах лунки очага, чаще всего не вызывает расп-

ространенного остеомиелита с присущими ему клиническими и морфологическими чертами. Эти данные явились основой для изучения остеомиелита челюстей.

Я.М.Снежко провел эксперименты на кроликах по Дерижанову, которые были разбиты на 2 группы.

Первая группа: кроликов была сенсibilизирована лошадиной сывороткой, вторая – контрольная. В процессе опытов Я.М.Снежко получил у кроликов О.Ч.О.Н. челюсти. У несенсibilизированных кроликов острый остеомиелит не развился.

Я.М.Снежко приходит к выводу, что острый остеомиелит челюсти у человека может возникнуть только после предварительной сенсibilизации организма микробами и продуктами их жизнедеятельности, находящихся в хронических одонтогенных очагах при любом ослаблении организма (переохлаждении, переутомлении и т.п.).

Работа Дерижанова и аллергическая теория не могла объяснить также факты, как более частое поражение детей, локализацию процесса в метафизах. И.С.Венгеровский (1964) писал, что аллергией нельзя объяснить и многообразие процессов, происходящих в организме при остеомиелите. Все это так сложно и не поддается учету, что ни предупредить появление сенсibilизации, ни даже установить ее существование и определить природу вызвавшего ее аллергена мы за немногим исключением не в состоянии.

Нервно-рефлекторная теория остеомиелита выдвинута М.М.Еланским (1954). Согласно ей возникновению остеомиелита способствует длительный рефлекторный спазм сосудов с нарушением кровообращения. Факторами, провоцирующими вазоспазм, могут быть раздражители, исходящие из внешней среды. При этом не отрицается роль сенсibilизации и наличие скрытой инфекции.

В обосновании Н.Р.Т. В.А.Башинская (1958-59 гг.) провела серию экспериментов. Применяя методику С.М.Дерижанова, она получила в первой серии опытов у большинства кроликов остеомиелит. Во второй серии опытов при равных условиях после инъекции разрешающей дозы аллергена вводились антиспастические вещества и развитие остеомиелита происходило во много раз реже. В третьей серии даже при наличии деструкции кости введение ганглиоблокаторов вызывало обратное развитие процесса.

Роль центральной нервной системы в патогенезе остеомиелита челюсти изучил Г.Н.Семенченко. Он накладывал металлическое кольцо на нижнечелюстной нерв, чем вызывал длительное раздражение (и очевидно сенсibilизацию организма). Затем препарировалось тело нижней челюсти и в костно-мозговую полость вводилась микробная флора и воспроизводили таким образом остеомиелит челюсти.

По видимому в каждой из этих теорий имеется определенная логика и их нельзя игнорировать.

Современное представление о патогенезе остеомиелита по М.М.Соловьеву связывают с распространением из периапикального инфекционного

воспалительного процесса в окружающие ткани сывороточного белка, обладающего антигенными свойствами.

По каналам остеонов и питательным каналам эти антигены достигают надкостницы и межфасциальной клетчатки. Наличие густой сети капилляров способствует проникновению антигенов через их стенку в сосудистое русло. Здесь они соединяются с циркулирующими в крови антигенами и образуют комплексы, наличие которых обуславливает возникновение иммунопатологической реакции по типу феномена Артюса-Сахарова с характерным для нее повреждением эндотелия, внутрисосудистым свертыванием крови, нарушением микроциркуляции, некрозы ткани и последующим развитием воспаления.

Такое представление может объяснить быстрое развитие периодонтитов, околочелюстных флегмон и абсцессов, при которых гной не “прорывается” из кости, а образуется в околочелюстных мягких тканях в результате проникновения сюда бактериальных антигенов из первичного очага острой инфекции.

Преимущественное поражение околочелюстных мягких тканей М.М.Соловьев объясняет следующим образом: из очага острой инфекции в парадонте бактериальные антигены, которые сами по себе могут и не обладать повреждающим действием, распространяться через компактный слой кости в околочелюстные мягкие ткани. В сенсibilизированном организме вероятность их встречи с антителами (свободными или фиксированными на клеточной мембране Т лимфоцитов) выше в тех тканях, где гуще сеть капилляров, где лучше условия для клеточной инфильтрации т.е. в рыхлых, хорошо васкуляризированных околочелюстных тканях (по сравнению с костной тканью). Образующийся при такой встрече комплекс антиген-антитело приводит к развитию иммунопатологических реакций, которые сопровождаются повреждением тканей и воспалением.

На предыдущей лекции мы указывали, что острые гнойные процессы ЧЛО развиваются 80-90% случаев в результате обострения хронического воспалительного процесса в периодонте.

Каковы причины обострения хронических очагов инфекции.

Как уже говорилось ранее между инфекционным очагом и организмом больного устанавливается равновесие. Барьером на пути одонтогенной инфекции является соединительно тканная капсула (гранулема), которая ограничивает распространение микробов и продуктов жизнедеятельности в прилежащие к очагу ткани, их поступление в сосудистое русло.

Равновесие может быть нарушено при:

- 1) повышение вирулентности микрофлоры из за :
 - а) нарушения оттока ,
 - б) повышение концентрации микробов и их токсинов,
 - в) создание оптимальных условий для анаэробной микрофлоры.
- 3) механическое повреждение соединительно тканной капсулы, что сопровождается повышением ее проницаемости.
 - а) при удалении зуба
 - б) перегрузке зуба

в) изменение функционального состояния иммунологических систем, т.е. реактивности организма, его способности реагировать на раздражитель.

Это может произойти в результате:

А) охлаждения,

Б) перегревания,

В) физического и эмоционального перенапряжения,

Г) чрезмерного общего ультрафиолетового облучения,

Е) интеркуррентных заболеваний и т.д.

Все эти факторы вызывают у человека развитие общей стереотипной реакции – реакции активации, которая по своей сущности соответствует первой стадии стресса, стадии тревоги. Проявляется она повышением функциональной активности большинства звеньев иммунологической системы: увеличивается содержание в крови специфических (антитела) и неспецифических (комплемент, пропердин), гуморальных факторов, повышается активность фогоцитирующих клеточных элементов (микро и макрофаги) возрастает их количество.

4. Системы гипоталамус – гипофиз- кора надпочечника в норме задерживает сенсбилизацию организма, подавляет развитие воспалительной реакции и тем самым поддерживает равновесие между очагом хронической одонтогенной инфекции и организмом больного. Однако длительное существование хронических очагов инфекции может сопровождаться развитием скрытой функциональной недостаточности указанной системы. На этом фоне воздействие на организм больного разнообразных раздражителей общего характера (интоксикация, переохлаждение и т.д.) приводит в ряде случаев к истощению системы гипоталамус- гипофиз-кора надпочечника - это ослабление контроля со стороны регулирующей системы сопровождается активацией инфекционно аллергического процесса.

Факторы определяющие возникновение деструкции костной ткани и объем ее поражения.

Выше мы уже говорили, что О.О.И.В.П. в одних случаях носит ограниченный характер (периодонт, периостит), в других –остеомиелит с деструкцией обширных участков кости или флегмоны нескольких анатомических пространств. Знание факторов, определяющих объем поражения тканей имеет большое значение для рационального лечения.

К числу таких факторов М.М.Соловьев относит: 1) вирулентность инфекционного начала, 2) общую иммунологическую реактивность (ОИР), 3) состояние местного иммунитета тканей ЧЛЮ, 4) состояние кровообращения (микроциркуляции).

Вирулентность микрофлоры инфекционного очага по В.И.Иоффе (1968) зависит от свойств и количества микробов. Так у больных с О.О.И. вызванной патогенным стафилококком, вероятность развития остеомиелита в 2-3 раза выше, чем у больных, у которых в роли возбудителя выступает непатогенный стафилококк (Биберман Я.М. 1968).

Уровень ОИР организма т.е. его потенциальная способность своевременно и в должной мере использовать защитно приспособительные реакции направленная на уничтожение, подавление роста и ограничение зоны

распространения возбудителей заболевания, во многом определяет характер течения О.О.И.В.П. и выраженность деструкции костной ткани.

М.М.Соловьев в эксперименте установил, что снижение ОИР общим рентгеновским облучением, введением массивных доз глюкокортикоидов, охлаждения, мышечного переутомления, развития инфекционно воспалительного процесса в области нижней челюсти сопровождается возникновением обширной деструкции костной ткани. То же самое мы наблюдаем и в клинике.

Местный иммунитет тканей ЧЛО области, состояние местного иммунитета во многом определяет вероятность возникновения и характер развития И.В.П. Оно зависит от способности тканей этой области продуцировать и накапливать факторы неспецифической или специфической защиты, таких, как лизоцим секреторный Ig A , интерферон, комплемента, пропердина. Обитающие в полости рта инфекционные начала и местные факторы защиты находящиеся в динамическом равновесии и могут существовать достаточно долго. Определенная роль в поддержании такого равновесия принадлежит естественным ингибиторам ферментов. Регулируя течение метаболических процессов, они в тоже время могут ингибировать бактериальные анзимы, выступающие в роли факторов агрессии, факторов повреждения.

Нарушение кровообращения.

Разбирая теории остеомиелита. мы уже говорили о сосудистой теории Боброва и Лексера, по мнению этих авторов некроз кости у больных гематогенным остеомиелитом является следствием нарушения кровообращения в зоне разветвления, так называемой канцевой артерии в результате обтурации и просвета бактериальными эмболами. Хотя это теория и не объяснила патогенез остеомиелита, но и не была исключена из факторов способствующих остеомиелиту. Исследованиями В.М.Уварова 1939-57 установлено, что секвестры своей формой и объемом соответствуют зонам васкуляризации той или иной артерии. В.И.Лукьяненко (1968) связывает возникновение обширной секвестрации на нижней челюсти с тромбозом, эмболией или сдавлением основного ствола нижнеальвеолярной артерии.

Клинические наблюдения позволяют не согласиться с таким мнением т.к. пересечение сосудисто нервного пучка при операциях на нижней челюсти (прогнатии) не сопровождается некрозом. Это подтверждает и эксперименты Т.М.Алеховой 1977.

По мнению М.М.Соловьева надо ожидать первоочередного поражения на крупных артериях, а более уязвимых элементов сосудистой системы, составляющих микрососудистое русло. Оно включает в себя артериолы, препиллярные артериолы, кровеносные капилляры, посткапиллярные вены.

Одной из причин нарушения микроциркуляции может быть непосредственное повреждение эндотелия капилляров комплексами антиген-антител, которые фиксируются на клеточных мембранах, а затем фагоцитируются нейтрофильными лейкоцитами. В результате повреждения клеточных мембран освобождаются лизосомальные энзимы, медиаторы

воспаления и происходит активация калликреин кининовой системы. Конечный продукт этой системы – брадикинин- влияет на тонус и проницаемость сосудов микроциркуляторного русла, реологические свойства крови, состояние свертывающей и фибринолитической системы (Прохончуков А.А. 1972) . Повышение коагуляционного потенциала на фоне ухудшения реологических свойств крови и замедления скорости объемного кровотока может быть причиной внутрисосудистого свертывания крови с полным либо частичным нарушением микроциркуляции в том или ином участке челюсти (Ольшевский В. А 1982) ведущий к стойкой гипоксии и повреждению (некрозу) кости. Освобождающиеся при этом так называемые тканевые гармоны (простагландины) и другие биологически активные вещества вызывают развитие воспалительной реакции, обеспечивающие отторжение и рассасывание некротизированной кости.

Другая причина нарушения микроциркуляции связана с внесосудистым механизмом окклюзии. Возникает сдавление сосудов воспалительным инфильтратом периваскулярной клетчатки (Гринев М.В. 1977).

Этому способствует то обстоятельство, что острый одонтогенный воспалительный процесс возникает в относительно замкнутом костномозговом пространстве, имеющем небольшой объем и ригидные стенки. В связи с этим экссудация, как неотъемлемый составной компонент воспаления, быстро приводит к внутрикостной гипертензии с превышением показателей нормы в несколько раз (в норме внутрикостное давление составляет 0,29-0,39 кПа, или 30-40 мм.вод.ст.т.е. приблизительно уравнивает давление в венах). Внутрикостная гипертензия вызывает в первую очередь сдавление тех вен, в которых по сравнению с другими звеньями кровеносной системы давление наименьшее. При сохранном притоке крови это сопровождается переполнением микроциркуляторного русла, замедлением кровотока вплоть до стаза.Изменение артериального кровотока в подобных случаях наступает вторично

Доказательством наличия описанных расстройств гемодинамики служат результаты реографических исследований В.А.Ольшевского и соавт. (1982). У больных с острыми одонтогенными воспалительными процессами в области нижней челюсти эти ученые наблюдали снижение объемного кровотока, затруднения артериального притока и особенно венозного оттока. Эти данные подчеркивают важность своевременного проведения у больных с острой одонтогенной инфекцией мероприятий по нормализации внутрикостного давления путем удаления “ причинного “ зуба, компактостеоперфорации либо создания условий для беспрепятственного оттока экссудата через канал корня зуба.

Теперь становится ясно, что патогенез одонтогенного остеомиелита связан с одновременным участием первого и второго механизмов нарушения микроциркуляции. Более того, эти два вида нарушений микроциркуляции взаимосвязаны. Например, внутрисосудистое свертывание крови вызывает некроз ткани, приводит к высвобождению медиаторов воспаления и , далее, к усилению экссудата, нарастанию внутритканевой(внутрикостной) гипертензии, вызывающей внесосудистую окклюзию отводящих сосудов.

Наблюдающиеся при этом замедление кровотока и переполнение микроциркуляторного русла, в свою очередь, способствует внутрисосудистому свертыванию крови.

Признание ведущей роли внутрисосудистого свертывания крови и внесосудистой окклюзии отводящих внутрикостных сосудов в нарушении микроциркуляции при одонтогенном остеомиелите не исключает необходимости учета и других механизмов сосудистых расстройств. Поскольку при остеомиелите всегда вовлекается в воспалительный процесс надкостница, к внесосудистой окклюзии внутрикостных сосудов присоединяется окклюзия экстраоссальных сосудов, вызванная давлением экссудата, скапливающегося между челюстью и надкостницей. При этом утрачивает возможность включения таких резервных механизмов, как коллатеральное кровообращение, через анастомозы между интра- и экстраоссальными системами кровоснабжения. Своевременное оперативное вмешательство-рассечение надкостницы с эвакуацией скопившегося под ней гноя – считают важным элементом мероприятий по предупреждению нарушений микроциркуляции у больных с острой одонтогенной инфекцией. Такое оперативное вмешательство не должно приводить к неоправданно широкой отслойке надкостницы.

Известно, что остеомиелит с выраженной деструкцией кости на нижней челюсти наблюдают в 4 раза чаще, чем на верхней челюсти. С учетом изложенных выше механизмов повреждения кости причина этого становится понятной: она в различиях васкуляризации и структуры костного вещества челюстей. В частности, компактная пластинка верхней челюсти гораздо тоньше и более порозна за счет множества пронизывающих ее каналов, в которых проходят нервы, кровеносные сосуды.. В связи с этим бактериальные токсины, микроорганизмы и продукты тканевого распада легче и быстрее проникают в околочелюстные ткани, вызывая там развитие воспалительного процесса. На нижней челюсти более мощная и менее порозная компактная пластинка препятствует распространению микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности в околочелюстные ткани, поэтому их концентрация в кости может возрастать до такого уровня, при котором они вызывают повреждение тканевых структур, т.е. развитие деструкции костной ткани. Кроме того, благодаря меньшей порозности внутрикостное давление, вызванное экссудацией, быстрее достигает такой величины, при которой происходит окклюзия сосудов с последующим нарушением микроциркуляции. Нарушению кровообращения нижней челюсти способствует тот факт, что главным источником ее кровоснабжения служит нижняя альвеолярная артерия, расположенная в костном канале.

Большую толщину и меньшую порозность компактного слоя нижней челюсти считают причиной отторжения участков некротизированной кости, т.е. период формирования секвестров в области нижней челюсти в 1,5-2 раза превышает сроки образования секвестров в области верхней челюсти.

Острый одонтогенный периостит челюстей – это ограниченное воспаление надкостницы альвеолярного отростка на протяжении нескольких зубов.

Этиология – это та же инфекция, о которой говорилось в разделе этиология острой одонтогенной инфекции. Патогенез этого заболевания нами был изложен выше.

Патологическая анатомия:

Различают острый (серозный, гнойный) и хронический периостит.

Патологическая анатомия по описанию Г.А.Шаргородского. В начальном периоде острого одонтогенного периостита челюстей надкостница утолщена, отечна, инфильтрирована лейкоцитами. В периосте и прилежащих мягких тканях происходят значительные изменения сосудов

(полнокровие, стаз, кровоизлияния). Появляется выраженная лейкоцитарная инфильтрация околосоудистой клетчатки. Скопление серозно-гнойного экссудата может вызвать отслойку надкостницы от кости. Постепенно в экссудате нарастает количество клеточных элементов и он приобретает гнойный характер. В центре инфильтрата возникает некроз с гнойным расплавлением. Это сопровождается нарушением целостности надкостницы и распространением инфекционно-воспалительного процесса за ее пределы.

При остром одонтогенном периостите в месте соприкосновения гнойного очага с кортикальной пластинкой челюсти возникают реактивные воспалительные и дистрофические изменения, выражающиеся в остеокластической резорбции кости. Резорбированная кость замещается клеточно-волокнутой тканью. Параллельно резорбции костной ткани протекают репаративные процессы.

Клиническая картина:

Развитию клинических признаков периостита предшествует картина обострения хронического периодонтита. Причинный зуб может быть подвижным, прикосновение к нему вызывает резкую боль возникает чувство “выросшего зуба”. Локализованная боль по мере распространения процесса в надкостницу иррадирует в челюсть, в висок, ухо, глаз шею, появляется отек окологлазничных мягких тканей его локализация зависит главным образом от расположения причинного зуба. На уровне корня причинного и соседних с ним 2-3 зубов переходная складка сглаживается с переходом процесса в гнойную форму и формированием подкостничного абсцесса самочувствие ухудшается, возникает слабость, повышается температура тела, появляется головная боль, пропадает аппетит нарушается сон. Болевые ощущения распространяются на соответствующую половину челюсти. Коллатеральный отек прилежащих мягких тканей и его распространение зависит от воспалительного процесса. Подкостничный абсцесс чаще возникает с вестибулярной стороны альвеолярного отростка, реже с небной и язычной сторон. Объясняется это анатомическими особенностями строения челюстей. Постепенно гной расплавляет надкостницу и проникает под слизистую оболочку вестибулярного пространства где формируется поддесневой абсцесс. В целом гнойник представляет собой песочные часы т.к. располагается под десной и поднадкостницей. В таких случаях можно определить флюктуацию. Общее состояние удовлетворительное температура тела в пределах 37,3-37,8°C в крови лейкоцитоз СОЭ – 15-20 мм/ч.

Острый гнойный периостит верхней челюсти с локализацией с небной стороны имеет свои особенности. Характерно появление сильных распирающих болей. Ввиду отсутствия подслизистого слоя отек выражен незначительно (Васильев Г.А. 1972).

По мере формирования поднадкостничного гнойника и расплавления надкостницы на уровне причинного зуба гной прорывается под слизистую неба и свисает в полость рта в виде полукруга, при пальпации этого участка можно определить наличие балотирующего жидкого гноя.

Отек прилежащих мягких тканей зависит от локализации причинного зуба. Если причиной периостита являются центральный и боковые резцы верхней челюсти сильно отекает верхняя губа и крылья носа – клык верхней челюсти, отек распространяется на щечную и подглазничную области, крыло носа, угол рта, нижнее веко, а иногда и на верхнее веко. Глазная щель суживается, глаз может быть закрыт. От премоляров и первого моляра верхней челюсти отек захватывает щечную, подглазничную и скуловую области, распространяется на нижнее веко и верхнюю губу. Сглаживается носогубная борозда. При периостите от второго и третьего моляров припухлость занимает скуловую, щечную и верхний отдел околоушно-жевательной области.

Если причиной периостита явились центральные и боковые резцы нижней челюсти возникает отек нижней губы и красной каймы губы выдвигается вперед и свисает. Отек может распространяться и на подбородок.

Если источником инфекции являются клыки и премоляры, отек захватывают нижние а иногда и средний отдел щеки. Может распространиться на нижнюю губу, угол рта и поднижнечелюстную область.

Если источником инфекции являются моляры отек занимает нижний и средний отделы щечной области, иногда околоушно-жевательную и поднижнечелюстную области.

От премоляров и первого моляра нижней челюсти может развиваться периостит в области язычной поверхности альвеолярного отростка. В таких случаях развивается отек и гиперемия слизистой подъязычной области. Подъязычный валик увеличивается и смещает язык в здоровую сторону. Если воспалительные явления распространяются на область крыловидно-челюстной складки и небных дужек появляется болезненность при глотании. Движения языка становятся болезненными. Возможно развитие лимфаденита в подчелюстной или подбородочной областях.

Клиника острого остеомиелита челюстей:

Клиническая картина острого остеомиелита многообразна. Больные остеомиелитом, как правило отмечают, что в начале появились боли в области “причинного” зуба и картина по их рассказам укладывается в клинику обострившегося хронического периодонтита. В дальнейшем процесс распространяется и на соседние зубы, которые становятся подвижными, болезненными при перкуссии. Боль усиливается иррадирует по ветвям тройничного нерва, охватывает всю челюсть возможно появление чувства

онемения красной каймы нижней губы, слизистой оболочки преддверия рта и кожи подбородка. Десна на уровне 3-4 зубов и более отечна гиперемирована. Переходная складка сглажена – имеется типичная картина периостита. Из пародонтальных карманов подвижных зубов выделяется гной и зловонный запах изо рта. По мере распространения процесса в мягкие ткани формируются околочелюстные абсцессы и флегмоны, вовлекаются лимфатические узлы.

По данным В.А. Козлова (1988) одонтогенные остеомиелиты осложняются флегмонами различных локализаций в 81,78% случаев. Вовлечение жевательных мышц ведет к сведению челюстей.

Общая реакция организма проявляется лихорадкой, учащением пульса и дыхания, ознобом. Как правило больные жалуются на головные боли, нарушение сна, аппетита, общую слабость.

Ответная реакция организма зависит от вирулентности инфекции, резистентности организма больного и протяженности патологического процесса.

Температура тела может повышаться до 39-40°C, но не всегда у части больных остеомиелит протекает и при субфебрильной температуре.

При исследовании крови можно установить нейтрофильный лейкоцитоз $12-15 \times 10^9/\text{л}$ с появлением молодых форм. Эозино и лейкопению, нарастает показатель ЛИИ СОЭ повышается до 40-60 мм/ч.

В моче появляются следы белка.

Подострая стадия.

Подострая стадия остеомиелита, по образному выражению С.М.Дерижанова (1940) напоминает место после перенесенного урагана, где мобилизуются все силы и средства, чтобы восстановить погибшее. Для перехода в подострую стадию характерно улучшение общего состояния: нормализация температуры, снижение лейкоцитоза и СОЭ, сна и аппетита, исчезают головные боли, слабость, местно раны очищаются, выделение гноя прекращается. Зубы расположенные в зоне воспалительного очага укрепляются.

Продолжительность этой стадии по определению разных авторов длится от 1-2 недель до 8-12 недель. Ее продолжительность во многом зависит от резистентности организма, возраста больного, формы остеомиелита, своевременности и объема лечения проведенного ранее.

Хроническая Стадия.

Хроническая стадия остеомиелита челюстей самая продолжительная. Для нее характерно формирование внутри и внеротовых свищей в местах разрезов и удаленных зубов и образование секвестров. Мелкие секвестры могут выходить из свищевых ходов или рассасываться (литическая форма). Если секвестры крупные вокруг них формируется секвестральная коробка.

А.Г.Шаргородский 2002 считает, что есть определенная зависимость локализации формирующегося секвестра от расположения входных ворот инфекции. По мнению автора при поражении передней группы зубов и премоляров секвестрация ограничивается альвеолярным отростком или

средним отделом тела нижней челюсти. В случаях, когда источником инфекции выступают моляры, наряду с поражением альвеолярного отростка и тела челюсти в воспалительный процесс вовлекаются угол и ветвь нижней челюсти. Необходимо подчеркнуть, что у взрослых при локализации остеомиелитического процесса в области тела нижней челюсти секвестрируются лишь участки кости, прилежащие к “причинному” зубу. Край челюсти остается непораженным. При деструктивном остеомиелите может произойти патологический перелом. У отдельных больных деструктивные и репаративные процессы протекают активно. У других больных преобладают гиперпластические процессы – и заболевание протекает, как первично-хроническое, без острой стадии. При этой форме свищи отсутствуют. Заболевание длится годами. Возможны и другие формы хронического остеомиелита, когда мелкоочаговые участки деструкции располагаются не сплошным массивом, а чередуются со здоровыми участками костной ткани- гнездный мелкоочаговый остеомиелит.

Методы обследования больных с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

В связи с изменением типичной картины одонтогенных воспалительных заболеваний и развитием тяжелых осложнений существенное значение приобретает ранняя диагностика и прогнозирование течения заболевания. Важно не только определить форму болезни, но и точно установить локализацию, распространенность инфекционно-воспалительного процесса, состояние окружающих тканей и ориентируясь на это, планировать дифференцированное лечение с учетом прогноза заболевания.

В условиях стоматологической поликлиники хирург-стоматолог лишен возможности элементарного лабораторного обследования. В этих условиях интерпретация клинических признаков, выявленных при опросе и осмотре больного, всецело зависит от опыта и квалификации врача. Для таких заболеваний, как периодонтит, периостит, остеомиелит челюсти характерно появление одних и тех же признаков, таких как боль в зубе, челюсти, припухлость мягких тканей, подвижность зубов, повышение температуры тела, нарушение сна, потеря аппетита и др. Отличаются они только количественными и качественными характеристиками

(Д.У.Мирахмедова, 1989) .

Последние годы в медицине широко привлекаются к решению вопросов диагностики, прогнозирования тяжести течения заболеваний, компьютерная томография, математические методы и ЭВМ.

По данным М.В.Hall, D.M.Arteada, A.Manruso (1985) компьютерная томография может быть успешно использована для определения локализации инфекции в клетчаточных пространствах головы и шеи.

Если распространенность патологического процесса в мягких тканях можно установить, основываясь на данных осмотра и выявления тех или иных функциональных нарушений, решение вопроса о вовлечении костной ткани в патологический процесс осуществляется в основном с учетом данных рентгенологического исследования.

По данным ряда авторов (В.И.Лукьяненко, 1968,1986, М.М.Соловьев, 1969, Т.К.Супиев, 1985, Н.А.Рабухина и соавт, 1988, 1989,

J.V.Murphy, J.Nacgua et al. , 1985) при любой форме одонтогенной инфекции имеют место изменения в костной ткани. Но рентгенологические признаки поражения костной ткани можно проследить только на 10-14 день развития процесса. В связи с этим на ранних стадиях заболевания об объеме поражения тканей обычно судят лишь косвенно на основании клинических проявлений воспалительного процесса в кости.

В целях диагностики и прогнозирования течения одонтогенного инфекционного процесса предлагается использование таких клинических, гематологических, биохимических и иммунологических тестов, как температурная реакция, количественное и качественное изменение клеточного, белкового, электролитного состава периферической крови, содержания в ней неспецифических и специфических факторов иммунитета, СОЭ, функциональная активность лейкоцитов и т.д.

Перечисленные клинко-лабораторные исследования дают представление об остроте воспалительного процесса, позволяют судить о динамике течения заболевания, но ни один из них не является специфичным, характерным для поражения костной ткани. Следовательно, они не могут служить достаточным основанием для суждения об объеме поражения костной ткани. В.М.Уваров(1971), В.И.Лукьяненко(1968-1986) и другие указывают , что на основе изменений картины крови нельзя судить о распространенности заболевания. С этим мнением необходимо безусловно согласиться, ибо все перечисленные тесты являются проявлением неспецифических реакций организма.

Тепловизионная и ультразвуковая диагностика в клинической медицине

В клинической медицине для диагностики патологических процессов и оценки эффективности лечения все больше находят применение неинвазивные методы. В их число входит электротермометрия, термография и ультразвуковая диагностика.

Электротермометрия при воспалительных процессах челюстно-лицевой области представляет собой метод косвенного определения интенсивности обменных процессов и кровоснабжения в коже и подлежащих тканях.(Е.К.Лукьяненко и соавт., 1985).

Тепловизионное исследование основано на принципе регистрации интенсивности спонтанного инфракрасного излучения.

Все существующие методы измерения температуры разделены на две группы: контактные методы (термометрия) и дистанционные (пирометрия) - И.Г.Горцен и соавт., (1979) , М.А.Горшанович(1981), М.М.Мирошников и соавт, (1981), Р.И.Галстян, А.М.Саакян (1984), В.Я.Мазурин (1984).

В стоматологии цветная контактная термография была применена И.Худояровым и М.В.Мухиной (1974) для диагностики воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. По данным авторов , термография дает существенно больший объем информации. Метод нагляден и позволяет получить данные, характеризующие распространенность и локализацию патологического процесса.

На сегодняшний день большее применение получил дистанционный метод регистрации инфракрасного излучения в виде изображения на экране

электронно-лучевой трубки (ЭЛТ), электрохимической бумаге или фотопленке в виде термограмм, представляющих собой черно-белые изображения, на которых тепловые зоны – белые, холодные – темные, а промежуточные имеют черные тона. Тепловизионная диагностика патологических процессов человека основана на выявлении степени термоасимметрии и определении температурного перепада в симметричных областях (М.А.Студеникин и соавт., 1970, Г.А.Терентьева, 1974, 1978, Ю.Н.Богин и соавт., 1978, В.Е. Шитилин и Е.В. Дворовенко, 1980, Н.В. Леонтьева и соавт., 1981).

При остром периодонтите с формированием абсцесса на десне отмечено повышение интенсивности инфракрасного излучения (М.Ф. Сухарев, 1978).

Термография была применена для диагностики воспалительных поражений слюнных желез (И.Ф.Ромачева и соавт., 1972, 1972, Т.П. Макаренко с соавт., Н.С.Макеевой и соавт., 1974, В.В.Афанасьевой, 1976, Ю.Н.Богин и соавт., 1976).

М.Ф.Сухарев (1979), М.Ф.Сухарев, Л.Х.Сийак (1989), М.И.Азимов (1991) детально занимались применением тепловидения при гнойных воспалительных заболеваниях челюстно – лицевой области.

Установлено, что применение тепловидения в стоматологической практике, особенно в поликлинических условиях, в значительной степени расширяет клинические возможности в распознавании и проведении дифференциальной диагностики острых воспалительных заболеваний, что способствует назначению своевременного лечения. По нашему мнению, термография в сочетании с клиническими, рентгенологическими и лабораторными методами исследования позволит улучшить диагностику и контроль эффективности проводимого лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

По нашим исследованиям (М.И.Азимов 1991), тепловое излучение кожи лица здоровых детей является симметричным на обеих сторонах, а его параметры изменяются в зависимости от возраста. У детей младшей возрастной группы преобладает мозаично-горячий и горячий тип термографического отображения. У детей 8-14 лет также, как и у взрослых однократно часто встречаются холодный и мозаично-горячий тип, но несколько преобладает мозаично-холодный (промежуточный) тип. Преобладание мозаично-горячего типа термографического отображения обусловлено особенностями строения и кровоснабжения кожи и подкожной клетчатки лица детей младшего возраста.

Термографическая картина зависит от формы и распространенности воспалительного процесса. Для гнойного одонтогенного периостита у детей характерна локальная гипертермия умеренной интенсивности, с неоднородной структурой, нечеткими границами, значительно превышающими гнойную полость. Чем младше ребенок, тем больше несоответствия между гнойной полостью и зоной гипертермии.

У взрослых больных периоститом зона гипертермии носит локальный характер, умеренной интенсивности.

У детей 3-7 лет больных периоститом нижней челюсти, зона гипертермии распространялась на область щеки, подчелюстную область. Нередко при периостите в подчелюстной области выявляли очаги повышенного инфракрасного излучения округлой или овальной формы, обусловленными воспалением регионарных лимфоузлов. Перепад температуры в зоне гипертермии у больных 3-7 лет периоститом нижней челюсти составляет $1,9-0,3^{\circ}\text{C}$, у детей старшей возрастной группы $1,6-0,25^{\circ}\text{C}$, у взрослых $1,5-0,9^{\circ}\text{C}$.

При периостите верхней челюсти у детей 3-7 лет наблюдали зоны термоасимметрии не только в подглазничной области, но и щеки, боковой поверхности носа, при этом зона гипертермии значительно превышает гнойную полость. У детей старшей возрастной группы зона гипертермии не носит столь распространенный характер и приближается к картине характерной для взрослых. Температурный перепад у детей младшей возрастной группы составил $2,1-0,5^{\circ}\text{C}$. У детей старшей возрастной группы $1,7-0,3^{\circ}\text{C}$, а у взрослых $1,2-0,3^{\circ}\text{C}$.

У взрослых больных периоститом зона гипертермии носила локальный характер, умеренной интенсивности однородной структуры, четкими границами и больше соответствует величине гнойной полости.

Термография дает весьма ценную информацию о распространенности воспалительного процесса у больных одонтогенными абсцессами, флегмонами и остеофлегмонами. Площадь и интенсивность тепловой радиации зависит от фазы и распространенности воспалительного процесса.

У детей 3-7 лет в острой фазе одонтогенного остеомиелита и одонтогенной флегмоны выявляется зона повышенного инфракрасного излучения распространенного характера, превышающая инфекционный очаг. В центре этой зоны выявляется очаг локальной термической активности, соответствующей гнойной полости и по видимому распространенности гнойного процесса в челюстных костях. У взрослых при одонтогенных абсцессах, флегмонах и остеофлегмонах занимающих одну анатомическую зону, таких как подглазничная, щечная, подчелюстная, подбородочная, околоушножевательная зона интенсивной термоасимметрии соответствует распространенности процесса. Перепад температуры составил $2,4-0,2^{\circ}\text{C}$. При локализации воспалительного процесса в околочелюстном пространстве, челюстно-язычном желобке, подвисочной и крылонебной ямке термоасимметрия не выявляется.

При разлитых флегмонах наблюдается зона повышенной тепловой радиации над несколькими анатомическими пространствами. Температурный перепад над гнойным очагом и симметричной здоровой стороной лица составляет до $2,8-0,3^{\circ}\text{C}$.

В подострой фазе одонтогенной флегмоны и остеомиелита челюстей наблюдается уменьшение площади термоасимметрии и температурного перепада. По мере заживления операционной раны у больных флегмонами исчезает термоасимметрия.

Исследования показали, что по термограммам можно судить о распространенности инфекционно-воспалительного процесса в мягких

тканях, расположенных на поверхности челюстных и лицевых костей. Можно выявить состояние регионарных лимфатических узлов при одонтогенных воспалительных процессах. Термография, проведенная в динамике дает информацию о стихании воспалительных явлений или формировании затеков.

Наряду с положительными качествами, метод имеет и недостатки. Прежде всего это то, что не может быть использован для диагностики воспалительных процессов в глубоких пространствах челюстно-лицевой области, не дает представления о глубине залегания процесса. Данные термографии не дают картины специфичной для одонтогенного остеомиелита в острой фазе заболевания. Для проведения исследования необходим стационарный кабинет и подготовка больного, особенно детей младшего возраста.

Применение ультразвука в диагностических целях.

Общеизвестно, что при любом патологическом процессе в очаге поражения изменяются не только морфологическая структура, но и его физико-механические свойства. Эти изменения стало возможным регистрировать используя весьма ценное свойство ультразвуковой волны – способность отражаться от границ двух сред с различной акустической плотностью. Метод регистрации отраженных ультразвуковых колебаний от границы раздела тканей, незначительно отличающихся по плотности называется эхографией (А.А.Фазылов, 1980, А.А.Дустмурадов, 1983 и др.)

Одной из первых работ, посвященных изучению возможности ультразвуковой диагностики воспалительных процессов мягких тканей челюстно-лицевой области, явилось исследование ассистента кафедры хирургической стоматологии ТашМИИ М.Ю.Мирзамахмудова (1979). Автором определены разрешающие способности отечественных ультразвуковых диагностических аппаратов УДА 724 и УДА 871. В процессе работы была разработана оригинальная методика исследования ультразвуком и оптимальные практические линии сканирования мягких тканей лица: подбородочной, подчелюстной, дна полости рта, позадичелюстной, околоушножевательной, щечной, подглазничной, скуловой, височной и других областей. В то же время попытка исследования окологлоточной, крыловидночелюстной, подвисочной и полости рта показала, что датчики аппаратов конструктивно не приспособлены для исследования этих областей. Несмотря на ограниченные возможности использованной аппаратуры автор установил, что одномерная и двухмерная эхография могут быть использованы для диагностики воспалительных процессов мягких тканей. На эхограммах можно было получить представление о глубине расположения и протяженности гнойника.

Значительные успехи в клинической медицине достигнуты разработкой и внедрением ультразвуковых приборов второго поколения В-сканеров второго типа, работающих в режиме реального времени. Основное отличие приборов этого типа заключается в том, что считывание информации в них происходит непрерывно, а изображение, появляющееся на экране, не запоминается, а с большой частотой сменяется новым. Частота смены изображения настолько велика, что изображение воспринимается как

непрерывное. При ультразвуковой томографии получают диагностическую информацию о состоянии анатомических структур, их взаимном расположении, конфигурации, размерах, функции и др. В отличие от одномерной эхографии при ультразвуковой томографии информация получается послойной т.е. многослойной и многопроекционной. Для получения ультразвуковых томограмм необходимо, чтобы датчик перемещался над исследуемым объектом, отраженные сигналы от которого отображаются на экране ЭЛТ в виде светлых световых точек или линий, пространственное расположение их полностью соответствует пути, совершенному датчиком и глубине проникновения ультразвука.

Длительное время считалось, что ультразвуковая томография не эффективна при диагностике патологии костной ткани в связи с высоким процентом поглощения ультразвука в кости (более 9 дБ/см.) Коэффициент отражения на границе мышца-кость 57,9% (М.М.Богер, С.А.Мордвов 1988).

Исследования последних лет показали, что эхотомография успешно применяется и для диагностики костной патологии, так как опухолевые и воспалительные поражения костей, в основном сопровождаются остеопорозом, благодаря чему они становятся доступными для эхографического исследования. (И.П.Кролевец и соавт., 1974, Ф.Л.Аляви и соавт., 1984, Н.Н.Мазалова, Х.А.Агзамходжаева, 1984, В.Г.Сапожников и соавт., 1985, М.А.Исамухамедова, 1988).

На эхограммах полученных на современных ультразвуковых приборах хорошо визуализируется здоровая кожа, подкожная клетчатка, жевательные мышцы, слюнные железы, лимфатические узлы и крупные сосуды.

У детей 3-7 лет можно визуализировать не только наружный компактный слой нижней челюсти, но и губчатое вещество. На эхотомограммах можно получить и отраженные сигналы от внутренней компактной пластинки. В тоже время на эхограммах нельзя получить четкого изображения контуров корней и зачатков зубов. По видимому они как наиболее плотные образования полностью поглощают и не дают отраженных сигналов.

С возрастом глубина зондирования уменьшается и к 13-14 годам у детей также как и у взрослых прослеживается только наружная поверхность кости в виде интенсивной четкой светлой полосы, за которую ультразвук не проникает.

Применение ультразвуковой томографии позволило нам (М.И.Азиев, 1991) описать эхографическую картину воспалительных заболеваний в зависимости от формы их локализации, распространенности и фазы заболевания.

При поверхностно-расположенных абсцессах патологический очаг визуализируется вслед за кожей, как округлое или овальное образование с четкими контурами эхосвободной структурой характерной для жидкого содержимого.

При лимфаденитах эхотомографическая картина зависит от стадии патоморфологических изменений. При неспецифических одонтогенных лимфаденитах на эхотомограммах четко выявляются контуры лимфатического угла округлой или овальной формы с гомогенной внутренней структурой. Прохождение ультразвука через железу и визуализация ее дерзальной стенки зависит от ее внутренней структуры. Если внутренняя структура железы является эхосвободной, т.е. содержит гнойный экссудат, то ультразвук хорошо отражается от дорзальной стенки капсулы железы. В серозной стадии или же при продуктивном воспалении можно проследить контуры железы, но ее внутренняя структура, как правило бывает гомогенной.

Выявлена высокая диагностическая ценность ультразвукового сканирования (У.З.С.) для дифференциальной диагностики кист шеи и слюнных желез. На эхотомограммах киста проявляется в виде щелевидной или овальной формы полости с эхо-свободной структурой, окруженной ободком резко повышенной интенсивности отражения ультразвука от плотной капсулы. На основании этих признаков можно провести дифференциальную диагностику кист шеи от других воспалительных заболеваний. Кроме того У.З.С. позволяет установить многокамерность кистозного образования.

Гематома в отличие от других патологических образований с эхосвободной структурой имеет неправильную форму с четкими контурами, но со стороны, прилежащей к датчику, не визуализируется тень характерная для капсулы или оболочки. За полостным образованием четко визуализируется зона отраженных эхосигналов.

При остром гнойном периостите независимо от возраста, как на верхней, так и нижней челюсти прослеживается однотипная картина: на глубине 0,8-1,0 мм от кожи визуализируется эхосвободная зона 10х15х5-10х, 20-40 мм, овальной формы с нечеткими передними контурами, далее прослеживается четкий контур надкостницы в виде полости интенсивностью звукоотображения между отслоенной надкостницы и компактным слоем челюсти щелевидное пространство, содержащий экссудат. Таким образом на эхотомограммах вырисовываются два четких контура, образованных за счет интенсивного отражения ультразвука надкостницей и компактным слоем челюсти, это явление мы назвали признаком “ двойного контура”. Протяженность его достигает у больных периоститом 21х18х2 мм. Над этим контуром т.е. на поверхности надкостницы в подслизистом слое располагается основной гнойный очаг в виде полости с нечеткими границами и по своей протяженности соответствует зоне инфильтрата переходной складки.

В зоне соответствующей отслоенной надкостницы увеличивается глубина зондирования челюстной кости, порой она достигает внутреннего компактного слоя. Это соответствует данным ряда авторов, которые морфологически выявили у больных периоститом реактивные воспалительные и дистрофические изменения, выражающиеся в остеокластической резорбции кости.

Установленно, что ультразвуковая томография позволяет установить локализацию (поверхностная или глубокая) стадию воспаления (серозная или гнойная) и ее распространенность (ограничена одной анатомической областью или же распространенная).

При одонтогенных флегмонах мягких тканей непосредственно прилежащих к челюстным костям до хирургического вмешательства на эхотомограммах можно визуализировать увеличение объема мягких тканей, между компактным слоем челюсти и мягкими тканями эхосвободные зоны различной протяженности.

Наружная компактная пластинка визуализируется в виде четкого ровного контура звукоотражения. У всех больных одонтогенными флегмонами выявляли повышенную звукопроводимость и визуализацию губчатого слоя челюсти. У детей 3-7 лет как правило визуализируется внутренний компактный слой. С возрастом внутренний компактный слой визуализируется реже. В губчатом слое челюстной кости у больных одонтогенными флегмонами появляются эхосвободные очаги, что свидетельствует о происходящем остеопорозе. Эти данные согласуются с результатами эхоостеометрии, свидетельствующими о снижении скорости распространения ультразвука на 15-20%.

В острой фазе одонтогенного остеомиелита, также как и у больных флегмонами визуализируется увеличение объема и плотности мягких тканей, между наружной компактной пластинкой и мышцей выявляются эхосвободные зоны, характерные для гнойного экссудата. Надкостница на отдельных участках челюсти отслоена и визуализируется в виде “двойного контура”. Для гнойного одонтогенного остеомиелита характерна визуализация структуры кости и внутренней компактной пластинки. В отличии от эхографической картины внутренней структуры кости больных одонтогенной флегмоной, для гнойного одонтогенного остеомиелита характерна большая звукопроницаемость, появление эхосвободных зон овальной или щелевидной формы, что свойственно для скопления или формирования гнойного экссудата.

У больных деструктивным остеомиелитом челюсти эхографическая картина была иной. В подострой фазе сохранялась инфильтрация мягких тканей, увеличивалась ее плотность, нарушалась целостность надкостницы, контур наружного компактного слоя становится нечетким. Внутренняя структура кости не претерпевала существенных изменений т.к. сохраняются эхосвободные зоны. Теряется четкость контура внутренней компактной пластинки.

По мере формирования секвестров можно выявить фрагментацию наружной компактной пластинки челюсти и соответствующих ему зоны губчатого вещества дающих интенсивное отражение звука. Таким образом, на эхограммах можно наблюдать процесс формирования секвестров. Как уже было сказано выше эхотомография позволяет определить распространенность воспалительного процесса, как в острой, так и подострой фазах заболевания и отнести ее к той или иной степени.

Известно, что ультразвуковые колебания в различных биологических тканях распространяются с определенной скоростью, которая находится в прямой зависимости от их плотности.

Регистрация скорости распространения ультразвуковых колебаний в костной ткани – эхоостеометрия, впервые была предложена советскими исследователями (Э.Я.Дубров и соавт., 1972). Сущность метода основана на принципе измерения скорости распространения ультразвуковых колебаний в костной ткани, позволяющей получить объективную информацию о ее плотности при различных патологических состояниях

(О.В.Тарушкин, 1970, А.А.Никитин, Ю.Б.Золотарева, 1979, А.Г.Кац, 1980).

Современные приборы для ультразвуковой остеометрии позволяют регистрировать степень остеопороза в пределах 3-5%.

Исследование скорости распространения ультразвука в челюстных костях у здоровых людей зависит от возраста. Так у детей 3-7 лет скорость распространения ультразвука в нижней челюсти 2182-78,1 м/с, в верхней челюсти – 1961-67,8 м/с. По мере прорезывания постоянных зубов и минерализации челюстных костей растет и скорость распространения ультразвука. К 8-14 годам на нижней челюсти она равна 2858+106,7 м/с, на верхней челюсти 2526+98,3 м/с, а у взрослых соответственно 3326+30,3 и 3050+27,2 м/с.

Эхоостеометрия челюстей позволила установить зависимость скорости распространения ультразвуковых колебаний от формы и фазы воспалительных заболеваний. Установлено, что при неодонтогенных воспалительных заболеваниях мягких тканей лица (аденофлегмоны, абсцессы, флегмоны, фурункулы) снижается скорость распространения ультразвука относительно симметричной здоровой стороны на 3,1-7,7%. Чем младше возраст больного, тем более выражено снижение скорости распространения ультразвука.

У больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области одонтогенного происхождения скорость распространения ультразвука относительно симметричной здоровой стороны снижается на 15,8-19,1%. По мере стихания острых воспалительных явлений отмечена тенденция к выравниванию скорости распространения здоровой и пораженной стороны.

У больных гнойным и деструктивным одонтогенным остеомиелитом челюстей в острой фазе заболевания скорость распространения ультразвука снижается на 22,8-25,1%. У больных гнойным одонтогенным остеомиелитом в подострой фазе заболевания на 7-10 день выявляется тенденция к восстановлению скорости распространения ультразвука, а у больных деструктивным процессом остается сниженным и является неблагоприятным прогностическим признаком.

У больных хроническим деструктивным одонтогенным остеомиелитом челюсти по мере формирования секвестральной капсулы и отторжения секвестра имеется тенденция к снижению скорости распространения ультразвука – эта тенденция сохраняется и после секвестрэктомии.

ЛЕКЦИЯ № 5

Тема: Абсцесс, флегмона, остеофлегмона, аденофлегмона. Этиология, патогенез, клиническая картина, лечение.

Количество часов: 2 часа.

2. Цели:

- a) дать понятие абсцессов и флегмон, их место и значение в современной хирургической стоматологии.
- b) Объяснить этиопатогенез абсцессов и флегмон ЧЛО
- c) Изложить классификацию абсцессов и флегмон ЧЛО
- d) Изложить общие клинические проявления абсцессов и флегмон ЧЛО, пути распространения инфекции из очага воспаления
- e) Объяснить особенности диагностики абсцессов и флегмон ЧЛО
- f) Объяснить общие принципы лечения абсцессов и флегмон ЧЛО

3. Ожидаемые результаты:

После прослушивания лекции студенты обязаны:

- a) Иметь понятие об абсцессах и флегмонах, их отличительных чертах
- b) Знать этиологию и патогенез абсцессов и флегмон ЧЛО
- c) знать классификацию абсцессов и флегмон ЧЛО
- d) знать особенности клинические проявления абсцессов и флегмон ЧЛО в зависимости от анатомической локализации
- e) знать особенности и современные принципы диагностики абсцессов и флегмон ЧЛО

- f) знать методики выполнения операций вскрытия абсцессов и флегмон в зависимости от анатомической локализации
- g) знать основные моменты послеоперационного лечения абсцессов и флегмон ЧЛО

4. Содержание:

1. Общая характеристика понятий абсцессов и флегмон, сходство и отличие их. Дословное обозначение слов и понимание их в широком смысле, значение их в хирургии.
2. Этиология и патогенез абсцессов и флегмон, классификации абсцессов и флегмон ЧЛО
3. особенности клинических проявлений абсцессов и флегмон ЧЛО в зависимости от анатомической локализации. Общая и местная симптоматика.
4. особенности и современные принципы диагностики абсцессов и флегмон ЧЛО. Новые методы исследования.
5. методики выполнения операций вскрытия абсцессов и флегмон в зависимости от анатомической локализации
6. основные моменты послеоперационного лечения абсцессов и флегмон ЧЛО, особенности послеоперационного ведения больных с абсцессами и флегмонами ЧЛО.

4 курс

ЛЕКЦИЯ N 1

ТЕМА: ЗАДАЧИ СТОМАТОЛОГОВ В ПЕРИОД ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ. КЛАССИФИКАЦИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЧЛЮ. ОСОБЕННОСТИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ И ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ РАНЕНЫМ НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Количество часов – 2 часа

1. Цель:

Ознакомить студентов с предметом военной стоматологии и задачами стоматологов в период военных действий с тем, чтобы они освоили знания по классификации и особенностям огнестрельных повреждений ЧЛЮ, а также умений по организации хирургической стоматологической помощи раненым на этапах медицинской эвакуации.

2. Задачи:

- Рассмотреть содержание предмета военной стоматологии, место врача стоматолога и его задачи в условиях военного времени;
- Обсудить классификацию и особенности огнестрельных ранений ЧЛЮ;
- Проанализировать организационную структуру поэтапной медицинской помощи раненым в ЧЛЮ, объем оказаний такой помощи;
- Продемонстрировать схему организации стоматологической службы в Узбекской армии, а также схему поэтапной эвакуации раненых в условиях военного времени.

3. Ожидаемые результаты:

- Студенты должны знать содержание предмета военной стоматологии и организационную структуру поэтапной медицинской помощи раненым в ЧЛЮ;
- Понимать роль и место врача-стоматолога, его задачи - в условиях военного времени;
- Знать особенности боевых повреждения ЧЛЮ и освоить весь объем медицинской стоматологической помощи оказываемой раненым на этапах медицинской эвакуации.

4. Содержание лекции:

- Предмет дисциплины военной стоматологии и ее задачи;
- Связь военной хирургической стоматологии с другими дисциплинами;
- Организационная особенность военной стоматологической помощи в Узбекской армии и флоте;

- Классификация огнестрельных ранений и повреждений ЧЛО;
- Особенности огнестрельных ранений лица и челюстей;
- Особенности оказания и объем медицинской помощи раненым в ЧЛО на этапах медицинской эвакуации.

5. Преподавательские заметки.

ШАГИ	ЦЕЛЬ	ОПИСАНИЕ МЕТОДИКИ ПРЕПОДАВАНИЯ
ОБЗОР (5 мин)	Установить мотивации изучения данной темы и ввести их в курс изучаемого материала	- Сделайте обзор работы предстоящей занятии. - Раскройте задачи обучения данного занятия. - Определите мотивация (необходимости) получения ими данной информации.
ПРЕЗЕНТАЦИЯ (75 мин)	Обсуждения темы занятия путем поэтапного изложения текста лекции. При этом акцентируйте внимание на вызов у студентов ранее полученных знаний на кафедре военной подготовки, на понимание и усвоение даваемого вами новой информации и позаботьтесь о закреплении у них этой новой информации путем демонстрации слайд, плакатов, учебного фильма.	- При изложении материала лекции строго придерживайтесь хронологического порядка развития событий, фактов, течения заболевания и др. - Избегайте монотонности дикции, не нужных и многократных использований "слов паразитов", а также излишних повторений. - Обязательно следуйте тексту лекции. Однако, не увлекайтесь его чтением. - По ходу лекции следите за конспектированием студентов ключевых моментов излагаемого материала и не допускайте отвлеченных разговоров. - Подтвердите излагаемый материал путем демонстрации слайд, учебные плакаты, фильмы, а также тематических больных. - Обсуждение заканчивается аналитическим выводом изложенного материала.
ИТОГ (10 мин)	Подвести итог занятия, уточнить, что было освоено. Дать задания к следующему занятию. Объявить темы для СРС. Оставьте 5 мин для беседы со студентами на тему маанавият и маърифат.	- Выделите еще раз главные моменты изложенного материала и коротко объясните для чего они нужны. - Проведите короткий и беглый опрос отдельных студентов по усвоению ключевых моментов услышанной ими лекции (контрольн. вопросы). - Сделайте резюме по теме и по проделанной работе студентов. - Дайте краткие, лаконичные ответы на поступившие вопросы.

7.Раздаточный материал.

- Демонстрационные листы с напечатанными графическими изображениями демонстрируемых слайдов, плакатов и схематических рисунков по данной теме.

8. Оснащение лекции:

- Учебные таблицы с изображениями структурным подразделений медицинской службы, развертываемых в условиях военного времени;
- Учебная таблица с изображением структура организации рабочей места хирурга стоматолога на этапах медицинской эвакуации раненых;
- Учебные таблицы - классификация огнестрельных ранений и

- повреждений ЧЛО;
- Тематические учебные слайды;

9. Самостоятельная работа студентов:

- Симптоматология и диагностика огнестрельных ранений;
- Эвакуационная характеристика челюстно-лицевых раненых после оказания специализированной помощи в госпиталях фронта;
- Особенности организации работы фронтовой стоматологической поликлиники и подвижного стоматологического отряда.

10. Контрольные вопросы:

1. Организационно-методическим центром стоматологической службы Узбекской армии является?
2. Из скольких этапов состоит эвакуация раненых в период боевых действий армии?
3. Начиная с какого этапа работают врач -стоматолог?
4. По виду поврежденных тканей и огнестрельные ранения бывают:..?
5. По характеру повреждения огнестрельные ранения бывают:...? 7. По виду ранящего оружия огнестрельные ранения бывают: ...?
8. К особенностям огнестрельных ранений лица и челюстей относится: ...?

11. Л И Т Е Р А Т У Р А :

1. Бажанов Н.Н. Стоматология / М.: "Медицина", 1978,- С.5-8.
2. Вернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии / Киев, "Здоровья", 1970.-С.7-27.
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология // М.: Медицина, 1990,- С.,5-20.
4. Учебник военной челюстно-лицевой хирургии /под ред. Б.Д.Кабакова.- Л.: ВМА им. С.М.Кирова, 1976.- С.7-11.

Лекция N 2

ТЕМА: БОЕВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И КОСТЕЙ ЛИЦА

Количество часов - 2 часа.

1. Цель:

Ознакомить студентов с особенностями "Раневой баллистики", классификацией и клиникой боевых повреждений ЧЛО с тем, чтобы они освоили методы диагностики этих повреждений и умений по выбору хирургической тактики при них.

2. Задачи:

- Рассмотреть понятие "баллистики" и ее значение в процессе формирования боевых повреждений ЧЛО;
- Рассмотреть классификацию боевых повреждений ЧЛО и отдельно -клиники, диагностики сквозных, слепых и касательных ранений;
- Проанализировать особенности пулевых и осколочных ранений отдельных анатомических областей ЧЛО;

- Проанализировать особенности фугасного повреждения ЧЛЮ;
- Продемонстрировать виды ранящих снарядов в современной войне, схему "воздушной" и "терминальной" баллистики и клинические варианты ранений и повреждений ЧЛЮ.
- Продемонстрировать этапы первичной хирургической обработки огнестрельной раны на лице.

3. Ожидаемые результаты:

- Студенты должны знать механизм образования огнестрельного ранения мягких тканей и костей ЧЛЮ;
- Знать классификацию боевых повреждений лица, дифференциальную диагностику слепых, сквозных и касательных ранений лица и челюстей;
- Освоить клинику и особенности пулевых и осколочных ранений, а также контузии ЧЛЮ?
- Освоить особенности и этапы ПХО огнестрельной раны на лице.

4. Содержание лекции:

- Механизм образования боевого повреждения на лице. Понятие "Баллистики" и "Терминальной баллистики" и их значения в формировании огнестрельного ранения в ЧЛЮ;
- Классификация и клинические особенности боевых ранений и повреждений ЧЛЮ;
- Дифференциальная диагностика различных вариантов боевых повреждения мягких и костных тканей, а также отдельных органов ЧЛЮ;
- Особенности пулевых и осколочных ранений ЧЛЮ;
- Особенности и этапы проведения ПХО огнестрельных ран на лице;
- Контузия лица. Клиника, диагностика и лечение фугасных повреждений ЧЛЮ.

5. Преподавательские заметки.

ШАГИ	ЦЕЛЬ	ОПИСАНИЕ МЕТОДИКИ ПРЕПОДАВАНИЯ
ОБЗОР (5 мин)	Установить мотивации изучения данной темы и ввести их в курс изучаемого материала	- Сделайте обзор работы предстоящей занятии. - Раскройте задачи обучения данного занятия. - Определите мотивация (необходимости) получения ими данной информации.
ПРЕЗЕН ТАЦИЯ (75 мин)	Обсуждения темы занятия путем поэтапного изложения текста лекции. При этом акцентируйте внимание на вызов у студентов ранее полученных знаний на кафедре военной подготовки, на понимание и усвоение даваемого вами новой информации и позаботьтесь о закреплении у них этой новой информации путем демонстрации слайд, плакатов, учебного фильма.	- При изложении материала лекции строго придерживайтесь хронологического порядка развития событий, фактов, течении заболеваний и др. - Избегайте монотонности дикции, не нужных и многократных использований "слов паразитов", а также излишних повторений. - Обязательно следуйте тексту лекции. Однако, не увлекайтесь его чтением. - По ходу лекции следите за конспектированием студентов ключевых моментов излагаемого материала и не допускайте отвлеченных разговоров. - Подтвердите излагаемый материал путем демонстрации слайд, учебные плакаты, фильмы, а

		также тематических больных. - Обсуждение заканчивается аналитическим выводом изложенного материала.
ИТОГ (10 мин)	Подвести итог занятия, уточнить, что было освоено. Дать задания к следующему занятию. Объявить темы для СРС. Оставьте 5 мин для беседы со студентами на тему маэнавият и маэрифат.	- Выделите еще раз главные моменты изложенного материала и коротко объясните для чего они нужны. - Проведите короткий и беглый опрос отдельных студентов по усвоению ключевых моментов услышанной ими лекции (контрольн. вопросы). - Сделайте резюме по теме и по проделанной работе студентов. - Дайте краткие, лаконичные ответы на поступившие вопросы.

7.Раздаточный материал.

-Демонстрационные листы с напечатанными графическими изображениями демонстрируемых слайдов, плакатов и схематических рисунков по данной теме.

8. Оснащение лекции:

- Учебные таблицы с изображениями видов ранящих снарядов, механизмов образования раневого канала, а также профиль сквозных, слепых и касательных ранений лица;
- Тематические учебные слайды, видеофильм.

9. Самостоятельная работа студентов:

- Симптоматология и диагностика огнестрельных ранений;
- Воздушная баллистика и ее влияние на формирование раневого канала при огнестрельном повреждении.

10. Контрольные вопросы:

- 1.Что такое означает термин "Баллистика"?
- 2.Какие виды баллистики бывают?
- 3.Какая начальная скорость пули называется сверхзвуковой?
4. В скольких этапах происходит образование раневого канала?
- 5.Что такое "Каверны" и их пульсации?
- 7.Чем отличается сквозная ранения от слепого?
- 8.Какая сила ударной волны считается смертельной?
- 9.Какая сила ударной воздушной волны способна вызывать контузию?
- 10.В сколько этапов проводится ПХО огнестрельной раны?

11. ЛИТЕРАТУРА :

1. Кабаков Б.Д., Лукьяненко Б.И., Аржанцев П.З. Учебное пособие по военной челюстно-лицевой хирургии, терапевтической и ортопедической стоматологии / М.:Медицина, 1980.- С. 7-24; 141-166.
2. Аржанцев П.З., Иващенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица / И.: Медицина,1975.- С. 138-169.

3. Учебник военной челюстно-лицевой хирургии / под ред. Б.Д. Кабакова.– Л.: ВМА им. С. М. Кирова, 1976. М. ; Медицина, 1987.- С. 32-37; 41-70.

ЛЕКЦИЯ N 3

ТЕМА: ОЖОГИ ЛИЦА И КОМБИНИРОВАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ

Количество часов - 2 часа.

1. Цель:

- Ознакомить студентов с клиникой, диагностикой термических, химических и электроожогов, а также комбинированными поражениями ЧЛЮ, особенностями их лечения на этапах медицинской эвакуации раненых. Кроме того, ознакомить студентов с возможными осложнениями огнестрельных ранений ЧЛЮ (шок, острое кровотечение, асфиксия, острая дыхательная недостаточность) и мерами экстренной помощи при них.

2. Задачи:

- Рассмотреть этиопатогенез ожогов ЧЛЮ в условиях современной войны и особенности ожогов лица и шеи;
- Обсудить дифференциальную диагностику различных степеней ожогов лица и меры медицинской помощи при них;
- Проанализировать особенности комбинированных радиационных поражений ЧЛЮ и особенности оказания им хирургической стоматологической помощи на этапах эвакуации раненого;
- Рассмотреть клинику возможных осложнений при огнестрельных ранениях ЧЛЮ и меры экстренной помощи при них;
- Продемонстрировать различные степени ожогов лица и методы консервативного и хирургического лечения при них, степени облучения в зависимости от удаленности от эпицентра атомного взрыва, а также клинические случаи по теме занятия.

3. Ожидаемые результаты:

- Студенты должны знать клинику различных степеней ожогов лица и особенности оказания им медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации раненых;
- Знать особенности комбинированных радиационных поражений ЧЛЮ и усвоить правила выбора хирургической тактики в увязке со степенью облучения и стадией лучевой болезни;
- Знать клинику возможных осложнений при огнестрельных ранениях ЧЛЮ и меры экстренной помощи при них;

4. Содержание лекции:

- Особенности строения кожи лица и степени ожогов по глубине поражения;
- Клинические особенности ожогов лица (термических, химических и электроожогов);

- Дифференциальная диагностика различных степеней ожогов лица;
- Особенности эвакуации раненых с ожогами ЧЛЮ;
- Первичная хирургическая обработка ожоговой раны и методы ее дальнейшего лечения;
- Понятия "Комбинированного поражения" и особенности ее в ЧЛЮ;
- Лучевая болезнь: этиология, стадии развития и их роли в заживлении ран на лице и шеи;
- Особенности эвакуации раненых с комбинированными поражениями;
- Особенности первичной хирургической обработки ран при комбинированных (лучевая поражения и загрязнении ран радиоактивной пылью) поражениях;
- Травматический шок, острое кровотечение, асфиксии. Виды, клинические признаки, меры экстренной медицинской помощи. Острая дыхательная недостаточность. Клиника, диагностика, меры экстренной помощи.

5. Преподавательские заметки.

ШАГИ	ЦЕЛЬ	ОПИСАНИЕ МЕТОДИКИ ПРЕПОДАВАНИЯ
ОБЗОР (5 мин)	Установить мотивации изучения данной темы и ввести их в курс изучаемого материала	- Сделайте обзор работы предстоящей занятии. - Раскройте задачи обучения данного занятия. - Определите мотивация (необходимости) получения ими данной информации.
ПРЕЗЕНТАЦИЯ (75 мин)	Обсуждения темы занятия путем поэтапного изложения текста лекции. При этом акцентируйте внимание на вызов у студентов ранее полученных знаний на кафедре военной подготовки, на понимание и усвоение даваемого вами новой информации и позаботьтесь о закреплении у них этой новой информации путем демонстрации слайд, плакатов, учебного фильма.	- При изложении материала лекции строго придерживайтесь хронологического порядка развития событий, фактов, течения заболевания и др. - Избегайте монотонности дикции, не нужных и многократных использований "слов паразитов", а также излишних повторений. - Обязательно следуйте тексту лекции. Однако, не увлекайтесь его чтением. - По ходу лекции следите за конспектированием студентов ключевых моментов излагаемого материала и не допускайте отвлеченных разговоров. - Подтвердите излагаемый материал путем демонстрации слайд, учебные плакаты, фильмы, а также тематических больных. - Обсуждение заканчивается аналитическим выводом изложенного материала.
ИТОГ (10 мин)	Подвести итог занятия, уточнить, что было освоено. Дать задания к следующему занятию. Объявить темы для СРС. Оставьте 5 мин для беседы со студентами на тему маънавият и маърифат.	- Выделите еще раз главные моменты изложенного материала и коротко объясните для чего они нужны. - Проведите короткий и беглый опрос отдельных студентов по усвоению ключевых моментов услышанной ими лекции (контрольн. вопросы). - Сделайте резюме по теме и по проделанной работе студентов. - Дайте краткие, лаконичные ответы на поступившие вопросы.

7.Раздаточный материал.

- Демонстрационные листы с напечатанными графическими изображениями демонстрируемых слайдов, плакатов и схематических рисунков по данной теме.

8. Оснащение лекции:

- Учебные таблицы с изображениями степени ожога по глубине поражения, с изображением зоны поражения от эпицентра ядерного взрыва;
- Тематические учебные слайды, видеофильм.

9. Самостоятельная работа студентов:

- Методы хирургического лечения ожога и их последствий;
- Ожоговая болезнь, клиника, диагностика, лечение;
- Лучевая болезнь, клиника, диагностика, лечение.

10. Контрольные вопросы:

1. В чем заключается главная отличительная особенность ожогов лица?
2. Какой главный признак ожога I степени?
3. Какой главный признак ожога II степени?
4. Какова необходимость разделение ожога III степени на "а" и "б"?
5. Чего не следует производить на этапах эвакуации раненому с ожогами ЧЛЮ?
7. Что такое "Комбинированное поражение"?
8. Что такое "Сочетанное поражение"?
9. Какие отличительные особенности ПХО раны при комбинированном лучевом поражении вы знаете?
10. Если рана загрязнена радиоактивной пылью, чего не следует производить при ПХО?

Л И Т Е Р А Т У Р А :

1. Аржанцев П.З., Иващенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица / М.: Медицина, 1975.– С. 191-257.
2. Арьев Т.Я. Ожоги и отморожения. М.— 1971.
3. Кабаков Б.Д., Лукьяненко В.И., Аржанцев П.З. Учебное пособие по военной челюстно-лицевой хирургии, терапевтической и ортопедической стоматологии / М.: Медицина, 1980.- С. 7-24; 1166-171.
4. Мухин М.В. Учебник военной челюстно-лицевой хирургии. Л.- 1959.
5. Мухин М.В. Лечение ожогов головы, лица, шеи и их последствий. П.-1961.
6. Мухин М.В. Учебник по челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Т.- 1966.
7. Учебник военной челюстно-лицевой хирургии / под ред.Б.Д. Кабакова.- Л.: ВМА им.С.М.Кирова, 1976. М.: Медицина, 1987.- С. 78-82; 150-157; 174-188.

ЛЕКЦИЯ №1

ТЕМА : «ПРЕДРАКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ЛИЦА, КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ОНКОЛОГИИ. ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКСТОМАТОЛГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.»

II Цель лекции:

Ознакомить студентов с классификацией предраковых заболеваний ЧЛО, особенностями диагностики, диспансерного наблюдения и лечения в онкологии. Обсудить вопросы организации онкостоматологической помощи.

III Задачи лекции:

- Рассмотреть вопросы о понятиях предрака и рака.
- Обсудить признаки злокачественно и доброкачественного роста
- Сформировать навыки обследования и диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей ЧЛО
- Рассмотреть особенности диспансерного наблюдения и лечения в онкологии
- Обсудить вопросы организации онкостоматологической помощи в РУЗ

IV Ожидаемые результаты:

- Студент должен знать классификацию предраковых заболеваний ЧЛО
- Студент должен знать понятия предрака и рака
- Студент должен научиться навыкам обследования и диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей ЧЛО
- Студент должен знать особенности организации онкостоматологической помощи в РУЗ
- Студент должен знать признаки злокачественно и доброкачественного роста

V Содержание лекции:

Под предраком понимаю такое заболевание или патологический процесс, которые предшествуют злокачественной опухоли.

Предраковые изменения отличаются от рака тем, что им не хватает одного или нескольких признаков, характеризующих злокачественную опухоль. Кроме того они отличаются и между собой по потенциальной способности к озлокачествлению.

Те заболевания, которые закономерно переходят в рак, относятся к облигатному предраку. Заболевания, которые с большей или меньшей вероятностью могут переходить в злокачественную опухоль, относят к факультативному предраку.

Различают предраковые состояния отдельно кожи лица, красной каймы губ и слизистой оболочки рта.

К предракам кожи относят:

- облигатные (болезнь Боуэна и пигментная ксеродерма)

- факультативные (актинический кератоз, радиационный дерматоз, предраковый меланоз и др)

К предраку красной каймы губ относится: бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз и абразивный (преканцерозный хейлит Манганотти). Факультативные формы такие же как на слизистой оболочке полости рта.

К предракам слизистой оболочки полости рта относят:

- облигатный – эпитроплакия
- факультативные – лейкоплакия, плоский лишай, красная волчанка, постлучевой стоматит, подслизистый фиброз.

Кроме того имеется фоновое заболевание, на основе которых иногда развивается рак: хронический свищ, трещина, трофическая язва, рубцы после туберкулезной волчанки, термического и химического ожога и др.

Больные с факультативным предраком или фоновым заболеванием наблюдаются у терапевта стоматолога, который проводит консервативное лечение с обязательным устранением причины, вызвавшей их (удаление корней, снятие острых краев зубов, пломб протезов, рекомендация прекращения курения, приема горячей и острой пищи, алкоголя и другое). При сохранении процесса в течение 7-10 дней, а также в случае облигатной формы предрака, показанным является лечение у хирурга-стоматолога. При длительном течении простой лейкоплакии, плоского лишая больного осматривают не реже двух раз в 6 мес.

Хирургическое лечение предраковых поражений проводит хирург-стоматолог медицинского учреждения, в котором имеется патологоанатомическое отделение (районная, областная больница или клиника институтов). После выздоровления за больным устанавливают диспансерное наблюдение в течение трех лет (1 раз в 2 месяца).

Больные с кожным рогом, кератоакантомой, папилломой красной каймы губ, другими доброкачественными опухолями, опухолеподобными образованиями и кистами ЧЛЮ, находятся на диспансерном учете у хирурга-стоматолога или челюстно-лицевого хирурга. Больные с заболеваниями кожи, СОПР и красной каймы губ, у которых консервативная терапия является неэффективной, направляются на хирургическое лечение. Операционный материал обязательно подвергается гистологическому исследованию.

В системе организации онкологической помощи населению, центральное место отводится онкологическому диспансеру, в структуре которого имеется поликлиника и стационар. Независимо от мощности диспансера, количества коек в стационаре, в его структуре обязательно должны быть радиологическое и химиотерапевтическое отделение, лабораторная служба, включая цитологическую и патоморфологическую лаборатории.

В стационаре разворачиваются: хирургическая, торакальная, гинекологическое отделение. При большом количестве коек, в онкодиспансере организовываются узкоспециализированное отделение для лечения больных с опухолями в ЧЛЮ, например, отделение для лечения больных с опухолями головы и шеи. В таком отделении лечатся больные с опухолями лица и полости рта, ЛОР органов, щитовидной железы.

Онкологические отделения или «фиксированные» койки разных профилей, в том числе стоматологического, организуются в соответствующих отделениях общесоматических больниц, клиниках образовательных и научно-исследовательских учреждений, имеющих возможности для проведения комбинированного и комплексного лечения.

Однако организационно-методическое руководство мероприятиями по противораковой борьбе на территории республики, области, города, должен осуществлять онкологический институт, онкологический диспансер.

Одним из основных направлений в работе онкодиспансера является организация массовых осмотров населения на выявление опухолевых и предопухолевых заболеваний как плановых, так и при обращении больных по поводу неонкологических заболеваний в лечебно-профилактические учреждения.

Для удобства учета лечения и диспансерного наблюдения за онкобольными введены 4 диспансерные группы онкобольных:

1 – Все больные с неясной клиникой, но с подозрением на злокачественную опухоль (1а группа), а также больные с предопухолевыми заболеваниями (1б группа)

2 – Больные со злокачественными опухолями требующими специального и радикального лечения. После излечения онкобольного он переводится в 3 группу.

3 – Больные, которым уже было проведено радикальное лечение и которые практически здоровы. Осмотр: 1-ый год – каждые 3 месяца, 2-ой год – каждые 6 месяцев, затем раз в год. Если радикальное лечение не показано, то переводится в 4-ую группу.

4 – Больные с запущенными злокачественными новообразованиями, подлежащими паллиативному и симптоматическому лечению. Осматриваются участковыми врачами.

VI Преподавательские заметки:

1. Проверка базовых знаний студентов и представлений по данной теме лекции путём опрашивания

2. Изложение содержания лекции не просто в поддиктовку, а с применением наглядных пособий:

- таблиц,
- слайдов,
- муляжей.
- схем
- видеофильмов и т.д.

3. Закрепление изложенной темы лекции путем обсуждения случаев из практики. Приглашаются больные или волонтеры. Обсуждаются истории болезни.

4. Проверка усвояемости изложенного материала лекции путем выборочного опроса студентов, ролевой игры и т.д.

VII Раздаточный материал:

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов
2. Листы с кратким содержанием лекции
3. Листы с уменьшенным изображением слайдов с подписанными названиями
4. Электронные материалы

VIII Оснащение лекции:

1. Необходимые для демонстрации технические средства обучения (TV-видео, кино или мультимедийный проектор, слайдоскоп)
2. Табличный материал, рисунки, плакаты
3. Больные (волонтеры), приглашенные на лекцию
4. Фантомы, муляжи

IX Самостоятельная работа студентов:

- Опухоли мягких тканей лица (фиброма, фиброматоз, эпулис, липома, ангиома)
- Опухоли и опухолеподобные поражения периферических нервов (нейрофиброматоз, травматическая невринома)
- Врожденные кисты и свищи лица и шеи
- Пути метастазирования злокачественных опухолей ЧЛО
- Методы операции на путях регионального метастазирования.

X Контрольные вопросы:

1. Определение понятий предрак и рак
2. Морфологическая характеристика предрака
3. Клиническая классификация предраковых заболеваний
4. Клиника, диагностика и лечение предраковых заболеваний кожи.
5. Клиника, диагностика и лечение предраковых заболеваний красной каймы и губы
6. Клиника, диагностика и лечение предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта.
7. Особенности диспансеризации, организации онкостоматологической помощи.

XI Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Боровский Е.В. с соавторами. Стоматология. Руководство к практическим занятиям. М.: Медицина 1987 г
2. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. М.: Медицина 1998 г
3. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. М.: 1998 г
4. Шаргородский А.Г. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. М.: М 1999 г
5. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии .М.: М 1983 г

Дополнительная:

1. Бернадский Ю.М. Основы хирургической стоматологии. Киев 1998 г
2. Машкиллейсон А.А. Предрак красной каймы губ и СОПР. М.: М 1970 г
3. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: М 1989 г
4. Рентгендиагностика заболеваний ЧЛЮ. Под редакцией Рабухиной. 1991 г
5. Шанин А.П. Опухоли кожи, их происхождение, клиника и лечение. Л.: М 1969 г

ЛЕКЦИЯ №2

ТЕМА: «ОПУХОЛИ КОЖИ ЛИЦА,ГУБЫ И СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА (КАРЦИНОМЫ). ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТЕЙ. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЛЮ. ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ.»

II Цель лекции:

Ознакомить студентов с особенностями злокачественных опухолей кожи лица, губ и слизистой оболочки полости рта и челюстей, особенностями диагностики, и лечения больных со злокачественными опухолями ЧЛЮ и диспансерного наблюдения. Ознакомить с понятием онкологическая настороженность и ее принципами.

III Задачи лекции:

- Рассмотреть вопросы классификации злокачественных опухолей.
- Сформировать навыки обследования и диагностики злокачественных с некоторыми доброкачественными образованиями: - с опухолью волосяного матрикса, ринофимой, дермоидными, эпидермоидными кистами, невусами и злокачественной меланомой.
- Обсудить клинику, диагностику и лечение злокачественных опухолей кожи лица, шеи, губы и слизистой оболочки полости рта и челюстей, а также и некоторых доброкачественных образований.
- Рассмотреть особенности диспансерного наблюдения и лечения больных со злокачественными опухолями.
- Рассмотреть принципы онкологической настороженности.

IV Ожидаемые результаты:

- Студент должен знать классификацию злокачественных опухолей ЧЛЮ
- Студент должен знать понятие онкологической настороженности
- Студент должен научиться навыкам обследования и диагностики злокачественных опухолей ЧЛЮ
- Студент должен знать особенности клиники злокачественных опухолей кожи лица, губ и слизистой полости рта

- Студент должен знать признаки злокачественного роста

V Содержание лекции:

На коже головы, лица и шеи новообразования наблюдаются часто и имеют различный гистогенез.

Злокачественные опухоли кожи всех локализаций составляют на 100000 жителей: в 1970г.-20,1, в 1974г.-21,7, в 1975 г.-22,3, в 1976-21,5, в 1977-22,5.(Напалков и др. 1980). Среди всех новообразований опухоли кожи занимают третье место уступая лишь раку желудка и легких. Среди всех злокачественных новообразований опухоли кожи составили 11%-11,3%. Пачес А.И. Средний возраст больных раком кожи равен 63,6 года. Локализация рака кожи на голове и шеи- составляет 89%.(1место- нос 30%, веки – 20%, щеки 15%. В 10% наблюдается первичная множественность опухолей. В области головы и шеи опухоли чаще бывают с доброкачественным течением: Базалиомы-занимают промежуточное положение-они обладают преимущественно местнодеструктивным ростом- Пачес А.И.1993г. Злокачественные опухоли кожи возникают из различных тканевых зачатков чаще эпителиальными (97,7%).

Рак кожи в большинстве случаев развивается из покровного эпителия. Гистологически различают: базальноклеточный (базалиома) и плоскоклеточный рак (с ороговением и без ороговения).

Базалиома характеризуется относительно доброкачественным течением, не дает метастазов.

Различают следующие клинические формы:

1.Узелковая – наиболее распространена. Узелки располагаются изолированно или группами, сливаясь, образуют конгломерат.

2. Поверхностная – в начале появляется шелушащееся пятно розовой окраски, затем на периферии появляются плотные узелки.

3. Опухолевая – предшествует образованию узелка, который постоянно увеличивается в размерах. Сначала поверхность гладкая с выраженными телеангиоэктазиями, а затем центральная часть изъязвляется и покрывается корками.

4. Язвенная форма – является следствием поверхностной или опухолевой формы. Иногда сопровождается папилломатозными, бородавчатыми разрастаниями. Такие опухоли резко обезображивают лицо, их называют прободающими или глубоко инвазивными.

5. Склеродермаподобные – белесоватая бляшка с приподнятыми краями. Встречается редко.

6. Пигментная и другие

Диагностика базалиом основана на клинике и морфологических исследованиях.

Обычно в начале на коже появляется безболезненное уплотнение, затем над ним изъязвляется и покрывается корочкой. Гноя обычно не бывает. Если корочку удалить, то вскоре она образуется вновь. Язва и уплотнение вокруг нее постепенно увеличивается. Процесс длится месяцами и часто больные обращаются к врачу спустя год и более после уплотнения. Базалиома чаще всего локализуется на лице и именно в области эмбриональных линий

соединения лицевых складок: на крыльях носа, по ходу носогубной складки, на верхней губе, около внутреннего угла глаза век, линий наружных углов глаз и виска. Во всех случаях базалиома начинается с появления опухолевого узла, а язвения наступают позже и могут занимать ограниченный участок кожи.

Поверхностную форму необходимо дифференцировать от КПЛ, красной волчанки, болезни Боуэна.

Пигментную форму дифференцируют от предракового меланоза Дюбрея и от злокачественной меланомы.

Опухолевую – от ороговевающего плоскоклеточного рака.

Язвенную форму – от экзофитно-язвенной и эндофитно-язвенной форм плоскоклеточного рака.

Лечение базалиом осуществляют лучевым, хирургическим и комбинированными методами.

Плоскоклеточный рак кожи гистологически подразделяется на ороговевающий и неороговевающий. Выделяют следующие клинические формы: А.П.Шанин (1952 г.1983г.)

1. Поверхностная – пятно или узелок с гладкой или шероховатой поверхностью, постепенно увеличивающийся и возвышающийся над кожей, края уплотняются. Затем кожа над узелком изъязвляется и покрывается коркой.

2. Инфильтрирующие формы бывают:

- глубокая язва – наличие плотного валикообразного края, глубокого дна, покрытого некротическими массами.
- твердый подвижный узел – покрыт неизменной кожей, постепенно прорастает в подлежащие ткани, становится малоподвижным, затем происходит изъязвление.

3. Папиллярная (фунгозная) форма напоминает цветную капусту, характеризуется быстрым ростом и частым метастазированием.

Клиническое течение рака кожи более быстрое по сравнению с базалиомой, несколько чаще рак кожи встречается у мужчин.

Чаще всего располагается на коже спинки и крыльев носа (28%), ушной раковине (14%), скуловой области и волосистой части головы.

Начальная стадия рака кожи в отличие от базалиомы во многом зависит от тех патологических процессов, которые предшествовали его появлению (предрака и др.) На их фоне появляется уплотнение которое может располагаться поверхностно и изъязвляться. Иногда опухоли принимают вид с глубокой инфильтрацией или имеют капиллярную форму роста (напоминают цветную капусту)

Выделяют 4 стадии плоскоклеточного рака:

1 – опухоль или язва не более 2см, ограниченная эпидермисом и дермой, подвижная без метастазов.

2. – более 2 см, прорастающая всю толщу кожи, без распространения на подлежащие ткани. В ближайших регионарных лимфаузлах может быть один подвижный небольшой метастаз.

3. – а) значительных размеров, ограниченно-подвижная, проросшая всю толщу кожи и подлежащие ткани, непереходящая на кость или хрящ, без определяемых метастазов.

б) такая же опухоль, но при наличии множественных подвижных или одного малоподвижного метастаза.

4. – а) опухоль или язва широко распространившаяся по коже, проросшая в подлежащие мягкие ткани, хрящ и кость.

б) меньших размеров, при наличии неподвижных регионарных метастазов или метастазов в отдаленных органах.

Дифференцируют с базалиомой, со специфическими заболеваниями.

Лечение – лучевая терапия (3 и 4 стадии); комбинированная или сочетанная терапия, а также иссечение опухоли (1 и 2 стадии).

Пигментный невус. К облигатным предракам относят ограниченный предопухолевый меланоз Дюбрея. Он проявляется одиночными или множественными изменениями. Клинически представляет собой пятна неправильной формы и окраски. Одновременно возникают бородавчатые разрастания, явления кератоза.

К процессам с малой частотой озлокачествления относят:

- пограничные пигментный невус
- синий (голубой) невус
- гигантский пигментный невус
- бородавчатый невус

Пигментный невус следует иссекать в пределах здоровой ткани, проводить гистологическое исследование.

Меланома кожи – клиника разнообразна: темное пигментное пятно, папилломатозное разрастание грибовидной формы. Может располагаться на ножке или широком основании; поверхность гладкая или шероховатая; консистенция мягкая, плотная; окраска от аспидно-черной до коричневой и даже амеланотичной. Размеры от точечной до узлов 1,5-2,5 см. Характеризуется высокой степенью злокачественности. Биопсия противопоказана. С целью дифференциальной диагностики проводится радионуклидное исследование, во время операции – экспресс биопсия.

Лечение – комбинированное.

Рак верхней челюсти. Злокачественные опухоли верхней челюсти в большинстве случаев развиваются из слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Опухоль может возникнуть также из пораженной раком слизистой оболочки полости носа, альвеолярного или небного отростка верхней челюсти. Существенные различия в клинических проявлениях и характере роста опухоли верхней челюсти в зависимости от исходной локализации послужили основанием для клинической классификации, предложенной Онгренгом:

В результате образуются 4 сектора. Нижнепередний внутренний, нижнепередний наружный, верхнезадний внутренний и верхнезадний наружный.

Для опухоли локализуемой в нижнепереднем внутреннем секторе-характерна подвижность малых коренных зубов и клыка с ощущением онемения. После удаления их из лунки начинает выбухать опухолевая ткань.

Отмечается также заложенность соответствующего носового хода за счет распространения опухоли в носовую полость. Поражение нижнепереднего наружного сектора ведет к разрушению бугра, расшатываются и располагаются «как бы в вате» верхние большие коренные зубы. В процесс может вовлекаться нижняя челюсть и др.

Рак верхнезаднего внутреннего сектора распространяется преимущественно в сторону решетчатого лабиринта и глазницы – возникает смещение глазного яблока и экзофтальм.

Развитие опухоли в верхнезаднем наружном секторе приводит к экзофтальму с явлением диплопии, сужению глазной щели. Опухоль прорастает в крыловидную ямку. Рентгенологическая картина – отмечается остеолитический по типу «тающего сахара» Распространенный рак верхней челюсти редко вызывает затруднения в диагностике. Морфологическое исследование проводится путем отпечатков соскоба с язвенной поверхности, пунктата опухоли, а также путем определения клеточно-промывных вод. Иоаннидис Г.П.1966г.

Стадия 1 – опухоль, ограниченная одной стенкой верхнечелюстной пазухи, без перехода на смежные анатомические отделы и без деструкции костных стенок. Метастазы не определяются.

Стадия 2. а) опухоль, поражающая одну или две стенки верхнечелюстной пазухи вызывающая очаговую деструкцию костных стенок, но не выходящая за пределы пазухи. Регионарные метастазы не определяются; б) опухоль той же степени, распространения или меньшей, но с одиночным смещаемым метастазом на стороне поражения.

Стадия 3. а) опухоль распространяющаяся на смежные анатомические области – глазницу, полость носа, решетчатый лабиринт, твердое небо или альвеолярный отросток и др – с разрушением костных стенок. Регионарные и отдаленные метастазы не определяются; б) опухоль той же распространенности или меньшего местного поражения, но со множественными регионарными метастазами на стороне опухоли или двусторонние.

Стадия 4. а) опухоль, прорастающая кожу лица, или вторую верхнечелюстную пазуху, или носоглотку, или крыловидно-небную ямку и основание черепа с обширной костной деструкцией. Регионарных и отдаленных метастазов нет; б) опухоль любой степени распространенности с несмещаемыми регионарными метастазами или метастазами в отдаленные органы.

Дифференциальная диагностика. Рак верхней челюсти следует дифференцировать от хронических воспалительных процессов данной локализации (хронический синусит верхней челюсти, хронический остеомиелит, специфические заболевания), болезней пародонта, доброкачественных новообразований, фиброзный остеодисплазий.

Лечение больных со злокачественными опухолями верхней челюсти должно быть комбинированным. На первом этапе проводят дистанционную гамма-терапию или применяют тормозное излучение высоких энергий. Второй этап – операционное вмешательство – выполняют через 3 недели.

При наличии метастазов в региональные лимфоузлы проводят также комбинированное лечение-предоперационную лучевую терапию и операцию фасциаль но-футлярного иссечения клетчатки шеи Ванаха или Крайля.

Рак нижней челюсти. Злокачественная опухоль нижней челюсти встречается значительно реже, чем верхней. У мужчин рак нижней челюсти встречается чаще обычно в 40-60 лет.

Саркомы нижней челюсти обычно развиваются из надкостницы, кортикального слоя, реже из элементов губчатого вещества костного мозга и одонтогенных структур- амелобластическая фибросаркома и амелобластическая одонтосаркома. Саркомы, развивающиеся, обычно из надкостницы растут наружу, отодвигая мягкие ткани. При саркоме нижней челюсти метастазы (спикулы) в отдаленных органах встречаются редко, а в регионарных лимфатических узлах они обычно не возникают.

Вторичные метастатические опухоли нижней челюсти наблюдаются значительно реже, чем первичные и чаще они встречаются у женщин.

Метастазирование в нижней челюсти наблюдалось при раке молочной железы, легких, почках, желудке, щитовидной и предстательной железы.

Клиническое течение злокачественных опухолей нижней челюсти разнообразно. При центральном расположении – процесс протекает скрыто и период длится довольно долго. В некоторых случаях процесс дает о себе знать появлением болей, якобы беспричинных ночных болей. Иногда первым признаком является подвижность зубов, редко больные обращаются уже при появлении патологического перелома (привести пример).

Для рационального лечения и суждения о прогнозе важно иметь сведения о морфологическом виде опухоли и ее распространенности-определить стадию опухолевого процесса.

В большинстве случаев рак нижней челюсти является вторичным, распространяясь на челюсть со стороны мягких тканей и органов полости рта. Первичный рак развивается в толще нижней челюсти из эмбриональных остатков Малассе, поэтому его называют «центральным». При «центральном» раке нижней челюсти околочелюстные ткани вовлекаются в бластоматозный процесс лишь после разрушения опухолью костных структур нижней челюсти. К «центральному» раку нижней челюсти причисляют одонтогенный рак, который встречается крайне редко. Разновидностью одонтогенного рака является злокачественная амелобластома.

Степень распространения первичной опухоли нижней челюсти по системе TNM (А.И. Пачес):

T1 – опухоль поражает одну анатомическую область

T2 – опухоль поражает не более двух анатомических частей

T3 – опухоль поражает более двух анатомических частей

T4 – опухоль поражает большую часть органа и распространяется на другие системы.

Лечение злокачественных опухолей нижней челюсти осуществляют комбинированным методом. Вначале проводят предоперационную телегамматерапию, направленную на первичную опухоль и область регионарных лимфатических узлов, а затем через 2-3 недели – резкцию нижней челюсти с окружающими мягкими тканями (при вторичном раке);

при наличии метастазов одновременно производится фасциально-фулярное иссечение шейной клетчатки или по показаниям операция Крайля. (Демонстрация слайдов и рентгенограмм).

VI Преподавательские заметки:

1. Проверка базовых знаний студентов и представлений по данной теме лекции путём опрашивания

2. Изложение содержания лекции не просто в поддиктовку, а с применением наглядных пособий:

- таблиц,
- слайдов,
- муляжей.
- схем
- видеофильмов и т.д.

3. Закрепление изложенной темы лекции путем обсуждения случаев из практики. Приглашаются больные или волонтеры. Обсуждаются истории болезни.

4. Проверка усвояемости изложенного материала лекции путем выборочного опроса студентов, ролевой игры и т.д.

VII Раздаточный материал:

5. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов
6. Листы с кратким содержанием лекции
7. Листы с уменьшенным изображением слайдов с подписанными названиями
8. Электронные материалы

VIII Оснащение лекции:

5. Необходимые для демонстрации технические средства обучения (TV-видео, кино или мультимедийный проектор, слайдоскоп)
6. Табличный материал, рисунки, плакаты
7. Больные (волонтеры), приглашенные на лекцию
8. Фантомы, муляжи

IX Самостоятельная работа студентов:

- Опухоли мягких тканей лица (фиброма, фиброматоз, эпулис, липома, ангиома)
- Опухоли и опухолеподобные поражения периферических нервов (нейрофиброматоз, травматическая невринома)
- Врожденные кисты и свищи лица и шеи
- Пути метастазирования злокачественных опухолей ЧЛО
- Методы операции на путях регионального метастазирования.

X Контрольные вопросы:

1. Классификация злокачественных опухолей кожи лица, шеи, губ и СОПР

2. Клиника, диагностика и лечение злокачественных опухолей кожи лица, шеи, губ и СОПР.
3. Диспансеризация больных со злокачественными опухолями кожи лица, шеи, губ и СОПР
4. Понятие о онкологической настороженности

XI Рекомендуемая литература:

Основная:

6. Боровский Е.В. с соавторами. Стоматология. Руководство к практическим занятиям. М.: Медицина 1987 г
7. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. М.: Медицина 1998 г
8. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. М.: 1998 г
9. Шаргородский А.Г. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. М.: М 1999 г
10. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии .М.: М 1983 г

Дополнительная:

6. Бернадский Ю.М. Основы хирургической стоматологии. Киев 1998 г
7. Машкиллейсон А.А. Предрак красной каймы губ и СОПР. М.: М 1970 г
8. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: М 1989 г
9. Рентгендиагностика заболеваний ЧЛЮ. Под редакцией Рабухиной. 1991 г
10. Шанин А.П. Опухоли кожи, их происхождение, клиника и лечение. Л.: М 1969 г

ЛЕКЦИЯ №3

ТЕМА ЛЕКЦИИ: «ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.»

II Цель лекции:

Ознакомить студентов с классификацией опухолей слюнных желез. Изучить клинику, диагностику и принципы лечения доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желез. Рассмотреть вопросы диспансеризации больных с опухолями слюнных желез.

III Задачи лекции:

- Рассмотреть вопросы классификации опухолей слюнных желез.
- Обсудить особенности клиники доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желез
- Сформировать навыки обследования и диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желез

- Рассмотреть особенности диспансерного наблюдения и лечения больных с опухолями слюнных желез
- Обсудить вопросы организации онкостоматологической помощи больным с опухолями слюнных желез

IV Ожидаемые результаты:

- Студент должен знать классификацию опухолей слюнных желез
- Студент должен знать проявления опухолей слюнных желез
- Студент должен научиться навыкам обследования и диагностики опухолей слюнных желез
- Студент должен знать особенности организации онкостоматологической помощи больным с опухолями слюнных желез
- Студент должен знать вопросы диспансеризации

V Содержание лекции:

По гистогенезу различают эпителиальные и неэпителиальные опухоли слюнных желез. Эпителиальные опухоли являются органоспецифическими и встречаются чаще других опухолей слюнных желез.

Среди эпителиальных выделяют:

- аденомы – полиморфные и мономорфные с её разновидностями
- мукоэпидермоидную опухоль
- карциномы – аденокистозную, аденокарциному, эпидермоидную и карцинома в полиморфной аденоме.

Они локализуются чаще в больших слюнных железах.

Полиморфная аденома (смешанная) – доброкачественная опухоль, чаще поражает околоушную слюнную железу, также может располагаться на границе мягкого и твёрдого нёба, на альвеолярных отростках верхней челюсти. Характеризуется безболезненным ростом. Она обычно подвижна, реже – ограниченно подвижна. Может достигать больших размеров, вызывать деформацию лица. Консистенция плотно-элластическая. Кожа над опухолью больших слюнных желез не изменяется в цвете, легко собирается в складку. При пальпации поверхность гладкая или бугристая. Обычно имеет капсулу, но может быть не полностью инкапсулирована. Слюноотделительная функция железы не страдает. Микроскопически, кроме выраженной эпителиальной ткани, имеет в своем составе мезинхимоподобные участки, наличие которых объясняют накопление мукоидного или геалинового вещества.

Мономорфная аденома – доброкачественная опухоль, однако рост более медленный. При пальпации поверхность гладкая, опухоль имеет выраженную капсулу. В составе не содержит мезенхимоподобную ткань. Гистологически выделяют – аденолимфому, оксифильную аденому и другие. Больные отмечают периодическое увеличение и уменьшение опухоли

Мукоэпидермоидная опухоль. Характеризуется местным инфильтративным ростом. Чаще поражает околоушную слюнную железу и малые слизисто-слюнные железы ретромолярной области и неба. Различают:

- высокодифференцированную форму – напоминает полиморфную аденому

- низкодифференцированную форму – злокачественное течение – мукоэпидермоидный рак (неподвижность, инфильтрация кожи, болезненность при пальпации, метастазирование в региональные лимфоузлы).

Аденокистозная карцинома – злокачественная опухоль, чаще поражает малые слюнные железы неба. Характеризуется самостоятельными и болями при пальпации. Локализуясь на небе, проникает в верхнечелюстную пазуху. Слизистая синюшного цвета. Характерно метастазирование в отдаленные органы – легкие и кости. Метастазирование гематогенным путем.

Аденокарцинома. Злокачественная опухоль. Чаще поражает околоушную слюнную железу. Характеризуется более коротким периодом обнаружения. Опухоль плотная, отмечается гиперемия кожи и инфильтрация подкожной клетчатки. Характерным признаком является паралич мимических мышц.

Диагностика опухолей слюнных желез основывается на клинике и рентгенологических данных (сиалография).

При доброкачественных опухолях структура протоков не изменяется, они оттеснены в сторону, при злокачественных – за счет нарушения ткани железы, наблюдается дефект наполнения протоков.

Также используют ультразвуковое исследование, компьютерную томографию.

Важным диагностическим признаком, позволяющим установить диагноз «злокачественная опухоль околоушной слюнной железы» является паралич мимических мышц.

Дифференциальную диагностику проводят с хроническим лимфаденитом, кистой, специфическими заболеваниями.

Лечение доброкачественных опухолей слюнных желез исключительно хирургическое, так как они радиорезистентны. Оперативное вмешательство должно быть достаточно радикальным.

Злокачественные опухоли лечат комбинированным методом:

1. предоперационная дистанционная гамма-терапия с дозой в 2 Гр, суммарной дозой 40-50 Гр. При наличии метастазов в регионарные лимфоузлы. Дополнительно проводится их дооперационная лучевая терапия.

2. Через 3 недели производится паротидэктомия без сохранения лицевого нерва, одномоментно (при наличии метастазов) производится операция на лимфатическом аппарате (фасциально-футлярное иссечение шейной клетчатки или операция Крайда)

Кисты слюнных желез могут развиваться в результате травмы одного из мелких выводных протоков (в большой слюнной железе) и травмой основного протока (в маленькой), ведущая к рубцеванию его и задержке секрета. Скапливающееся содержимое, сдавливает паренхиму железы, вызывая её атрофию. В результате образуется полость, заполненная жидкостью.

Слизистая ретенционная киста – чаще образуется в малой железе нижней губы. Распологается под слизистой оболочкой. Имеет четкие границы, размеры 0,5-2 см с голубоватым оттенком. Эластической консистенции, безболезненна. При инфицировании содержимого, возникает воспаление. Дифференцируют от опухолей малых слюнных желез, имеющих

элластическую консистенцию часто с бугристой поверхностью, без флюктуации; от кавернозной гемангиомы (багрово-синюшная окраска, симптом наполнения).

Киста подъязычной слюнной железы (ранула). Чаще располагается в переднебоковом отделе дна полости рта вблизи уздечки языка. Клинически определяется выбухание овальной формы покрытое неизменённой слизистой оболочкой, либо просвечивающий голубоватый оттенок. Связана интимно с одним из участков слюнной железы. Растет медленно. При достижении больших размеров затрудняет речь, прием пищи. Дифференцируют от кисты поднижнечелюстной слюнной железы, а также от сосудистых опухолей.

Киста поднижнечелюстной слюнной железы – безболезненное образование мягкой консистенции, увеличивается медленно. При больших размерах выбухает в подъязычную область.

Для уточнения диагноза производят пункцию. Дифференцируют от лимфангиомы, липомы, боковой кисты шеи, дермоидной кисты.

Киста околоушной слюнной железы, локализуется в нижнем полюсе слюнной железы, представляет собой ограниченную, безболезненную припухлость в околоушной области, мягко-элластической консистенции.

Дифференцируют от органоспецифических опухолей, липомы, сосудистых опухолей железы, а также от бронхиальной кисты околоушной области.

Лечение кист слюнных желез заключается в удалении их.

VI Преподавательские заметки:

1. Проверка базовых знаний студентов и представлений по данной теме лекции путём опрашивания

2. Изложение содержания лекции не просто в поддиктовку, а с применением наглядных пособий:

- таблиц,
- слайдов,
- муляжей.
- схем
- видеофильмов и т.д.

3. Закрепление изложенной темы лекции путем обсуждения случаев из практики. Приглашаются больные или волонтеры. Обсуждаются истории болезни.

4. Проверка усвояемости изложенного материала лекции путем выборочного опроса студентов, ролевой игры и т.д.

VII Раздаточный материал:

9. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов
10. Листы с кратким содержанием лекции
11. Листы с уменьшенным изображением слайдов с подписанными названиями
12. Электронные материалы

VIII Оснащение лекции:

9. Необходимые для демонстрации технические средства обучения (TV-видео, кино или мультимедийный проектор, слайдоскоп)
10. Табличный материал, рисунки, плакаты
11. Больные (волонтеры), приглашенные на лекцию
12. Фантомы, муляжи

IX Самостоятельная работа студентов:

- Опухоли мягких тканей лица (фиброма, фиброматоз, эпулис, липома, ангиома)
- Опухоли и опухолеподобные поражения периферических нервов (нейрофиброматоз, травматическая невринома)
- Врожденные кисты и свищи лица и шеи
- Пути метастазирования злокачественных опухолей ЧЛО
- Методы операции на путях регионального метастазирования.

X Контрольные вопросы:

1. Классификация опухолей слюнных желез
2. Клиника, диагностика и лечение доброкачественных опухолей слюнных желез
3. Клиника, диагностика и лечение злокачественных опухолей слюнных желез
4. Диспансеризация больных с опухолями слюнных желез

XI Рекомендуемая литература:

Основная:

11. Боровский Е.В. с соавторами. Стоматология. Руководство к практическим занятиям. М.: Медицина 1987 г
12. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. М.: Медицина 1998 г
13. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. М.: 1998 г
14. Шаргородский А.Г. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. М.: М 1999 г
15. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: М 1983 г

Дополнительная:

11. Бернадский Ю.М. Основы хирургической стоматологии. Киев 1998 г
12. Машкиллейсон А.А. Предрак красной каймы губ и СОПР. М.: М 1970 г
13. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: М 1989 г
14. Рентгенодиагностика заболеваний ЧЛО. Под редакцией Рабухиной. 1991 г
15. Шанин А.П. Опухоли кожи, их происхождение, клиника и лечение. Л.: М 1969 г

ЛЕКЦИЯ №4

ТЕМА: «ВИДЫ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЛЮ. МЕЖДУНАРОДНАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ. ОДОНТОГЕННЫЕ КИСТЫ.»

II Цель лекции:

Ознакомить студентов с международной гистологической классификацией опухолей. Рассмотреть виды новообразований ЧЛЮ. Познакомиться с особенностями клиники, диагностики и лечения одонтогенных кист челюстей.

III Задачи лекции:

- Познакомиться с международной гистологической классификацией опухолей (МГКО).
- Рассмотреть классификацию одонтогенных кист челюстей.
- Обсудить особенности клиники одонтогенных кист челюстей.
- Сформировать навыки обследования и диагностики одонтогенных кист челюстей.
- Рассмотреть особенности лечения одонтогенных кист челюстей.
- Научиться применять МГКО.

IV Ожидаемые результаты:

- Студент должен знать применение МГКО.
- Студент должен знать особенности клиники одонтогенных кист челюстей.
- Студент должен научиться навыкам обследования и диагностики больных с одонтогенными кистами челюстей.
- Студент должен знать особенности лечения больных с одонтогенными кистами челюстей.

V Содержание лекции:

Классификация. В основу МГКО положены три принципа:

- анатомическая локализация
- гистологический тип
- деление новообразований на доброкачественные и злокачественные

В соответствии с локализацией опухолевого процесса созданы отдельные серии классификации. Три из них посвящены органоспецифическим опухолям ЧЛЮ:

- одонтогенные опухоли
- опухоли слюнных желез
- опухоли СОПР

Новообразования подразделяются также:

- истинные опухоли
- опухолевидные образования

- кисты

Истинными одонтогенными опухолями доброкачественной природы являются амелобластома, мягкая одонтома и одонтогенная фиброма.

К опухолевидным одонтогенным образованиям воспалительного или врожденного происхождения относят твёрдую одонтому, цементому.

По данным МГКО, термины «опухоль» и «новообразование» используются для обозначения аномальной массы ткани с избыточным разрастанием, некоординированным с ростом нормальной ткани и продолжается после прекращения действия причин, вызвавших его.

Клеточная пролиферация, неопластическая природа которой сомнительна, обозначается как опухолевидное разрастание, процесс или поражение.

Различают предрак в широком смысле, подразумевая все доброкачественные новообразования, хронические воспалительные процессы, гормональные и другие нарушения, являющиеся предпосылкой для развития злокачественной опухоли.

Предраки делят на две основные группы:

- облигатный
- факультативный

Различают предраковые состояния отдельно кожи лица, красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.

Кроме перечисленных предраков, существуют ряд патологических состояний, являющихся фоновыми, на основе которых иногда развивается рак

В зависимости от распространенности по системе TNM, в которой Т – tumor – обозначает первичный очаг, N – nodus – метастазы в регионарные лимфотические узлы, M – metastasis – отдаленные гематогенные метастазы, развитие злокачественных опухолей делят на четыре стадии.

Рецидив злокачественного новообразования после проведенного хирургического лечения обозначают теми же символами, ставя перед ними «р» (pT, pN, pM). Устанавливая диагноз в истории болезни, врач должен указать развитие опухоли по системе TNM и определить стадию опухолевого поражения

Одонтогенные кисты разделяют на:

- околокорневые (радикулярные)
- коронковые (фолликулярные)

Киста представляет собой полое образование, выстланное оболочкой, и заполненная жидкостью желтого или коричневого цвета, содержащие кристаллы холестерина. Оболочка состоит: наружного слоя – плотная соединительная ткань, среднего – ткань типа грануляционной, внутреннего – многослойный плоский эпителий. Чаще всего из-за анатомо-топографических особенностей челюстей, кисты растут в сторону преддверия рта. Киста, возникшая в результате гранулематозного периодонтита передних зубов верхней челюсти, часто растёт в сторону грушевидного отверстия. В области премоляров и моляров верхней челюсти киста может расти также в направлении верхнечелюстной пазухи.

На нижней челюсти ввиду значительной плотности наружной и внутренней кортикальных пластинок киста растет между ними, разрушая губчатое вещество.

Увеличение околокорневой кисты происходит медленно в течение ряда лет. По мере роста кисты происходит резорбция, перестройка окружающей её костной ткани.

Истончённая кость при надавливании пружинит, иногда появляется крепитация, симптом «пергаментного хруста».

Когда происходит рассасывание передней костной стенки кисты, при пальпации обнаруживается симптом флюктуации. Давление кисты на корни зубов вызывает изменение положения оси зубов. Корни веерообразно расходятся, а коронки сходятся.

При нагноении кист, проявляются клинические признаки острого воспаления.

С помощью рентгенограмм определяют локализацию, размер кисты, её взаимоотношение с полостью носа, верхнечелюстной пазухой, нижнечелюстным каналом и зубами.

Радикулярная киста – очаг деструкции с ровными и четкими краями округлой или овальной формы. В полости кисты находятся корни причинных зубов.

Фолликулярная киста - очаг деструкции кости с находящимся в нем ретенированным зубом или его зачатком.

Хирургическое лечение кист.

Цистотомия. Показания – большие размеры кист, их нагноение, опасность обнажения вершечек корней передних зубов, близость верхнечелюстной пазухи, полости носа, нижнечелюстного канала.

Цистэктомия. Показания – небольшие размеры кист, расположенные в костных массивах. Предварительно производят депульпирование и пломбирование причинных зубов.

Цистотомию и цистэктомию производят под местным обезболиванием. Разрез дугообразный или трапециевидный со стороны преддверия рта. Отслойка слизисто-надкостничного лоскута. Удаление передней костной стенки.

При цистотомии иссекают оболочку кисты и удаляют её содержимое. Верхушки корней резецируют, разрушенные зубы удаляют. Отпрепарированный слизисто-надкостничный лоскут вводят в кистозную полость и придавливают его йодоформным тампоном. Наличие эпителизированного входа в полость кисты определяет успех операции.. через 5-7 дней тампон удаляют, полость промывают и снова тампонируют в течение 2-3 х недель

При цистэктомии полностью вылущивают оболочку кисты по тем же принципам, резецируют корни причинных зубов, после чего на слизистую оболочку накладывают узловые швы. При обширных размерах кисты в полость можно вводить материалы стимулирующие костеобразование (коллаген).

При кистах больших размеров, заполняющих значительную часть верхнечелюстной пазухи, вначале операцию производят по тому же принципу, что и цистотомия, после этого иссекают перегородку между кистой и верхнечелюстной пазухой, затем накладывают широкое соустье с нижним носовым ходом. Рану преддверия рта ушивают.

VI Преподавательские заметки:

1. Проверка базовых знаний студентов и представлений по данной теме лекции путём опрашивания

2. Изложение содержания лекции не просто в поддиктовку, а с применением наглядных пособий:

- таблиц,
- слайдов,
- муляжей.
- схем
- видеофильмов и т.д.

3. Закрепление изложенной темы лекции путем обсуждения случаев из практики. Приглашаются больные или волонтеры. Обсуждаются истории болезни.

4. Проверка усвояемости изложенного материала лекции путем выборочного опроса студентов, ролевой игры и т.д.

VII Раздаточный материал:

13. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов
14. Листы с кратким содержанием лекции
15. Листы с уменьшенным изображением слайдов с подписанными названиями
16. Электронные материалы

VIII Оснащение лекции:

13. Необходимые для демонстрации технические средства обучения (TV-видео, кино или мультимедийный проектор, слайдоскоп)
14. Табличный материал, рисунки, плакаты
15. Больные (волонтеры), приглашенные на лекцию
16. Фантомы, муляжи

IX Самостоятельная работа студентов:

- Опухоли мягких тканей лица (фиброма, фиброматоз, эпulis, липома, ангиома)
- Опухоли и опухолеподобные поражения периферических нервов (нейрофиброматоз, травматическая невринома)
- Врожденные кисты и свищи лица и шеи
- Пути метастазирования злокачественных опухолей ЧЛО
- Методы операции на путях регионального метастазирования.

X Контрольные вопросы:

1. Принципы построения классификации в медицине.
2. Какие принципы положены в основу МГКО.
3. Виды опухолей в соответствии с локализацией и клиникой по авторам (рабочая классификация).
4. Этиология и патогенез одонтогенных кист.
5. Клинические проявления одонтогенных кист.
6. Методы диагностики одонтогенных кист.
7. С чем дифференцируют одонтогенные кисты.
8. Методы лечения одонтогенных кист.

XI Рекомендуемая литература:

Основная:

16. Боровский Е.В. с соавторами. Стоматология. Руководство к практическим занятиям. М.: Медицина 1987 г
17. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. М.: Медицина 1998 г
18. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. М.: 1998 г
19. Шаргородский А.Г. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. М.: М 1999 г
20. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: М 1983 г

Дополнительная:

16. Бернадский Ю.М. Основы хирургической стоматологии. Киев 1998 г
17. Машкиллейсон А.А. Предрак красной каймы губ и СОПР. М.: М 1970 г
18. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: М 1989 г
19. Рентгендиагностика заболеваний ЧЛО. Под редакцией Рабухиной. 1991 г
20. Шанин А.П. Опухоли кожи, их происхождение, клиника и лечение. Л.: М 1969 г

ЛЕКЦИЯ № 5

ТЕМА: «ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЧЛО»

II Цель лекции:

Ознакомить студентов с классификацией одонтогенных опухолей и опухолеподобных образований ЧЛО; особенностями диагностики, диспансерного наблюдения и лечения больных с одонтогенными опухолями и опухолеподобными образованиями ЧЛО.

III Задачи лекции:

- Обсудить вопросы этиологии одонтогенных опухолей.
- Познакомиться с особенностями патогенеза одонтогенных опухолей.
- Обсудить клинические проявления одонтогенных опухолей.

- Обсудить вопросы этиологии различных опухолеподобных образований челюстей.
- Познакомиться с особенностями патогенеза различных видов опухолеподобных поражений кости.
- Научить дифференцировать опухолеподобные поражения ЧЛО.
- Ознакомить с методами лечения опухолеподобных образований челюстей.

IV Ожидаемые результаты:

- Студент должен знать вопросы этиологии и патогенеза одонтогенных опухолей.
- Студент должен знать клинические проявления одонтогенных опухолей
- Студент должен освоить диагностику одонтогенных опухолей
- Студент должен знать вопросы этиологии и патогенеза опухолеподобных поражений челюстей.
- Студент должен научиться дифференциальной диагностике различных видов опухолеподобных поражений челюстей.
- Студент должен знать методы ранней диагностики и лечения опухолеподобных поражений челюстей на современном уровне.

V Содержание лекции:

В челюстных костях, начиная с эмбрионального периода до глубокой старости, происходит сложный процесс, приводящий к изменению формы, величины и внутреннего строения челюстного скелета. Изменения, совершающиеся в челюстях, чаще всего связаны с процессом развития зубов, их прорезыванием и ростом. Ввиду чего в челюстях встречаются такие опухоли, которые свойственны в основном этой части скелета.

Пертес объединил их под названием одонтогенных опухолей.

Амелобластома (адамантинома) – одонтогенная опухоль эпителиального происхождения. Она имеет мало общего со сформированной эмалью зуба. Чаще всего локализуется в области больших коренных зубов нижней челюсти, её угла и ветви. Морфологически различают два вида опухолей:

- плотная
- кистозная (встречается чаще)

В области тела или ветви нижней челюсти появляется новообразование округлой формы, деформирующее кость. Челюсть резко утолщена, веретенообразно вздута. Наряду с этим происходит атрофия костной ткани, кортикальная пластинка истончается, а местами исчезает совсем.

Опухоль растет преимущественно наружу, в области нижних моляров возможно её распространение в язычную сторону. В верхней челюсти также растёт наружу или в сторону верхнечелюстной пазухи. Ввиду разрушения кортикальной пластинки при надавливании на неё может наблюдаться крепитация или флюктуация.

Амелобластома чаще безболезненна. Лишь при нагноении появляются признаки воспалительного процесса (отёк и инфильтрация мягких тканей, образование свищей с серозно-гнойным отделяемым). Появление указанных признаков нередко приводит к ошибочной диагностике. По мере роста

опухоли могут смещаться и рассшатываться зубы, резорбироваться их корни. Это приводит к нарушению акта жевания.

В МГКО включена злокачественная амелобластома, но она встречается редко. При подозрении на злокачественность опухоли или озлокачествлении следует провести биопсию её с последующим гистологическим исследованием биоптата, а также тщательного изучения операционного материала.

В диагностике амелобластом большое значение придаётся рентгенографии. На рентгенограмме выявляются округлые полости разной величины, отделённые друг от друга костными перегородками. Полости могут соприкасаться, накладываться и сливаться друг с другом.

Дифференциальную диагностику амелобластомы следует проводить с одонтогенными кистами, остеокластомой, злокачественными опухолями.

Одонтогенные кисты локализуются в любой отделе верхней или нижней челюстей в пределах зубного ряда. На рентгенограмме челюсти в случае радикулярной кисты выявляется обычно одна полость и корень причинного зуба. При фолликулярных кистах, контуры зуба выявляются в центральной части кистозной полости. Для остеокластомы не характерна излюбленная локализация. При их пункции обнаруживается кровь или экссудат бурого цвета, что не характерно для амелобластомы.

Как правило, особенно при подозрении на злокачественную опухоль, проводят морфологическую верификацию.

Одонтома – опухоль, представляющая собой конгломерат тканей зуба и пародонта. Основной тканью является дентиноподобное вещество, поэтому чаще распространены твёрдые одонтомы. В случае преобладания цементоподобной ткани, опухоль называют цементомой.

Различают:

- простые одонтомы – возникают из тканей одного зубного зачатка и отличаются от нормального зуба нарушением топографических соотношений эмали, дентина и цемента. Могут быть полными (содержат все ткани зуба) и неполные.
- сложные – состоят из тканевых элементов нескольких зубов или зачатков.

Помимо твёрдых, различают мягкую одонтому, имеющая большое сходство с амелобластомой. Покрыта капсулой, состоящей из соединительной ткани. Рост опухоли длительный и безболезненный. По мере роста опухоли нарушается целостность кости и мягких тканей. В результате образуются патологические карманы – воспалительный процесс. Вторичные воспалительные процессы являются одним из диагностических признаков. На рентгенограмме: тень округло-овальной или неправильной формы, имеет дольчатую структуру, обрамленную шиповидными краями. Между окружающей костью имеется полоса просветления, при цементомах – однородная плотная тень.

Цементома – развивается из одонтогенной соединительной ткани, дифференцирующейся в цементную, и интимно связана с корнем одного или нескольких зубов. Встречается редко, имеет доброкачественное течение.

Различают: доброкачественную цементабластому (истинная цементома), цементирующуюся фиброму, переапикальную цементную дисплазию (переапикальную фиброзную дисплазию) и гигантоформную цементому (семейная и множественная цементома). Обнаруживают их часто в момент удаления зуба, которое осложняется переломом корня вследствие интимной связи его с патологически цементной тканью.

Первые две формы цементом носят характер опухоли. Переапикальная цементная дисплазия связана с нарушением цементаобразования и протекает сходно с фиброзной дисплазией. Гигантоформная цементома является наследственным заболеванием, относится к пороку развития.

Одонтогенная фиброма является разновидностью внутрикостных фибром челюстных костей. Она состоит из соединительнотканной стромы и остатков зубообразовательного эпителия.

К опухолеподобным поражениям костей лица относят:

- фиброзная дисплазия
- эозинофильная гранулёма
- генерализованная остеодисрофия Реклингаузена
- деформирующий остеоит Педжета

Наиболее часто встречается фиброзная дисплазия. Её относят к порокам развития кости, когда из остеобластической мезенхимы продуцируются не нормальная костная и хрящевая ткань, а преимущественно волокнистая фиброзная ткань и отдельные примитивные костные включения. Фиброзная дисплазия проявляется в монооссальной и полиоссальной формах. Процесс локализуется преимущественно в челюстных костях с преобладанием монооссальной формы.

Ведущим симптомом является утолщение кости за счет разрастания остеонной ткани. Рост чаще в вестибулярную сторону.

Одно из основных проявлений заболевания – симметричное припухание лица в области щек на уровне углов нижней челюсти – «херувизм». Течение безболезненное. Наиболее интенсивно патологические очаги возникают в 5-7 лет. С наступлением половой зрелости происходит стабилизация процесса и начинается интенсивное костеобразование в патологических очагах.

Синдром Олбрайта – одна из форм фиброзной дисплазии. Характеризуется триадой:

- раннее половое созревание
- интенсивная пигментация кожи различной локализации
- очаги разрежения костной ткани.

Страдают преимущественно женщины.

При полиоссальной форме с поражением костей лицевого скелета встречается костная львиность или леонтиас (лео – лев). При этом мягкие ткани в патологический процес не вовлекаются.

Эозинофильная гранулёма – встречается редко, страдают мужчины. Жалобы : зуд, кровоточивость десен, постепенное расшатывание интактных зубов. При осмотре полости рта – атрофия зубодесневых сосочков, обношение корней зубов. Лунки удаленных зубов не заживают в отличие от пародонтоза. Боли усиливаются.

На рентгенограмме диффузное разрежение альвеолярного отростка и тела челюсти.

Гиперпаратиреоидная остеодистрофия (Реклингаузена) – обусловлено гиперфункцией околощитовидных желез. В результате наступает системная лакунарная резорбция костных элементов с последующим развитием фиброзной ткани. Кость резорбируется. Образуются примитивные костные балочки, возникает гигантоклеточное образование, в котором имеются серозные и кровяные кисты.

В крови – кальций увеличивается до 20 мг% (норма 10-12 мг%), а с мочой выделяется более 1000 мг в сутки (в норме 180-200 мг).

Деформирующий остеоит (болезнь Педжета) – костное опухолеподобное поражение, заключающееся в перестройке костной ткани. Старая кость резорбируется, образуется новая с участками обызвествления. Кость резко деформируется. Чаще встречается у мужчин старше 40 лет. Заболевание в начале протекает бессимптомно, однако за счет сдавление костей лица, возможно развитие невралгии, при деформации костей мозгового черепа, возникают головные боли.

Лечение опухолеподобных поражений лицевого скелета остается до конца не решенной проблемой.

При фиброзной дисплазии, эозинофильной гранулемы, производят выскабливание патологических очагов в кости. Больные эозинофильной гранулемой иногда проводят лучевую терапию с дозой до 15 Гр. У пациентов с болезнью Педжета хирургическое лечение проводят при эстетических и функциональных нарушениях. Лечение больных с гиперпаратиреоидной остеодистрофией осуществляет эндокринолог.

VI Преподавательские заметки:

1. Проверка базовых знаний студентов и представлений по данной теме лекции путём опрашивания

2. Изложение содержания лекции не просто в поддиктовку, а с применением наглядных пособий:

- таблиц,
- слайдов,
- муляжей.
- схем
- видеофильмов и т.д.

3. Закрепление изложенной темы лекции путем обсуждения случаев из практики. Приглашаются больные или волонтеры. Обсуждаются истории болезни.

4. Проверка усвояемости изложенного материала лекции путем выборочного опроса студентов, ролевой игры и т.д.

VII Раздаточный материал:

17. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов
18. Листы с кратким содержанием лекции

19. Листы с уменьшенным изображением слайдов с подписанными названиями
20. Электронные материалы

VIII Оснащение лекции:

17. Необходимые для демонстрации технические средства обучения (TV-видео, кино или мультимедийный проектор, слайдоскоп)
18. Табличный материал, рисунки, плакаты
19. Больные (волонтеры), приглашенные на лекцию
20. Фантомы, муляжи

IX Самостоятельная работа студентов:

- Опухоли мягких тканей лица (фиброма, фиброматоз, эпulis, липома, ангиома)
- Опухоли и опухолеподобные поражения периферических нервов (нейрофиброматоз, травматическая невринома)
- Врожденные кисты и свищи лица и шеи
- Пути метастазирования злокачественных опухолей ЧЛО
- Методы операции на путях регионального метастазирования.

X Контрольные вопросы:

1. Этиология и патогенез одонтогенных опухолей.
2. Клинические проявления одонтогенных опухолей.
3. Методы диагностики одонтогенных опухолей.
4. С чем дифференцируют одонтогенные опухоли.
5. Фиброзная дисплазия челюстей, клинические разновидности, диагностика, лечение.
6. Эозинофильная гранулёма челюстей, клинические формы, диагностика, лечение.
7. Болезнь Педжета, клиника, диагностика, лечение.
8. Этиология гиперпаратиреоидной остеодистрофии. Диагностика. Лечение.

XI Рекомендуемая литература:

Основная:

21. Боровский Е.В. с соавторами. Стоматология. Руководство к практическим занятиям. М.: Медицина 1987 г
22. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. М.: Медицина 1998 г
23. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. М.: 1998 г
24. Шаргородский А.Г. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. М.: М 1999 г
25. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии .М.: М 1983 г

Дополнительная:

21. Бернадский Ю.М. Основы хирургической стоматологии. Киев 1998 г
22. Машкиллейсон А.А. Предрак красной каймы губ и СОПР. М.: М 1970 г
23. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: М 1989 г
24. Рентгендиагностика заболеваний ЧЛЮ. Под редакцией Рабухиной. 1991 г
25. Шанин А.П. Опухоли кожи, их происхождение, клиника и лечение. Л.: М 1969 г

ЛЕКЦИЯ №6

ТЕМА: «ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ НЕОДОНТОГЕННОЙ ПРИРОДЫ»

II Цель лекции:

Научить студентов методам обследования больных с первичными костными опухолями.

Научить студентов проводить дифференциальную диагностику между первичными доброкачественными и первичными злокачественными костными опухолями.

Научить составлять комплексный план лечения при первичных злокачественных и доброкачественных костных опухолях.

III Задачи лекции:

- - Обсудить вопросы этиологии различных костных опухолей.
- Рассмотреть методы дополнительного обследования больных с остеогенными опухолями челюстей.
- Познакомиться с особенностями патогенеза опухолевого процесса в кости.
- Обсудить клинические проявления остеогенных опухолей.
- Научить дифференцировать остеогенные опухоли челюстей.
- Ознакомить с методами лечения остеогенных опухолей челюстей

IV Ожидаемые результаты:

Студент должен знать вопросы этиологии и патогенеза остеогенных опухолей.

- Студент должен знать клинические проявления остеогенных опухолей.
- Студент должен освоить диагностику остеогенных опухолей.
- Студент должен научиться дифференциальной диагностике различных видов остеогенных опухолей.
- Студент должен знать методы лечения остеогенных опухолей на современном уровне.

V Содержание лекции:

Остеома-доброкачественная опухоль из костной ткани. Различают:

- компактные

-спонгиозные

-смешанные

По мере роста опухоль вызывает деформацию челюсти, эстетические и функциональные расстройства. Клиника определяется размерами, локализацией и направлением роста опухоли. В случаях прорастания в верхнечелюстную пазуху наблюдается нарушение носового дыхания, сильные боли из-за сдавления ветвей тройничного нерва.

При прорастании в орбиту – экзофтальм, слезотечение, диплопия, сужение полей зрения.

Остеоид-остеома и остеобластома являются доброкачественными остеогенными опухолями. Для остеоид-остеомы характерны интенсивные боли, которые носят локальный, сверлящий и колющий характер. Некоторые объясняют это склерозом окружающей костной ткани в области опухоли.

Остеобластомы отличаются от остеоид-остеомы лишь размерами и отсутствием зоны реактивного костеобразования. Нет болевого синдрома.

Рентгенограмма остеоид-остеомы – разряжение кости до 1 см с четкими контурами и окружающей склерозированной костью, в центре очага может наблюдаться уплотнение костного характера. При остеобластоме – нет зоны реактивного костеобразования, участок разряжения больших размеров.

Гигантоклеточная опухоль (остеокластома) – чаще встречается на нижней челюсти. Клеточный состав представлен одноклеточными остеобластами и многоклеточными остеокластами. Опухоль характеризуется своеобразным кровотоком. Кровеносный сосуд расположен по периферии опухоли, а кровяные элементы находятся в лакунах, среди тканевых структур. Поскольку кровь циркулирует медленно, происходит их оседание и распад. Образующийся гемосидерин придает опухоли бурый цвет. В участках опухоли возникает кровяные и серозные костные кисты, которые могут быть одно- и многокамерными.

В зависимости от рентгенокартинки остеокластомы бывают:

- ячеистая – множество мелких камер, отделенных друг от друга полными или неполными перегородками

- диффузно-остеокластическая – гомогенный дефект кости

Диффузно-остеокластическая форма растет быстро. Первые признаки: боль, затем появляется припухлость. При прорастании в полость рта слизистая оболочка приобретает синюшно-багровый цвет, под которой пальпируется мягкотканное образование.

Ячеистая форма развивается вначале бессимптомно, кость утолщена, имеет веретинообразную форму. Слизистая оболочка бледно-розовая. Может появиться симптом пергаментного хруста, который объясняется многочисленными надломами компактного слоя в кости.

Дифференциальную диагностику проводят:

1. амелобластома – излюбленная локализация, при её пункции обнаруживается опалесцирующая жидкость богатая холестерином. При остеокластоме – кровянистая жидкость, несодержащая холестерин.

2. одонтогенная киста - при её пункции обнаруживается опалесцирующая жидкость богатая холестерином.

3. фиброзная дисплазия – отсутствует резорбция кости с образованием кровяных озёр и кист; характерно чередование очагов разряжения с участками склероза.

4. эозинофильная гранулёма – «зуд» и боль в интактных зубах, кровоточивость десен, постепенное расшатывание зубов, остеолиз.

Окончательный диагноз устанавливается на основании цитологического и гистологического исследования.

Лечение гигантоклеточных опухолей хирургическое. Вопрос о возможности лучевого лечения остаётся дискуссионным. Под воздействием лучевой терапии остеокласта «созревает», заканчивая свой биологический цикл с исходом в окостенение. Эффект наступает не сразу (10-14 месяцев).

Внутрикостная фиброма-это первичная опухоль кости челюсти. Опухоль преимущественно обнаруживается у детей до 5 лет, чаще у мальчиков и в большинстве случаев локализуется в нижней челюсти.

Опухоль характеризуется солитарным очагом в одной кости. Развитие начинается внезапно, безболезненно, без внешней ясной причины, без временного замедления или приостановке роста.

Изменения кожи над опухолью зависят от ее размеров. При малых размерах кожа не изменена, при больших - истончена, бледновато-синюшного цвета.

В поздних стадиях опухоль неподвижно спаяна с костью, плотно-эластическая, малоболезненная при пальпации. Поверхность гладкая. Слизистая оболочка истончена бледная или багрово-синюшная. При больших размерах обнаруживаются изъязвления и опухоль кровоточит. Переходная складка свободна или сглажена.

На рентгенограмме неправильно-округлой или овальной формы малоинтенсивное однородное образование, расположенное в кости. К моменту выявления обнаруживаются изменения кортикальной пластинки-«бахромчатый периостит» - результат реактивного остеогенеза. На верхней челюсти рентгенологически выявляется тень поражения без резко выраженной границы в виде полосы разрежения или склеротического ободка. Гомогенная тень может иметь в центре участки просветления. В окружающих костях признаков разрушения нет.

Окончательный диагноз устанавливается на основании клинко-рентгенологического и микроскопического сопоставления.

Лечение только хирургическое: резекция челюсти полная или частичная.

VI Преподавательские заметки:

1. Проверка базовых знаний студентов и представлений по данной теме лекции путём опрашивания

2. Изложение содержания лекции не просто в поддиктовку, а с применением наглядных пособий:

- таблиц,
- слайдов,
- муляжей.
- схем
- видеофильмов и т.д.

3. Закрепление изложенной темы лекции путем обсуждения случаев из практики. Приглашаются больные или волонтеры. Обсуждаются истории болезни.

4. Проверка усвояемости изложенного материала лекции путем выборочного опроса студентов, ролевой игры и т.д.

VII Раздаточный материал:

21. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов
22. Листы с кратким содержанием лекции
23. Листы с уменьшенным изображением слайдов с подписанными названиями
24. Электронные материалы

VIII Оснащение лекции:

21. Необходимые для демонстрации технические средства обучения (TV-видео, кино или мультимедийный проектор, слайдоскоп)
22. Табличный материал, рисунки, плакаты
23. Больные (волонтеры), приглашенные на лекцию
24. Фантомы, муляжи

IX Самостоятельная работа студентов:

- Опухоли мягких тканей лица (фиброма, фиброматоз, эпулис, липома, ангиома)
- Опухоли и опухолеподобные поражения периферических нервов (нейрофиброматоз, травматическая невринома)
- Врожденные кисты и свищи лица и шеи
- Пути метастазирования злокачественных опухолей ЧЛО
- Методы операции на путях регионального метастазирования.

X Контрольные вопросы:

1. Этиология и патогенез остеогенных опухолей.
2. Клинические проявления остеод-остеомы.
3. В чем различия остеод-остеомы и остеобластомы.
4. С чем дифференцируют остеокластомы.
5. Методы лечения гигантоклеточной опухоли.
6. Рентгенологические признаки остеобластокластомы.
7. Внутрикостная фиброма. Клиника. Диагностика. Лечение.

XI Рекомендуемая литература:

Основная:

26. Боровский Е.В. с соавторами. Стоматология. Руководство к практическим занятиям. М.: Медицина 1987 г
27. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. М.: Медицина 1998 г
28. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. М.: 1998 г

29. Шаргородский А.Г. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. М.: М 1999 г
30. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии .М.: М 1983 г

Дополнительная:

26. Бернадский Ю.М. Основы хирургической стоматологии. Киев 1998 г
27. Машкиллейсон А.А. Предрак красной каймы губ и СОПР. М.: М 1970 г
28. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: М 1989 г
29. Рентгендиагностика заболеваний ЧЛЮ. Под редакцией Рабухиной. 1991 г
30. Шанин А.П. Опухоли кожи, их происхождение, клиника и лечение. Л.: М 1969 г

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 1 (ЛЕКЦИЯ № 1).

**ТЕМА: ИЗУЧЕНИЕ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИХ
ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ ДОКУМЕНТОВ**

Количество часов

ЦЕЛИ:

-научить студентов использовать законодательные документы в области гигиены и охраны труда при проведении текущего и предупредительного сан. надзора.

Ожидаемые результаты (задачи):

-применять основополагающие законодател. документы надзора и контроля за сан-гиг. условиями труда, предупреждения, предсаннадзора за новыми технологическими процессами, оборудованием, приборами и рабочим инструментом;

-знать на основании изучения Конституции РУз, закон об охране здоровья граждан РУз и Трудового Кодекса РУз, статьи, определения правовой основы госнадзора и в частности на производственных объектах;

-знать какие документы относятся к основополагающим законодательным документам;

Содержание

Различные законодательные документы в области гигиены и охраны труда делятся на 3 группы: основополагающие, нормативные и инструктивно-методологические. Основополагающие документы: составление документов этой группы, основные статьи.

Охрана труда; определение, ее роль в работе врача по гигиене труда.

Преподавательские заметки по занятию № 1.

Охрана труда – это система законодательных и соответствующих им социально-экономических, технологических, гигиенических и организационных мероприятий, обеспечивающих безопасность, сохранение здоровья и работоспособности человека в процессе труда. Социально-правовые мероприятия и законодательство играют основополагающее значение в работе врача по гигиене труда при проведении предупредительного и текущего сан. надзора и внедрение мероприятий по оздоровлению условий труда. В связи с этим, врачу необходимо знать основные законодател. документы и уметь решать вопросы в своей практической деятельности.

Основополагающие документы состоят: Конституция РУз, закон «Об охране здоровья граждан», Трудовой кодекс и закон «О Гос сан надзоре».

Законодательные документы в области гигиены и охраны труда делятся на 3 группы: основополагающие, нормативные и инструктивно-методические. К нормативным относятся: СанПиН, СНИП, ГОСТ, классификация; к инструктивно-методическим документам - положения, инструкции, пояснительные письма и др.

В Конституции РУз статьи 14,15 (действующий в соответствие с законами), в ст. 37 - право на труд, ст. 38 - право на оплачиваемый отдых, ст. 39 - право на социальное обеспечения, ст.40-на квалифициров. мед. обслуживание, ст.65-охрана материнства и детства.

Законодательство об охране здоровья граждан-ст. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 16, 17, 32, 33, 35, 36, 37, 44, 45, 46). Это формирует здоровый образ жизни, гос. и соц. помощь, ВТ экспертиза, текст присяги врача РУз и др.

Трудовой кодекс РУз - ст. 1, 8, 16, 57, 58, 59, 211, 212, 214, 216, 217, 222, 223, 282, 284, 285, 290, 115, 120 , 122, 126, 135, 138, 149, 150. Это трудовое право, оплачивающий отпуск; право на труд, компенсация и др.

Законодательство о Гос. Сан. надзоре - ст. 2, 7, 8, 19, 27, всего состоит из 6 разделов и 32 статей, основные принципы, обеспечение сан-эпид

благополучия населения, право должностных лиц, осуществляющих Гос. Сан. надзор и др.

В ходе занятия необходимо:

Показать и назвать все законодательные документы, с перечислением основных статей Конституция РУз, трудового кодекса, закона о Гос. Сан. надзоре и об охране здоровья граждан;

Обсудить со студентами - решение конкретных ситуационных задач при выполнении практической деятельности сан. врача по гигиене труда.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение охране труда.
2. Роль законодательных документов в практической деятельности сан. врача по гигиене труда.
3. Перечислите разделение законодательных документов на три группы.
4. Какие законодательные документы входят в основополагающую группу документов?
5. Назовите на основании изучения Конституции РУз, закона «Об охране здоровья граждан РУз» и трудового кодекса РУз статьи, определяющие правовые основы Гос. сан. надзора и в частности на производственных объектах.

Тестовые вопросы.

Основополагающие законодательные документы по гигиене и охране труда носят характер:

- А) государственный;
- Б) ведомственный;
- С) рекомендательный;
- Д) административный;
- Е) медицинский;

Кто осуществляет согласно Конституции РУз высший надзор за исполнением законов о труде?

- А) генеральный прокурор и органы прокуратуры;
- Б) министерства здравоохранения, обл здрав;
- С) мин-во социального обеспечения;
- Д) ЦГСЭН, мин-во труда;
- Е) профсоюзы, админстр-я предприятия.

Компенсация за вредные условия труда осуществляется путем:

- А) сокращения раб. дня, дополнительного отпуска;
- Б) санитарного просвещения, доплат к зарплате;
- С) рекомендаций по повышению работоспо-ти;
- Д) СИЗ, составления рекомендаций по охране труда;
- Е) мед-х осмотров, решение профсоюзных органов.

Оснащение занятия:

Методич. разработки для студентов по теме: «Законодательство по гигиене и охране труда», основополагающие законодательные документы:

- А) Конституция РУз, 1992 г.;
- Б) Трудовой Кодекс РУз, 1996 г.;
- С) 3-н РУз «О гос.сан. надзоре», 1992 г.;
- Д) 3-н «Об охране здоровья граждан», 1996 г.

Тема для самостоятельной работы студентов:

1. Основные группы законодательных документов по гигиене и охране труда;
2. Отражение вопросов охраны и гигиены труда в Конституции РУз;
3. ----- в з-не «Об охране здоровья граждан» и Трудовом кодексе;
4. ----- в з-не «О Гос. Сан. надзоре»;
5. Надзор и контроль за соблюдением законодательства по гигиене и охране труда.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 2 (ЛЕКЦИЯ № 1).

ТЕМА: САНИТАРНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОТДЕЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ БЫТОВЫХ ПОМЕЩЕНИЙ.

Кол-во часов-4.

ЦЕЛИ:

- научить вести надзор за соблюдением сан-гиг. норм и правил при проектировании бытовых помещений;
- рассказать об основных требованиях СНиПа 2.04.05- 97 «Административные и бытовые помещения».

Ожидаемые результаты (задачи).

После проведения занятия студентов должны:

- уметь использовать законодательные документы в частности СНиП 2.04.05-97 по осуществлению предупредительного сан. надзора;
- знать методики оценки проектов бытовых помещений с учетом различных отраслей промышленности;
- уметь составлять гиги. заключение по проекту бытовых помещений.

Содержание.

- расчетно- пояснительная записка: основные вопросы, освещаемые в ней;
- этапы санитарной экспертизы проектов бытовых помещений;
- состав, размещение общих специальных санитарно-бытовых помещений в соответствии с санитарной характеристикой производственных процессов (в данном случае машиностр. производства);
- достаточность количества оборудования, отдельных помещений: гардеробных, душевых, умывальных, уборных и т. д.;
- гигиенические требования к освещению, вентиляции, отоплению, а также отделке стен, потолков и полов, проектируемых бытовых помещений.

Предподавательские заметки к занятию № 2.

В расчетно-пояснител. записке освещаются вопросы: сведения о количественном и половом составе рабочих; объемно-планировочные решения, проектируемых помещений, обоснование состава сан. бытовых помещений, их оборудование и устройство, данные по освещению, вентиляции и отоплению бытовых помещений.

Этапы сан. экспертизы проекта бытовых помещений состоит из следующих пунктов: полнота представленной проектной документации:

- правильно ли приняты объемно-планировочные решения проектируемых санитарно-бытовых помещений: размещение, высота, наличие отапливаемых переходов между санитарно-бытовыми и производственными помещениями, тамбуры и т.д.;

-соответствует ли состав, количества и взаимное расположение санитарно-бытовых помещений гигиеническим характеристикам производственных процессов;

-достаточность количества оборудования отдельных помещений: гардеробных, душевых, умывальных, уборных и т. др.;

-соблюдены ли гигиенические требования в отношении отделки стен перегородок, потолков, полов, освещения, вентиляции, отопления проектируемых помещений.

Состав сан. бытовых помещений должен проектироваться с учетом технологических процессов, т.е. присущих им производства в частности.

К общим относятся: гардеробные, умывальные, уборные, душевые и спец. бытовые помещения (ингалятории, фотарии и др.).

Достаточность количества шкафчиков в гардеробных зависит от общего числа работающих во всех сменах, кол-во душевых сеток, умывальных кранов и уборных, сан. приборы определяются числом работающих в наиболее многочисленную смену.

Гиг. требования, предъявляются к бытовым помещениям, согласно СНиПа 2.04.05 – 97. Вентиляция должна предусматриваться в виде механической вытяжной (в душевых и уборных). Для отопления предусматривается водяное или паровое высокого давления отопление. Стены бытовых помещений должны быть облицованы материалами, допускающими их легкую очистку, а потолки влагостойкими красками должны иметь нескользкую поверхность. В ходе занятия необходимо:

-показать СНиП 2.04.05.-97 «Административные и бытовые помещения» и объяснять основные требования, предъявляемые к сан. бытовым помещениям;

-научить проведению сан. экспертизы проектов бытовых помещений в данном случае машиностроительного производства;

-научить студентов по результатам сан. экспертизы бытовых помещений;

-составлять заключение по общепринятой форме № 303/У, выявление недочетов, предложений и рекомендаций;

-обсудить со студентами в каких случаях проект не согласовывается, отправляется или согласуется как соответствующий сан. требованиям СНиП 2.04.05.-97 г.

Контрольные вопросы:

1. Назовите законодательные документы, согласование которых предъявляются требования к сан. бытовым помещениям.

2. Перечислите сведения, которые освещаются в расчетно-пояснительной записке.

3. Что выясняет врач по ГТ в процессе сан. экспертизы бытовых помещений.

4. Укажите основные и специальные бытовые помещения, от чего зависит их состав.

5. Как определяются достаточность количества оборудования гардеробных, душевых, уборных, и т. д.

6. Назовите гигиенические требования к освещению, вентиляции, отоплению.

7.----- к отделке стен, потолков и полов, проектируемых бытовых помещений.

8. При каком количестве работающих женщин предусматривается комната гигиены женщин.

9. Расскажите как заполняется заключение Ф. № 303/у по проекту сан. бытовых помещений.

Тестовые вопросы:

От чего зависит состав бытовых помещений;

А) особенностей технологии процесса и вредных факторов;

Б) числа работающих и количества смен;

С) интенсивности радиационного и теплового воздействия;

Д) интенсивности воздействия пыли, вибрации.

При какой списочной численности работающих должен быть предусмотрен медпункт:

А) от 50 до 500 человек;

Б) более 500 работающих;

С) 1000 и более -----и-----;

Д) более 800-----и-----;

Е) более 700 -----и-----.

Какие помещения создаются по профилактике светового голодания:

А) фотарии;

Б) ингаляторий;

С) солнечные ванны;

Д) ручные и ножные ванны;

Е) психологической разгрузки.

Оснащение занятия:

1. СНиП 2.04. 05.- 97 «Административные и бытовые помещения»;

2. Проекты сан-бытовых помещений, в частности машиностроительных помещений;

3. Методы разработки для студентов по теме: «Сан.экспертиза проектов бытовых помещений промышленных помещений» .

4. Обучающая программа.

Темы для самостоятельной работы студентов:

1. Сан. экспертиза проектов бытовых помещений легкой промышленности;

2. Составление заключения сан. экспертизы бытовых помещений о возможности его согласования.

Лекция № 6

Гигиена труда в машиностроительной промышленности

Количество часов 2

Цели:

- дать характеристика видам машиностроения .
- дать специализации механизации, автоматизацию в этой отрасли
- дать основные виды оборудования – пути облечения труда

- дать ведущие профессии, их физиолог – гигиеническую характеристику
- дать общую профессиональную заболеваемости меры профилактики.

Ожидаемые результаты (задачи).

После прослушивания лекции студенты должны.

- знать что относится к современному машиностроению
- знать технологический процесс и условия труда
- знать основные факторы риска
- знать ведущие профессии и их физиологическую характеристику
- знать общую и профессиональную заболеваемость
- знать меры профилактики

Содержание:

Виды машиностроения. Специализация, механизация, автоматизация – путь повышения производительности труда, облегчения и улучшения.

Производственные процессы. Основные виды оборудования ведущие профессии их физиолог – гигиеническая характеристика горячие и холодные цеха, ведущие вредные опасные производственные факторы основные профессии заболеваемости меры профилактики.

Преподавательские заметки по лекция № 6.

На современном машиностроению относятся предприятия:

автомобильного

тракторного

сельскохозяйственного

нефтехимического

станкостроения (инструментальное и тяжело)

энергетическое и транспортное машиностроение д. р.

Основными группами цехов, обгледещемых общими технологическими решениями и связанными с ними специфической условий труда и принципами их оздоровление являются:

Горячие цеха (подготовительные цеха):

Литейные

Термические

Кузнечные

Учитывая то, что литейном производится в формы занимает большой удельный вес подробно остановимся на этом виде литья.

Песчаные формы для вдуваемой детали изготавливаются из специальной смеси.

Для приготовления формовочной смеси (земля) в специальных смесительных машинах в определенных пропорциях видения смешивается.

В специальных мастерских предварительно изготавливается модель отливаемой детали из дерева или пластика. На формовочном участке в опоки вставляется модель и записывается формовочной гигиеной. Процесс формовки может быть или механизирован

1. Запыленность воздуха 10-до 105 м/м³
2. Смесь хим. веществ, со, - 120 м/м³, сернисты
3. й газ , в следствие термического воздействия на организм масла образуется акролеин, непредление углеводородно, феноформадегед, окис азота, озон при оболотван литье 3,4 бензапи рен.
4. Арозоли
5. Меторологические условия
6. Лучистое тепло
7. Шум (100- 102 ДБ)
8. Вибрация

Кузнечный цех:

В этих цехах металл в отличие от литейных подвергается не раславлению а нагреванию до 800- 1100⁰.

Оборудования;

1. Нагревательные печи
2. Процесс

Условия труда.

1. Метиоусловия конв. Луч тепло 780- 2400
2. Химические в.в. СО, СО₂ сажен. содержит
3. Шум, вибрация

Заболеваемость: 1) органов дыхания

2) ангины

3) радикулиты

1) миозиты

2) травматизм

3) неврит слухнерви

Термический цех:

В этом цехи осуществляется:

1) физические процессии: с нагревом и охлаждением

Оборудование: Печи -ванна

В ваннах содержится расплавленный свинец, цианистые соединения, минеральные масла.

Профессии термиста

Условия труда:

1) Метеоусловия

2) Химические вещества CO, NH₃ Рв, цианиды, горючие газы, окислы азота

Меры профилактики в горячих цехах

1. Архитектурно планировочные

2. Автоматизация механизация

3. Внедрение передовой технологии метеофактором

4. Вентиляция

4. Борьба с шумом

5. Борьба с вибрацией

6. Замена химических веществ

7.

Металлоб рабативающие

Холодная обработка металл на металлорежущих станках.

Тех. процесс – резание на различных станках:

1. Токарных – токари

2. Фрезерных- фрезировияки

3. Строгальных – строгальщики

4. Глисовальных-

5. Полировачнных- п

6..Штаповочных

Условия труда:

1. Шум
 2. Вибрация
 3. Опасность травматизма.
 4. Химический фактор возникает с следствие испарения смазочно – охлаждающих жидкостей (сж) и ингибиторов коррозии. В состав входят
 - 1) Нефтяные масла (веретенное, машинное, фрезол).
 - 2) Добавки – сульфонаты, нитраты, серосодержащие минеральные и органические соединения .
- 3) Ингибиторы коррозии: циклические, уротропин и др

Заболевания: общ. Характерно и других цехах.

Профзаболевания:

1. Электроофтальмия
2. стойкое снижение зрения при эл. Сварки за счет яркости.
3. пневмокониоз
4. Марганцевая интоксикация

Оздоровительные мероприятия.

1. применения периодической технология, методов сварки в атмосфера защитных газов
2. уменьшение количества токсических компонентов, путем замен электродов
3. применение эфферен вентиляции
4. прим. Защ. экран с цветофильтром
5. орг. Стационарных сварочных мест
6. воздухообмен при сварки мет. Конструктив из удаление возд. 4000- 6000 м³ воз на 1 кг расход электродов.
7. применения очков со ст. ЭС – 100, ЭС- 500 свар и подручной
8. экран

Гальванический цех или цех металлические изделия для защиты их от коррозии, для обеспечения прочности и с декоративной целью покрывают своим металлом или создает оксидные пленки и поверхности.

Существуют несколько распространенных способов металлопокрытий

1. Гальванический способ, суть которого в осаждение на поверхности изделия тонкого слоя другого металла в растворе электролита при воздействия эл. тока Чаще всего применяют соли цинка, олова, золота, серебра
2. Горячий способ покрытия путем изделия в ванну с расплавленным металлом
3. Металлизация при помощи разбрызгивания структуры расплавленного металла в с этапом воздуха на поверхности изделия ()

4. Способ диффузного покрытия путем совместного нагрева изделия и попошка металла покрыт при температура покрощка.
5. Перед любым из выше перечисленных металлопокрытий изделия подвергается предварительных обработки.

1. Механическая очистка- обдиркой, шлифовка, полировка галтовка

2. Химическая или электрохимическая подготовка. Путем обезжиривания, травления и нейтрализации

Обезжиривания производится путем омелления в щелочных растворах или в органических растворительных

Травление – проводится в неорганических кислотах ()

В производство машиностроительных из перечисленных способов металла покрытий практически на всех производится подвергается гальванический .

Процесс этап идет в гальванических ваннах в которые наливается водные растворы кислых солей или щелочных комплексных солей (циан) металлов

Этот ток в ванна подается при помощи электродов (угольных или металлических).

Оздоровительных мероприятия.

1. Прав планировочно работе 1 этажи (помещ изолир. Друг от друга)
2. Поли должны быть покрытия килета устойчивим покрытиям и стене 1,5 м.
3. Замена токсич не токсич
4. Устройства рац. вентиляции борт отсоса общ. Приточ.
5. Необходимо устройства разделения вентиляции центру от цианистых и прочих ванн. Общий приток должен подовать 85-90 % от удаляющего т.е. от воздействия баланс.
6. Спецодежде
7. Защитник средства (мази, паста)

Контрольные вопросы:

1. Какие виды машиностроения Вы знаете?
2. Каковы пути повышения производительности и облегчения труда?
3. Основные виды оборудования ведущие профессии?
4. Какие цеха и вредные и опасные факторы?
5. Общая и профессиональная заболеваемость?
6. Основные меры профилактики?

Оснащение лекция:

Таблицы; условия труда в машиностроении, метеофактор, загрязненности, шум, заболеваемости, меры профилактики.

Темы для самостоятельной работе студентов.

1. Заболеваемости рабочих в горячих цехах.

Рекомендуемая литература.

« Гигиена» - учебник под редакцией проф. Демиденко Н.М.
Ташекент 2002 г С. В. Алексеев В.Р. Усенко « Гигиена труда»
Москва 1988 г.

Содержание тем практических занятий

Темы практических аудиторных занятий

3 курс 5 семестр

Тема №1.

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ.

- I. **Тема:** Организация хирургической стоматологической помощи населению.
- II. **Цель занятия:** ознакомить студентов с организацией хирургической стоматологической помощи населению.
- III. **Задачи:**
 - обучить студентов как организовать поликлиническую хирургическую стоматологическую помощь населению;
 - обучить студентов работе хирургического стоматологического стационара;
 - ознакомить с ведением медицинской документации;
- IV. **Ожидаемые результаты.**
 - студенты должны знать организацию хирургического стоматологического отделения (кабинета);
 - студенты должны знать из каких подразделений состоит отделение хирургической стоматологии;
 - студенты должны знать о штатных нормативах в стоматологическом отделении (кабинете);
 - должны знать как оснащать отделение и организовать помощь;
 - должны знать из каких подразделений состоит хирургический стоматологический стационар;
 - должны знать ведение медицинской документации в поликлинике и стационаре;
- V. **Содержание практического занятия.**

Вместе с преподавателем после обсуждения занятия проводится обход по подразделениям с поликлинике и стационаре.
- VI. **Перечень рассматриваемых вопросов.**
 1. Понятие об организации стоматологической помощи населению в городах, промышленных предприятиях и в сельской местности.
 2. Из каких помещений состоит хирургической стоматологическое отделение.
 3. Штатные нормативы медицинского персонала отделения.
 4. Оснащение отделения.
 5. Организация лечебной работы.
 6. Организация стоматологической помощи в стационаре.
 7. Ведение медицинской документации.
- VII. **Краткое изложение рассматриваемых вопросов.**

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ.

Согласно Приказа министерства здравоохранения предусмотрена организация республиканской, краевой, областной стоматологических поликлиник, в составе которых должно быть хирургическое стоматологическое отделение или хирургический кабинет.

В городах, городских районах имеются стоматологические поликлиники или стоматологические отделения в общих поликлиниках, в которых предусмотрены хирургические кабинеты, где помощь оказывается по принципу территориального проживания. В составе отделений скорой медицинской помощи предусмотрено стоматологическое отделение.

При медико-санитарных частях (МСЧ) промышленных предприятий, производственных объединений, в специализированных детских больницах и диспансерах хирургическая помощь стоматологическим больным оказывается в хирургическом кабинете (при наличии стоматологического отделения) или в стоматологическом кабинете, где проводится смешанный прием больных, если при данном учреждении нет стоматологического отделения. Помощь носит профилактическую направленность.

В сельской местности, согласно указанному выше приказу, стоматологические кабинеты должны быть созданы при центральной районной больнице; в них проводится лечение всех стоматологических заболеваний, в том числе и хирургических.

При организации хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники (отделения) следует учитывать: численность населения, которое в нем будет лечиться; территорию обеспечения помощью; особенности контингента населения; санитарно-гигиенические требования к планировке помещения; штатное расписание, соответствующее категории поликлиники; табель оборудования больницы и поликлиники.

Для обеспечения успешной работы отделения (кабинета) необходимо правильно произвести расстановку кадров, строго регламентировать служебные обязанности каждого работника и объем работы отделения (кабинета) в целом, а также ведение соответствующей документации:

Помещение хирургического отделения (кабинета). При планировании хирургического отделения стоматологической поликлиники следует пользоваться «Санитарными правилами устройства, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, охраны труда и личной гигиены персонала», в которых указано, что в стоматологических поликлиниках, где организуется отделение хирургической стоматологии, должно быть не менее 5 помещений:

- * помещение для ожидания больных из расчета 1,2 м² на одного больного с учетом не менее 4 больных, одновременно ожидающих приема врача. Допускается ожидание хирургических больных в общем помещении поликлиники;

- * предоперационная площадью не менее 10 м²;

- * операционная с одним стоматологическим креслом (операционным столом) площадью не менее 23 м², а при установке каждого последующего кресла (операционного стола) должно добавляться по 7 м²;

- * стерилизационная площадью не менее 8 м²;

- * комната временного пребывания больных после операции.

В стоматологических поликлиниках при наличии хирургического кабинета должно быть не менее 3 помещений:

- * помещение для ожидания больных (допускается ожидание больных в общем помещении);

- * комната с вытяжным шкафом площадью не менее 10 м² для стерилизации инструментов, приготовления материалов, подготовки персонала (мытьё рук, переодевание);

- * операционная площадью не менее 14 м² на одно кресло и 7 м² на каждое последующее кресло для удаления зубов и выполнения других амбулаторных операций.

В общих поликлиниках, имеющих в структуре стоматологическое отделение с должностью врача-хирурга, должны функционировать самостоятельные хирургические кабинеты. Стены кабинетов хирургического отделения стоматологической поликлиники (операционной, предоперационной, перевязочной) должны быть гладкими, без щелей; стены должны облицовываться на высоту не ниже 1,8 м, а в операционной — на всю высоту плитками из полихлорвинила, полиэтирола или глазурованной плиткой. Пол в кабинетах настилают рулонным поливинилхлоридным материалом (линолеумом) или покрывают керамической плиткой, а в операционной — полимерцементной мастикой или керамической плиткой. Потолки операционной, предоперационной и стерилизационной должны быть окрашены водо-эмульсионными масляными или клеевыми красками, двери и окна — глифталевыми эмалями или масляной краской. Дверные и оконные проемы должны быть гладкими, легко поддающимися влажному протиранию.

Хирургические кабинеты в стоматологических поликлиниках оборудуются водопроводом, центральным отоплением и горячим водоснабжением. Температура воздуха в хирургических кабинетах в холодное время года 18—23°C, в теплое — 21—25 °C. Кабинеты должны быть снабжены приточно-вытяжной вентиляцией с механическим побуждением, а также фрамугами и форточками.

Все кабинеты должны иметь естественное освещение и две системы искусственного освещения — общее, отвечающее существующим требованиям, и рабочее — в виде специальных рефлекторов. Мебель в хирургических кабинетах должна быть окрашена нитроэмалевой краской светлых тонов. Рабочие столы покрывают стеклом или пластиковым материалом, окрашенным нитроэмалевой краской или нитролаком.

В отделениях (кабинетах) хирургической стоматологии влажная уборка должна производиться дважды в день: между рабочими сменами и в конце каждого рабочего дня. При такой уборке необходимо мыть мебель, нижнюю часть стен, подоконники и пол горячей мыльной водой. Ежедневно следует проводить облучение помещений бактерицидными лампами. Один раз в неделю следует проводить генеральную уборку помещений. Бактериологический контроль должен быть критерием оценки санитарного состояния кабинета.

Штатные нормативы устанавливаются на основании Приказа министерства здравоохранения, которым предусмотрено выделение 4 врачей-стоматологов на 10000 населения. Число хирургов среди них зависит от обращаемости за помощью. В стоматологических поликлиниках, где имеется хирургическое отделение на 7—12 штатных должностей, заведующий выделяется на 0,5 ставки из штата врачей. Если в отделении имеется свыше 12 врачебных должностей, то дополнительно выделяется ставка заведующего отделением. Хирурги-стоматологи, работающие в кабинете, подчиняются заведующему лечебно-профилактическим отделением. Штат медицинских сестер устанавливается из расчета одна должность медицинской сестры на каждую должность врача-хирурга. Штат санитарок устанавливается из расчета одна должность на каждую должность врача.

Организация труда в хирургическом отделении (кабинете). Успех работы хирургического отделения (кабинета) во многом зависит от укомплектованности квалифицированными кадрами и организации их труда. При составлении графика работы врачей в поликлиниках, где имеются два—три врача-хирурга в смену, целесообразно в каждой смене (утренней и вечерней) предусмотреть работу более опытных врачей и молодого, менее опытного, который сможет учиться и консультировать больных у своих старших товарищей по работе. В поликлиниках, где работает один хирург в смену, наиболее опытного врача надо использовать в смену, в которую на прием приходит наибольшее количество больных.

Организация лечебной работы. Объем и характер хирургических вмешательств зависят от уровня квалификации хирурга, работающего в отделении. В поликлинических условиях могут быть произведены только такие стоматологические операции, после которых больной может самостоятельно или в сопровождении родственников поехать домой. Наиболее широко распространенной в поликлинических условиях операций является удаление зуба. К сложным операциям в поликлинике относятся: удаление

дистопированных, полуретенированных, ретенированных зубов, хирургическая обработка гнойного очага при остром периостите, остеомиелите, абсцессах, лимфаденитах, наложение швов на раны мягких тканей, репозиция отломков костей лицевого скелета, иммобилизация при переломах челюстей, вправление вывиха нижней челюсти. Перечисленные операции являются неплановыми. В поликлиническом отделении могут быть проведены плановые оперативные вмешательства: реплантация, трансплантация и имплантация зубов, резекция верхушки корня зуба, удаление небольших доброкачественных новообразований мягких и костной тканей челюстно-лицевой области, взятие участка ткани для биопсии, операции по поводу кист челюстей, удаление слюнного камня из протока. Осуществляются также и простые пластические операции по поводу незначительных деформаций мягких тканей и альвеолярного отростка челюстей, а также секвестрэктомиа, удаление инородных тел, вмешательства по поводу пародонтита.

Работа в отделении начинается с подготовки кабинета к приему пациентов. Проверяется санитарное состояние кабинета. Медицинская сестра ежедневно перед каждой сменой накрывает два стерильных стола, один из которых предназначен для инструментов, а другой — для перевязочного материала. При наличии в кабинете двух медицинских сестер одна из них работает за стерильным столом, а другая помогает врачу вести прием больных. Если кабинет обслуживает одна сестра, то она работает за стерильным столом с помощью корнцанга (аподактильно). Познакомившись в зале ожидания с больными, записанными на прием, сестра определяет очередность приема пациентов: тяжелые и больные с повышенной температурой должны быть приняты в первую очередь, всех остальных принимают в порядке записи.

Первичные больные в хирургическое отделение могут поступать как из регистратуры, так и из лечебного и ортопедического отделений. Пациента приглашают в кабинет лишь при наличии там истории болезни. Познакомившись с историей болезни, направлением, а также с теми медицинскими документами, которые имеет больной, врач начинает опрос и обследование больного и при необходимости — несложные инструментальные исследования и другие методы диагностики (рентгенологический, терапевтический или ортопедический, лабораторный). При необходимости хирургического лечения устанавливают сроки, объем, место, характер предоперационной подготовки больного. Операции, не требующие специальной подготовки больного, могут быть произведены сразу же в хирургическом кабинете. Не сложные операции осуществляются также в хирургическом кабинете или операционной (в зависимости от объема вмешательства). Плановые операции назначаются на специально предусмотренный операционный день. В зависимости от количества операций в неделю может быть выделено 1—2—3 операционных дня. Все заключения и назначения выдаются на специальных бланках лечебного учреждения. Данные обследования больного, все манипуляции и назначения врача, результаты лечения должны быть отмечены в истории болезни. Посещение больного всегда регистрируется в специальном журнале. В оформлении документации врачу помогает медицинская сестра. При необходимости повторного посещения больному выдается талон с указанием номера кабинета, дня и времени приема, а также фамилии врача, назначившего прием больного. Историю болезни пациента, назначенного на повторный прием, следует хранить в картотеке в кабинете врача. По окончании приема в регистратуру сдаются истории болезни тех больных, которые не назначены на повторный прием. При необходимости лечения больного на дому отделение выделяет врача, а если нужно, и медицинскую сестру, которые проводят возможные в домашних условиях лечебные манипуляции.

Организация работы в операционной. Подготавливая операционную комнату к работе, сестра знакомится со списком назначенных операций, подбирает необходимые для них инструменты, которые стерилизует перед началом работы. Затем накрывает два стерильных стола — один для материала, а второй — для необходимого на весь день инструментария. Перед укладкой больного на операционный стол (кресло) сестра готовит меньший инструментальный стол со всем необходимым для данной операции инструментарием. Для проведения операции хирургу необходим ассистент, роль которого может выполнить опытная медицинская сестра, врач-интерн или студент на

производственной практике. В хирургических отделениях и кабинетах стоматологических поликлиник (отделений), где нет специально выделенного помещения для операционной, операции могут быть произведены в хирургическом кабинете. Это возможно, однако, только при условии, если в операционный день не будет планового приема больных. При организации хирургической работы в стоматологическом кабинете на смешанном приеме следует предусмотреть проведение минимального количества хирургических операций.

Крупные стоматологические поликлиники обычно являются консультативно-методическими центрами по специальности. В хирургическом отделении таких поликлиник производятся консультации больных, направляемых врачами поликлиники, а также врачами района, которые работают в небольших стоматологических отделениях и кабинетах. В крупных городах к таким поликлиникам прикрепляются для консультативной работы хирург-стоматологи из научных и учебных заведений, что повышает качество консультативной помощи.

Важным разделом работы хирургического отделения (кабинета) является участие в плановой профилактической диспансеризации населения. Хирургические вмешательства занимают важное место в комплексе мероприятий по санации больных.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Стационар предназначен для обследования и лечения больных с заболеваниями челюстно-лицевой области, требующими хирургического или консервативного лечения в клинических условиях. В стационарном лечении нуждаются 1,5% всех больных, обращающихся к врачу-стоматологу. Имеются заболевания челюстно-лицевой области, при которых больные должны быть госпитализированные в срочном порядке через службу неотложной помощи. К ним относятся абсцесс и флегмона, острая травма, перелом костей лицевого скелета, кровотечение и др. В хирургический стоматологический стационар поступают также больные по поводу последствий травмы, врожденных пороков развития, новообразований. Они нуждаются в соответствующих оперативных вмешательствах, которые могут быть проведены в плановом порядке. Эти больные должны быть заранее подготовлены к госпитализации в условиях поликлиники, где им в обязательном порядке должна производиться санация полости рта.

В стационаре должны работать высококвалифицированные хирурги-стоматологи. Это в основном врачи, окончившие клиническую ординатуру при кафедрах хирургической стоматологии одного из медицинских вузов и получившие необходимые хирургические навыки в работе.

Хирургический стоматологический стационар должен иметь те же подразделения, что и хирургический стационар общего профиля: операционно-перевязочный блок, процедурные комнаты, пищеблок, палаты, в том числе интенсивной терапии, посты медицинских сестер, материальные комнаты и другие помещения, которые есть в стационаре любого профиля. В многопрофильной больнице имеются и отделения интенсивной терапии, в которых лечатся и хирургические стоматологические больные.

В стоматологическом стационаре следует организовать специальную комнату для проведения гигиенических процедур в полости рта. Больные после операций на челюстно-лицевой области часто не могут пользоваться обычными методами гигиены полости рта и нуждаются в специальных приспособлениях и средствах.

VIII. В практической части занятия после обсуждения темы проводится обход по кабинетам стоматологической поликлиники и по палатам стационара. Студенты учатся медицинскую карту амбулаторных и историю болезни в стационаре. В аналитической части занятия проводится разбор клинических больных, решение ситуационных задач. В конце занятия преподаватель дает обобщение по теме.

IX. Преподавательские заметки.

1. Занятие начинается с проверки базовых знаний студентов. Раздаются опросные листы и требуются конкретные краткие ответы на поставленные вопросы.

2. Решение контрольных тестов и ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту или ситуационной задаче. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, клиническое мышление и оценивает знание по подготовленным критериям.
3. Практическая часть проводится в поликлинике и стационаре. Проводя обход в поликлинике и стационаре студенты должны знать и увидеть из каких подразделений состоит отделение их оснащение. Студенты обучаются как правильно заполнять карту амбулаторного больного и историю болезни. В конце занятия проводится итог проделанной работы, преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки, ошибки и ставит рейтинговый балл, объявляя его студентам. Преподаватель отвечает на вопросы студентов, объявляет домашнее задание.

X. Раздаточный материал.

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов.
2. Ситуационные задачи.
3. Тесты 1 – уровня сложности.
4. Тесты 2 – уровня сложности.

XI. Оснащение практического занятия..

1. Альбом.
2. Медицинская документация (карта амбулаторного больного, история болезни).

XII. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач и рейтинговых баллов. Учитывается практическая работа студентов и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется, выставляется в журнал.

XIII. Самостоятельная работа студентов.

1. Заполнить амбулаторную карту больных.
2. Заполнять историю болезни.

XIV. Контрольные вопросы.

1. Понятие о хирургической стоматологии как о науке.
2. Развитие хирургической стоматологии в Узбекистане.
3. Помещение хирургической стоматологической поликлинике.
4. Санитарные требования предъявляемые при организации хирургической стоматологической помощи.
5. Штатные нормативы медицинского персонала.
6. Организация лечебной работы.
7. Организация стоматологической помощи в стационаре.
8. Ведение медицинской документации

XV. Литература.

Основная.

1. Учебник хирургической стоматологии. Под редакцией профессора Робустовой Т.Г. Москва. 2000 год.

Дополнительная.

1. Стоматология – руководство к практическим занятиям. Под редакцией Боровского Е.В. Москва. 1987.
2. Справочник по стоматологии. Под редакцией академика Рыбакова А.И., профессора Иващенко Г.М.

ТЕСТЫ

1. Сколько должно быть помещений в отделение хирургической стоматологии при поликлинике?

А) 5 Б) 3 В) 4 Г) 7 Д) 2

2. Сколько метров занимает операционная с одним стоматологическим креслом?

А) 23 м^2 Б) 21 м^2 В) 14 м^2 Г) 20 м^2 Д) 22 м^2

3. Что относится к плановым операциям, проводимым в поликлинике?

- А) резекция верхушки корня зуба
- Б) наложение швов на раны мягких тканей
- В) взятие участка тканей для биопсии
- Г) удаление дистопированных зубов
- Д) вправление вывиха нижней челюсти

1. А, В 2. Г, Д 3. А, Б, В 4. А 5. В, Д

4. Что относится к неплановым операциям.

- А) наложение швов на раны мягких тканей
- Б) репозиция отломков костей лица
- В) резекция верхушки корня
- Г) биопсия
- Д) имплантация зубов

1. АВ, 2. АВ, 3. БГ, 4. ДГ, 5. ВД

5. Установите соответствие площади и помещения в хирургическом отделении.

1) предоперационная	А) 23 м^2 не менее
2) операционная	Б) 10 м^2 не менее
3) стерилизационная	В) 8 м^2 не менее

1. Б 2. А 3. В

6. Заведующий отделением хирургической стоматологии инструктирует средний мед.персонал о приготовлении местного анестетика на рабочую смену для трех стоматологических мест. Укажите, какой концентрации анестетики должны быть на стерильном столе?

А) 0.5%, 0.1%, 2% Б) 1%, 5%, 2% В) 0.5%, 1%, 3% Г) 0.5%, 3%, 10% Д) 5%, 0.5%, 3%

7. Установите соответствие требований и помещений в хирургическом кабинете?

- 1. Стерилизационная
- 2. Операционная
 - А. Площадь не менее 10 м^2 .
 - Б. На всю высоту должна быть облицована кафелем
 - В. Площадь не менее 14 м^2 .
 - Г. Должны облицовываться на высоту не менее 1.8 м^2 .
 - Д. Пол – линолеум
 - Е. Пол- керамическая плитка.

1 АГД 2 БВЕ

8. Установите соответствие плановых и неплановых операций, проводимых в поликлинических условиях:

1) плановые

2) неплановые

- А. Хирургическая обработка гнойного очага при остром периостите
- Б. Репозиция отломков костей лицевого скелета
- В. реплантация
- Г. резекция верхушки корня зуба
- Д. имплантация зубов.

1 ВГД 2 АБ

9.Как стерилизуются режущие инструменты?

- А) в течение 2 ч в 96 градусном спирте
- Б) в течение 0.5 ч кипячением
- В) в течение 1 ч сухим воздухом при T=180 градусе
- Г) в течение 0.5 ч в растворе диоксида
- Д) в течение 1 ч в автоклаве

10.Какой оправдательный документ выдается больному при получении бытовой травмы?

- А) справка о нетрудоспособности на 6 дней
- Б) листок нетрудоспособности с первого дня
- В) листок нетрудоспособности с 3-го дня
- Г) справка о нетрудоспособности на 3 дня
- Д) справка о нетрудоспособности на 10 дней

Ситуационная задача 1.

При осмотре хирургической стоматологической поликлиники было обнаружено, что она развернута в приспособленном помещении. Стены кабинетов покрыты на ½ длины обоями, вторая половина и потолок побелены, пол деревянный, потолок побелен, комната для стерилизации инструментов 5м², нет бактерицидной лампы.

- 1.Какие нарушения санитарных норм устройства поликлиники Вы обнаружили?
- 2.Как Вы бы организовали устройства кабинетов?

Ситуационная задача 2.

Медицинская сестра перед началом операции накрыла стерильный стол, на котором большую часть стола отвела для материала, а меньшую -для инструментария.

- 1.Правильно ли накрыла стол медицинская сестра?
- 2.Как правильно надо накрыть стол?

Ситуационная задача 3.

В стоматологической поликлинике выделено 3 штата хирурга-стоматолога. Работа хирургического кабинета, где развернуто 2 кресла, организована в 2 смены. Учитывая большой поток больных в утренние часы в первой смене работают 2 врача высшей и первой категории, одна мед. сестра и санитарка, во второй смене поток больных меньше и работает один врач, закончивший клиническую ординатуру год назад, одна мед. сестра без санитарки.

- 1.Правильно ли организована расстановка мед. персонала по сменам работы?
- 2.Выдержано ли штатное расписание, предусмотренное приказом Минздрава?

Тема №2.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

XVI. **Тема:** Обследование хирургического стоматологического больного.

XVII. **Цель занятия:** обучить студентов обследованию стоматологических больных.

XVIII. **Задачи:**

- Повторить анатомию и физиологию органов ЧЛЮ;
- Научить правильному сбору анамнеза больного;
- Ознакомить с клиническими методами обследования стоматологических больных;
- Ознакомить с вспомогательными и лабораторными методами обследования.

XIX. **Ожидаемые результаты.**

- Студенты знать анатомию и функцию органов ЧЛЮ;
- Должны тщательно собрать анамнез;
- Должны уметь объективно обследовать больных (осмотр, пальпация, перкуссия);
- Должны знать, как использовать вспомогательные лабораторные методы исследования.

XX. Содержание практического занятия.

В начале занятия преподаватель объясняет актуальность темы занятия, основные методы обследования при этом основной упор делается на новые методы диагностики.

XXI. Перечень рассматриваемых вопросов.

1. Опрос больных с заболеваниями ЧЛЮ.
2. Внешний осмотр больного.
3. Пальпаторное обследование больного.
4. Осмотр полости рта.
5. Инструментальные методы исследования.
6. Рентгенологические методы исследования.
7. Лабораторные методы исследования.

XXII. Краткое изложение рассматриваемых вопросов.

Целью обследования больного является установление диагноза. Оно состоит из тщательного сбора анамнеза и объективного обследования больного.

При опросе выясняют жалобы и анамнез болезни. Во время опроса необходимо установить доверительный контакт с больным, определить его нервно-психический статус, интеллект и на этом основании проанализировать жалобы, ход развития болезни. Врач наводящими вопросами должен помочь больному изложить историю болезни.

Обследование начинают с выяснения жалоб. Наиболее характерными из них являются жалобы на болевые ощущения, которые могут быть постоянными или временными, острыми или тупыми, локализованными или разлитыми, самопроизвольными или связанными с прикосновением к зубу, участку тканей лица, челюстей и другими раздражениями. Патологические процессы, развивающиеся в челюстно-лицевой области, в большинстве случаев являются различными проявлениями воспаления, чаще одонтогенной природы. Они отличаются определенным характером болей, что может служить основанием для дифференциальной диагностики ряда заболеваний. Так, при пульпите наблюдаются острые боли разлитого характера, часто — ночные боли, иррадиирующие по ходу нервных ветвей и стволов. Для острого периодонтита характерны острые боли, локализованные в зубе, боли при накусывании. Далее они усиливаются, становятся постоянными и иррадиируют по ходу ветвей чувствительных нервов. Острый гнойный периостит челюсти проявляется распространением боли от причинного зуба на участок челюсти, т. е. носит разлитой характер. Боли при остром остеомиелите челюсти в зависимости от локализации процесса и протяженности поражения кости разнообразны: острые, иррадиирующие по ходу нервов, сверлящие, разлитые. Абсцессы, острый лимфаденит, специфические воспалительные процессы головы, шеи, челюстей характеризуются болями ноющего характера, локализующимися в участке пораженных тканей. При пальпации они могут усиливаться. При флегмоне, аденофлегмоне, фурункулах, карбункулах боли носят разлитой, постоянный характер. В дальнейшем интенсивность болей усиливается, они становятся дергающими, пульсирующими. Помимо локальных болей, при воспалительных процессах наблюдаются головные боли, недомогание, потеря аппетита, сна, озноб и другие проявления, отражающие степень интоксикации.

Больные могут жаловаться на болезненность и припухание слюнных желез, сухость в полости рта, неприятный солоноватый привкус, связанный с приемом пищи, что характерно для заболеваний слюнных желез. Болевые ощущения могут возникать при движении нижней челюсти, языка, глотании, дыхании, разговоре. Это наблюдается при воспалительных, онкологических заболеваниях, травмах мягких и костных тканей лица, органов полости рта. Жалобы на затрудненное глотание, дыхание являются грозным симптомом и требуют безотлагательного дальнейшего обследования больного.

Больные нередко жалуются на нарушение симметрии лица. Это может происходить за счет припухлости, новообразования тканей лица, челюстей, органов полости рта. Сопоставляя жалобы на боли с характером припухлости, в одних случаях можно говорить о заболеваниях воспалительного характера, в других — об опухоли или опухолеподобном образовании. Больные могут предъявлять жалобы по поводу дефекта или деформации

лица, вызывающих функциональные и эстетические нарушения. В таких случаях следует выяснить природу дефекта или деформации (врожденная или приобретенная). При приобретенном дефекте важно установить причину его (травма, воспалительный, онкологический процессы, ранее проводимые операции и др.).

В процессе расспрашивания уточняется динамика заболевания: когда появились первые симптомы, в чем они состояли, кто их заметил (больной, окружающие, врач), куда обращался больной за помощью, какое лечение проводилось и с каким результатом. Следует ознакомиться с имеющейся у пациента документацией по поводу проведенного обследования (выписка из истории болезни, данные лабораторных и других исследований, рентгенограммы, заключения консультантов).

При жалобах на боли и припухлость в челюстно-лицевой области следует уточнить, как развивался процесс, и установить источник инфекции. При нарастании общих и местных симптомов воспалительного процесса необходимы госпитализация и, возможно, проведение экстренных операций. При наличии специфических воспалительных очагов, язв, дефектов челюстно-лицевой области и слизистой оболочки рта следует собрать сведения о наследственности, образе жизни, контактах с больными и др. для исключения туберкулеза, сифилиса, а также уточнить результаты обследований, проведенных при этих заболеваниях.

При локализации процесса в области слюнных желез из анамнеза нужно выяснить, имелось ли припухание железы, связано ли оно с приемом пищи. Следует уточнить развитие заболевания после операций на внутренних органах, особенно брюшной полости, малого таза, после вирусной или другой инфекции, а также заболеваний внутренних органов.

При имеющейся травме следует уточнить, при каких обстоятельствах она произошла, терял ли больной сознание и на какое время, были ли тошнота, головокружение, рвота, кровотечение из носа, ушей, какая была оказана помощь. Надо выяснить, вводили ли больному противостолбнячную сыворотку или столбнячный анатоксин, как, когда и в каких дозах. Требуется уточнения факт получения травмы в состоянии алкогольного опьянения. При обращении больного по поводу кровотечения, связанного с травмой, оперативным вмешательством (в том числе удалением зуба)-, надо обязательно расспросить о длительности его при ранее перенесенных операциях, порезах, ушибах.

При болях, характеризующих заболевания и повреждения нервов лица и челюстей, нужно знать данные неврологического статуса. При обращении больных по поводу болей и нарушения функции височно-нижнечелюстного сустава необходимо выяснить связь процесса с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и др.

При опухолях и опухолеподобных поражениях лица, челюстей, органов полости рта необходимо выяснить связь процесса с другими заболеваниями — внутренних органов, ЛОР-органов, кожи и др., уточнить характер роста образования (распространенный или ограниченный), сопровождающие симптомы (боли и их характер, нарушение функции и др.).

При врожденных дефектах надо выяснить данные семейного анамнеза (наследственность), особенности течения первой половины беременности и родов, развития в детском возрасте и позже. При приобретенном дефекте важно узнать причину его (травма, ожог, воспалительный, специфический, онкологический процессы, ранее проводимые операции и т.д.). При приобретенных дефектах и деформациях необходимо исключить такие заболевания, как сифилис, хронический остеомиелит челюсти, актиномикоз, нома.

Анамнез жизни складывается из сведений об особенностях родов, о здоровье родителей, условиях труда, быта, питания, отдыха, занятиях физической культурой, выяснении вредных привычек (курение, употребление алкоголя, лекарств, наркотиков). Это позволяет получить правильное представление о физическом и нравственном здоровье. Следует выяснить, какие заболевания перенес больной, как они протекали, какое проводилось лечение и его результаты. Следует уточнить наличие у больного

иммунопатологических заболеваний и состояний. Выявление первичных или вторичных иммунодефицитных заболеваний и других сопутствующих им болезней, их связи со стоматологическим патологическим процессом позволит правильно оценить функциональное состояние организма, уточнить диагноз.

Обследование больного начинают с общего осмотра и определения его состояния (удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое и крайне тяжелое).

В условиях стационара обследование проводят с учетом всех правил, принятым в клинической медицине. В поликлинике следует оценить телосложение больного, установить наличие дефектов и деформаций тела, определить пульс, артериальное давление, морально-психическое состояние.

При подозрении на острую инфекцию, сифилис, рожу, опухоль и другие заболевания осматривают кожу всего тела (наличие на ней высыпаний), пальпируют затылочные, латеральные шейные, подключичные, подмышечные лимфатические узлы, исследуют зрачковый рефлекс, симптом Кернига и др.

Обследование челюстно-лицевой области состоит из внешнего осмотра, пальпации, обследования полости рта, инструментального исследования (зондами, тупыми и острыми иглами и др.). Клиническое обследование при необходимости может быть дополнено взятием соскоба, проведением пункции или биопсии, биохимическими, микробиологическими, иммунологическими исследованиями, рентгенографией, томографией и др.

Осмотр больного проводят в стоматологическом кресле. Его голова должна быть хорошо фиксирована на подголовнике, можно поднимать и опускать кресло, менять положение его спинки (прямо, под тупым углом) и подголовника (голова больного запрокинута или подбородок приближен к груди). При состоянии средней тяжести и тяжелом больному осматривают в кровати, на столе в перевязочной или в стоматологическом кресле, приведенном в горизонтальное положение. Для обследования используют лоток со стерильными инструментами: шпателем (для отведения губ, щек и осмотра преддверия и собственно полости рта, отведения языка и осмотра подъязычной области, тела языка, миндалин, глотки) и стоматологическим или анатомическим пинцетом (для определения подвижности зубов и их перкуссии). В ходе обследования пользуются стоматологическим зеркалом (для осмотра зубов, подъязычной области, неба), зубным зондом, чаще под углом (для зондирования дефектов коронки зубов, десневых сосочков, десневого края, ручкой зонда можно также проводить перекуссию зубов), тонким зондом Баумана, специальными слюнными зондами (для зондирования протоков, свищевых ходов), пуговчатым зондом (для зондирования ран, свищей, перфорационных сообщений с верхнечелюстной пазухой, дефектов неба и др.). Полость носа, глотки, наружного уха лучше осматривать с помощью лобного рефлектора, носового и ушного зеркал.

Осмотр заключается в определении симметрии лица — его рельефа, обусловленного соединением костей лицевого скелета, уровнем развития подкожного жирового слоя, состоянием хрящевого отдела носа, глазных и ротовой щелей, ушных раковин и кожным покрытием. Лицо в норме чаще бывает асимметрично. Важно определить нарушение его симметрии за счет воспалительных, травматических, опухолевых и других изменений. При заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области следует обратить внимание на характер нарушения симметрии (отек, инфильтрат, опухолевидное образование, деформация и т. д.).

Пальпаторное исследование позволяет уточнить границы патологических изменений, консистенцию тканей, способность кожи собираться в складку, наличие рубцов, свищевых ходов. При наличии припухлости околочелюстных мягких тканей определяют ее консистенцию, спаянность кожи с подлежащими тканями, ее цвет. Если тупой конец инструментов при давлении оставляет след, то это указывает на отек воспалительной природы. Он может иметь место при различных воспалительных заболеваниях и травме лица и челюстей.

Если при пальпации околочелюстные мягкие ткани уплотнены, болезненны, кожа с подлежащими тканями спаяна, с трудом собирается в складку или не образует ее, цвет

изменен от интенсивно-розового до ярко-красного или багрово-синего, температура тканей повышена, то это свидетельствует об инфильтрате и может наблюдаться при абсцессе, флегмоне, лимфадените и других воспалительных заболеваниях в околочелюстных мягких тканях. При этом следует отмечать границы патологических изменений, определять участки наибольшей болезненности и флюктуации, спаянность пораженных тканей с подлежащими костями лицевого скелета, наличие свищей.

Конфигурация лица может быть изменена за счет смещения нижней челюсти кзади в сторону или западения в скуловой области, удлинения среднего отдела лица, западения спинки носа и других нарушений, обусловленных травмой. Следует обращать внимание также на ушибы, ссадины, раны, гематомы.

Сравнительное пальпаторное исследование костей лицевого скелета производят по костным контурам лица и главным образом в местах соединения костей. Следует обращать внимание на нетипичные неровности кости, болевые ощущения при пальпации.

При переломе челюстей, скуловой кости нарушается функция открывания рта в виде ограничения, смещения нижней челюсти в сторону и др. Пальпаторно исследуют височно-нижнечелюстной сустав — головку мыщелкового отростка, сочленения ее с суставной впадиной, определяют объем движений нижней челюсти при открывании и закрывании рта, в стороны.

Пальпацией определяют чувствительность выхода периферических ветвей тройничного нерва в точках Балле (надглазничного, подглазничного и подбородочного нервов). Различные заболевания и повреждения нервов лица и челюстей сопровождаются болями, нарушениями чувствительности. При пальпаторном исследовании боли могут усиливаться или может развиваться приступ. При обследовании отмечается также нарушение чувствительности кожи лица (анестезия, парестезия).

При подозрении на онкологические заболевания применяют глубокую пальпацию. Опухоли и опухолеподобные заболевания могут иметь различную консистенцию: тестоватую, плотноэластическую, хрящеватую и др., гладкую или бугристую поверхность, четкие или плохо определяемые границы.

Важное значение имеет пальпация регионарных лимфатических узлов — поднижнечелюстных, подбородочных и других шейных, подбородочных, лицевых и др. Для пальпации поднижнечелюстных узлов врач правой рукой наклоняет голову больного вниз, а левой последовательно ощупывает их тремя пальцами, наклоняя голову больного в соответствующую сторону, подбородочные — в таком же положении указательным пальцем, а сосцевидные — II пальцем, двигая его вперед к заднему краю ветви нижней челюсти и кзади — к переднему краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Лицевые лимфатические узлы (щечный, носогубный, молярный, нижнечелюстной) пальпируются бимануально — пальцами правой руки со стороны полости рта и левой — снаружи. Околоушные лимфатические узлы пальпируются в проекции поверхности ветви нижней челюсти, в поза-дичелюстной области — в толще слюнной железы и бимануально — по переднему краю околоушной слюнной железы. Латеральные шейные лимфатические узлы пальпируют 2—3 паль-

цами спереди и кзади от грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, от сосцевидного отростка книзу к ключице. Далее, став позади больного, тремя пальцами (II, III, IV), помещенными на ключицу, ощупывают надключичные лимфатические узлы.

Обследование полости рта заключается в определении открывания рта, осмотре преддверия и собственно полости рта, глотки.

Отмечают открывание рта (в норме открывание рта должно быть на 5 см или на три поперечника II, III, IV пальцев, введенных между центральными резцами), определяют, свободно ли и безболезненно оно, нет ли хруста в сочленении, каково смещение нижней челюсти в сторону. Воспалительные процессы с вовлечением жевательных мышц делают открывание рта затруднительным и болезненным. В таких случаях следует отметить сведение челюстей (воспалительная контрактура жевательных мышц I, II и III степени).

Осмотр преддверия полости рта начинают с губ, отмечая характер окраски каймы, исследуют слизистую оболочку, ее цвет, степень увлажненности, пальпируют щеку, область жирового тела щеки.

Осмотр собственно полости рта проводят при хорошем освещении. Лучше осматривать ее с помощью лобного рефлектора или стоматологическим зеркалом с вмонтированной в него лампочкой. Осматривают слизистую оболочку десен (десневой край, десне-вые сосочки, десневую борозду), уздечки губ, подъязычные складки и сосочки, резцовый сосочек, поперечные небные складки. При осмотре слизистой оболочки рта фиксируют внимание на малых слюнных железах — губных, щечных, молярных, небных, язычных и др. Пальпаторно исследуют альвеолярные отростки челюстей (альвеолярные дуги, альвеолярные возвышения), небный отросток верхней челюсти (носовой гребень, резцовый шов, небные ости и борозды), ткани за бугром верхней челюсти.

Обследуют зубы, перкутируют их, отмечают наличие сверхкомплектных или молочных зубов в постоянном прикусе, прорезывание нижних зубов мудрости, определяют характер смыкания зубов, записывают зубную формулу. Исследуют десневые бугорки и карманы и характер отделяемого из них. Оттянув щеку шпателем, отмечают состояние сосочков околоушных желез, приподняв язык к небу, обследуют протоки поднижнечелюстных и подъязычных (большой и малые протоки) слюнных желез и выделение ими слюны.

Следует делать массаж слюнных желез, обращая внимание на возможные характерные изменения: густую консистенцию слюны, мутный цвет, наличие в ней хлопьев, сгустков, слюнных тромбов.

При осмотре языка обращают внимание на его форму, размер, состояние слизистой оболочки, ее цвет и степень влажности, выраженность сосочков. Пальпацию языка производят при выдвижении его кпереди, захватив кончик марлевой салфеткой. Исследуя глотку, осматривают мягкое небо (небный язычок, небно-язычные, небно-глоточные дужки), трубно-небную складку, небную миндалину и др., определяют глоточный рефлекс.

При осмотре и исследовании подъязычных областей применяют бимануальную пальпацию: со стороны подъязычной складки и поднижнечелюстной области исследуют глубокие ткани дна полости рта.

При перфорации дна верхнечелюстной пазухи при удалении зуба исследуют лунку, определяют попадание в полость носа через рот жидкости. Устанавливают глубину пазухи путем введения в нее зонда.

При заболеваниях слюнных желез проводят зондирование протоков, что позволяет установить их направление, наличие стеноза, структуры или полной облитерации его, конкремент в протоке.

Обследуя больного с травмой костей лица, определяют патологическую подвижность, болезненность зубов, разрыв слизистой оболочки. При пальпации отломков отмечают, их подвижность, крепитацию и болезненность. Обращают внимание на смыкание зубов, смещение нижней челюсти при открывании рта.

Подозрение на опухоль и опухолеподобное заболевание требует уточнения локализации образования, его размеров, консистенции, подвижности, связи с зубами и др. При язве исследуют плотность ее краев, состояние дна.

Осмотр полости рта при дефектах и деформациях лица и челюстей начинают с ротовой щели (форма губ), обращают внимание на открывание рта, исследуют альвеолярные и небный отростки верхней челюсти, небную кость и мягкое небо. Определяют локализацию и размер дефекта, состояние окружающей его слизистой оболочки.

Клиническое обследование пациента должно включать ряд диагностических методов и исследований. Вид и объем их зависят от характера заболевания или травмы челюстно-лицевой области и от условий проведения обследования (в поликлинике или стационаре), а также от уровня оснащения лечебного учреждения.

Важное значение для диагностики имеют рентгенологические исследования зубов, челюстей и других костей лица и черепа, верхнечелюстных и лобных пазух, височно-нижне-челюстных суставов, желез рта. С этой целью применяют контактную внутриротовую рентгенографию зубов, альвеолярных и небного отростков, дна полости

рта, позволяющую уточнить локализацию и характер изменений в периодонте, в кости, отметить наличие конкремента. Внеротовая рентгенография применяется для исследования верхней и нижней челюстей, скуловых, лобных, носовых, височных и других костей черепа, верхнечелюстных и лобных пазух, височно-нижнечелюстных суставов. Применяют следующие проекции при рентгенографии: прямую, боковую, полуаксиальную, аксиальную, а также косые контактные и тангенциальные проекции.

Перспективным методом рентгенологического исследования является ортопантомография, которая позволяет получить обзорное послойное изображение зубов и челюстей. Рентгенологическое исследование зубов, челюстей и других костей лицевого скелета имеет принципиальное значение для суждения о наличии кариозных полостей зубов, форме корней, степени заполнения их пломбировочной массой, состоянии периодонта, кости и др.

Рентгенологическое исследование играет решающую роль при диагностике травмы зубов, костей лица и черепа. В комплексе с другими методами оно помогает распознать опухоли и опухо-леподобные заболевания. Диагностика дефектов и деформаций костей лица, планирование реконструктивных операций также основывается на данных рентгенографии. При этом большую помощь оказывает телерентгенография — рентгенография с большим фокусным расстоянием. Обязательно получение идентичных снимков, по которым отмечают изменения изображения костей и сравнивают с принятой нормой правильного строения костей лица.

В некоторых случаях для уточнения локализации инородных тел, границ опухолей, при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава требуется послойная рентгенография — томография, которая производится на томографе или на томографической приставке к универсальному рентгеновскому аппарату.

При заболеваниях слюнных желез, в отдельных случаях при хроническом синусите верхнечелюстной пазухи, радикулярной кисте, хроническом остеомиелите челюсти, бронхогенном свище применяют контрастную синусо- и фистулорентгенографию.

Различные патологические процессы: воспаление, травма, опухоли — требуют определения жизнеспособности пульпы зубов методом электроодонтодиагностики. Показатели до 8—10 мА свидетельствуют о нормальном состоянии пульпы, от 10 до 60 мА и более 100 мА — об ее изменении, вплоть до гибели. Пороги раздражений от 100 до 200 мА свидетельствуют о раздражении электротоком периодонта.

Лабораторное исследование при диагностической необходимости включает большое число различных методов, проводимых как в условиях поликлиники, так и стационара. В условиях поликлиники применение их ограничено, и они сводятся к проведению общих анализов крови и мочи, определению сахара в них, цитологическому и морфологическому исследованиям. В базовых стоматологических и общих поликлиниках они могут быть дополнены бактериологическими, иммунологическими, биохимическими и другими исследованиями. В стационаре, помимо перечисленных выше методов, применяются разнообразные функциональные, более тонкие биохимические, иммунологические, гормональные и другие исследования для диагностики и контроля лечения заболевания.

При длительно не заживающих язвах, безболезненных инфильтратах, дефектах неба, аномалиях зубов и других нарушениях проводят серологические реакции (Вассермана, Кана, на СПИД и др.). Для подтверждения характера заболевания осуществляют цитологические исследования путем взятия мазков-отпечатков, соскоба, пункции, смыва.

Более достоверный ответ получают при взятии материала методом биопсии — иссечением кусочка тканей, который фиксируют в 10 % растворе нейтрального формалина и направляют в патоморфологическую лабораторию со специальным сопроводительным бланком. Нередко с целью уточнения диагноза в процессе оперативного вмешательства применяют экстренную биопсию⁴ (экспресс-биопсия).

Гнойный секрет, получаемый от больных, надо исследовать нативно, что позволяет обнаружить друзы лучистого гриба, кристаллы холестерина и т. д.

В условиях как стационара, так и поликлиники часто необходимо проведение микробиологических исследований. Посев гнойного экссудата в аэробных и анаэробных

условиях, выделение основного возбудителя, его свойств, получение антибиотикограмм имеют важное значение для диагностики и лечения воспалительных заболеваний.

При заболеваниях слюнных желез проводят исследование секреторно-выделительной функции, качественный и цитологический анализ слюны. При наличии специальной аппаратуры важное диагностическое значение приобретают радиосиалография, сканирование слюнных желез, сцинтиграфия эхосиалография, термовизиография.

Иммунологические исследования применяют в стационаре обязательно и при возможности — в базовых стоматологических поликлиниках.

В отдельных случаях при обследовании хирургического стоматологического больного, а также при подготовке к операции проводят ортопедические мероприятия: снятие слепков и изготовление защитных пластинок, ортопедических аппаратов (шины Ванкевич, Вебера, с наклонной плоскостью, проволочные шины с шарнирами Шредера, Померанцевой-Урбанской и др.), моделей челюстей, масок лица.

Все перечисленные методы обследования больного вносят в историю болезни, которая является важным юридическим документом, в том числе и для судебно-медицинской экспертизы. При обследовании больного деонтология и этика являются первым условием спешной диагностики и лечения хирургического стоматологического больного.

XXIII. В практической части занятия после обсуждения темы проводится осмотр стоматологического больного, при отсутствии больного, учащийся имитирует больного. Они учатся проводить осмотр больного, выяснять жалобы, сбор анамнеза, проводить внешний осмотр, пальпацию и осмотр полости рта. Студенты уметь читать рентгеновские снимки. Под наблюдением врача участья правильно заполнять форму №43 (карта амбулаторного больного). В аналитической части занятия проводится разбор клинических больных, решение ситуационных задач. В конце занятия преподаватель дает обобщение по теме, обсуждает рассмотренные истории болезни, рентгеновские снимки, интерпретация задач и тестов с выявлением допущенных ошибок с каждым студентом.

XXIV. Преподавательские заметки.

1. Занятие начинается с проверки базовых знаний студентов. Раздаются опросные листы и требуются конкретные краткие ответы на поставленные вопросы.
2. Решение контрольных тестов и ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту или ситуационной задаче. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, клиническое мышление и оценивает знание по подготовленным критериям.
3. Практическая часть проводится в поликлинике и стационаре. Проводя курацию больных в поликлинике и стационаре студенты должны правильно собрать анамнез, провести осмотр органов ЧЛЮ, правильно заполнить зубную формулу. В конце занятия проводится итог проделанной работы, преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки, ошибки и ставит рейтинговый балл, объявляя его студентам. Преподаватель отвечает на вопросы студентов, объявляет домашнее задание.

XXV. Раздаточный материал.

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов.
2. Ситуационные задачи.
3. Тесты 1 – уровня сложности.
4. Тесты 2 – уровня сложности.

XXVI. Оснащение практического занятия..

1. Диапроектор и слайды.
2. Плакаты и муляжи.

3. Рентгеновские снимки.
4. Инструментарий для обследования больных.

XXVII. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач и рейтинговых баллов. Учитывается практическая работа студентов и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется, выставляется в журнал.

XXVIII. Самостоятельная работа студентов.

1. Самостоятельно провести осмотр больного.
2. Самостоятельно собрать анамнез больного.
3. Заполнить амбулаторную карту и зубную формулу.
4. Заполнять историю болезни.

XXIX. Контрольные вопросы.

9. Анатомическое строение верхней и нижней челюсти.
10. Жалобы больных с воспалительными заболеваниями ЧЛЮ.
11. Жалобы больных с заболеваниями слюнных желез.
12. Жалобы больных с травмами органов ЧЛЮ.
13. Внешний осмотр больного.
14. Осмотр полости рта.
15. Инструментальные методы обследования.
16. Дополнительные методы обследования.

XXX. Литература.

Основная.

2. Учебник хирургической стоматологии. Под редакцией профессора Робустовой Т.Г. Москва. 2000 год.

Дополнительная.

3. Основы хирургической стоматологии. Бернадский Ю.И. Киев. 1984.
4. Стоматология – руководство к практическим занятиям. Под редакцией Боровского Е.В. Москва. 1987.
5. Справочник по стоматологии. Под редакцией академика Рыбакова А.И., профессора Иващенко Г.М.

ТЕСТЫ

1. В какой раствор помещают препарат для биопсии.
А) 40 % р-р раствор формалина
Б) 0,5 % р-р натрий хлора
В) 10 % р-р нейтрального формалина
Г) 70 % р-р спирта
Д) 10 % р-р натрий хлора
2. На сколько сантиметров в норме открывается рот.
А) 3 см Б) 5 см В) 4 см Г) 6 см Д) 4,5 см
3. Что относится к субъективным методам обследования?
А) опрос; Б) анамнез жизни; В) пальпация; Г) аускультация; Д) перкуссия
1. АБ, 2. ВГ, 3. ГД, 4. АГ, 5. БД
4. При длительных безболезненных, не заживающих язвах какой анализ необходимо провести.
А) реакцию Вассермана
Б) СПИД-диагностику
В) кровь на стерильность
Г) определить время свертывания

Д) определить РОЭ

1. ВГ, 2. АВ, 3. ГД, 4. АВ, 5. ГБ

5. Установите соответствие объективных и субъективных методов обследования.

1) субъективные	А) перкуссия зубов
2) объективные	Б) лабораторные данные
	В) опрос больного
	Г) пальпация
	Д) анамнез заболевания

1. ВД. 2. АБГ

6. Установите соответствие основных и дополнительных методов при объективном и обследовании больного

1) основные

2) дополнительные

- А) Рентген
Б) Пальпация
В) Лабораторные методы
Г) Цитология
Д) Определение размера дефекта
Е) Перкуссия.

1. БЕД 2. ВАГ

7. Установите место проекции при пальпации лимфатических узлов.

1. околоушные

2. латеральные шейные

3. поднижнечелюстные

4. сосцевидные

А) Кпереди и кзади от m. Sternocleidomastoideus

Б) Проекция ветви нижней челюсти

В) Поднижнечелюстной треугольник

Г) Задний край ветви нижней челюсти

1Б 2А 3В 4Г

8. Какой из перечисленных методов не относится к дополнительным методам обследования?

А) сбор анамнеза; Б) ЭОД; В) пункция; Г) рентгенография; Д) сиалография

9. С чего начинается обследование полости рта больного?

А) осмотра слизистой преддверия рта

Б) осмотра красной каймы губ

В) осмотра языка

Г) исследования устья выводных протоков слюнных желез

Д) осмотра слизистой щеки

10. Целью обследования больного является:

А) установление диагноза

Б) ознакомление с общим состоянием больного

В) изучение состояния отдельных органов

Г) изучение особенностей психики больного

Д) более близкое знакомство с пациентом

Ситуационная задача 1

В стоматологическую поликлинику обратился больной с жалобами на боли в нижней челюсти справа, появление припухлости, повышение температуры до 39 градусов, ограничение открывания рта, болезненное глотание.

1) В какой последовательности необходимо провести осмотр больного?.

Ситуационная задача 2

В стоматологическую поликлинику обратился больной с направительным диагнозом сиалоденит околоушной железы слева. При внешнем осмотре определяется припухлость в околоушно-жевательной области. Из протока железы выделяется вязкая густая слюна, слизистая щеки гиперемирована, отечна.

Какие дополнительные методы обследования можно провести для уточнения диагноза.

Ситуационная задача 3

Хирург-стоматолог после сложного удаления 7 верхнего зуба слева по поводу хронического периодонтита обнаружил обильное кровотечение из лунки удаленного зуба с пузырьками воздуха. Врач сблизил края лунки и дал накусить стерильную салфетку. Через некоторое время появилось кровотечение из носового хода слева, которое быстро остановилось. Врач отпустил больного с рекомендациями полоскать рот антисептическими растворами. Через неделю больной явился вновь с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, гноетечение из лунки удаленного зуба и носового хода слева. После обследования больного и осмотра заведующим отделения установлен диагноз «Острый гнойный одонтогенный гайморит слева, перфорация дна гайморовой пазухи через лунку удаленного зуба».

1. Какие осложнения удаления зуба недооценил врач при первом посещении?
2. Какие обследования врач должен был сделать?
3. Какие обследования должны быть проведены во второе посещение больного для установления диагноза?

Тема №3.

МЕТОДЫ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И ИХ КЛАССИФИКАЦИЯ. МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ И ПРЕПАРАТЫ ПРОЛОНГИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ.

XXXI. **Тема:** Методы местного обезболивания и их классификация.

XXXII. **Цель занятия:** ознакомить студентов с различными видами местного обезболивания, ознакомить с местными анестетиками и их свойствами.

XXXIII. **Задачи:**

- Обучить студентов методам не инъекционной местной анестезии;
- Обучить студентов методам инъекционной местной анестезии;
- Ознакомить с местными анестетиками и их свойствами, способы их хранения;

XXXIV. **Ожидаемые результаты.**

- Студенты должны знать классификацию методов местного обезболивания;
- Должны знать и уметь использовать физические методы обезболивания;
- Должны знать химические методы обезболивания;
- Должны знать свойства и дозировку местных анестетиков и способы их хранения;
- Должны знать препараты пролонгирующие действие местных анестетиков.

XXXV. Содержание практического занятия.

В начале занятия преподаватель объясняет актуальность темы занятия, физические, химические и физико-химические методы обезболивания, знакомит с современными местными анестетиками и препаратами пролонгирующего их действие.

XXXVI. Перечень рассматриваемых вопросов.

1. Классификация местного обезболивания.
2. Показания и противопоказания к проведению местного обезболивания.
3. Местные анестетики и их свойства.
4. Препараты пролонгирующие действие местных анестетиков.
5. Хранение местных анестетиков.

XXXVII. Краткое изложение рассматриваемых вопросов.

Местная анестезия предполагает обезболивание тканей операционного поля без исключения сознания больного, когда воздействие осуществляется на периферические механизмы, восприятия и проведения болевого раздражения, т. е. на периферические отделы нервной системы. Различают инъекционный (инфильтрационная, проводниковая) и неинъекционный методы (химический, физический, физико-химический) местной анестезии.

Неинъекционная местная анестезия позволяет получить только поверхностное обезболивание тканей. Для этого используют лекарственные средства (химический или аппликационный метод), воздействие низкой температурой (замораживание), лучами лазера, электромагнитными волнами (физический метод), введение в ткани анестетика с помощью электрофореза (физико-химический метод).

При инъекционной анестезии раствор анестетика вводят в ткани с помощью полую иглы или под высоким давлением специальным инъектором (безыгольный способ). Инъекцией раствора анестетика проводят инфильтрационную и проводниковую анестезию. При инфильтрационной, аппликационной анестезии и обезболивании охлаждением выключают периферические рецепторы, воспринимающие болевые раздражения. При проводниковой анестезии блокируют нервный ствол (главный или чаще его периферические ветви), проводящий болевые импульсы из зоны оперативного вмешательства.

Показания и противопоказания к проведению местного обезболивания. Любое вмешательство в полости рта и на лице, сопровождающееся болью, является показанием к проведению местного обезболивания. Это операции на мягких тканях челюстно-лицевой области, на челюстях и зубах, органах полости рта. Местное обезболивание показано у ослабленных больных, у стариков, у лиц с дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью, т. е. в тех случаях, когда и «малые наркозы связаны с большим риском».

Местная анестезия противопоказана при выполнении длительных и травматичных операций, при непереносимости местных анестетиков или повышенной чувствительности к ним, при выраженной лабильности или неполноценности психики больного. Нежелательно применение местной анестезии при некоторых пластических операциях, когда введенный обезболивающий раствор значительно изменяет соотношение и объем тканей.

АНЕСТЕТИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Кокаин — анестетик, открывший эру современного местного обезболивания. Однако он токсичен и в стоматологической практике в настоящее время практически не применяется.

Дикаин — белый кристаллический порошок, хорошо разводимый в воде и спирте. Растворы его стерилизуют кипячением. Дикаин — сильное местноанестезирующее средство. Применяют для поверхностной анестезии смазыванием в виде 0,25—2 % раствора. Для взрослых высшая разовая доза дикаина — 0,09 г (3 мл 3 % раствора).

Пиромекаин — анестетик для поверхностной анестезии, по эффективности не уступающий дикаину. Препарат используют в виде 1—2% раствора, 5% пиромекаиновой

мази, 5% пиромекаиновой мази с метилурацилом и 3 % пиромекаиновой мази с метилурацилом и коллагеном (пирометкол), нанося ее на поверхность ткани. Максимальная разовая доза пиромекаина — 1 г.

Новокаин. Белый кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде и спирте. Водный раствор ее стерилизуют кипячением в течение 30 мин. Анестетик малотоксичен, имеет большую широту терапевтического действия. Его используют для инфильтрационной, проводниковой анестезии. Применяют новокаин в виде 0,25—0,5 % раствора для инфильтрационной, 1—2 % раствора для проводниковой и инфильтрационной анестезии тканей альвеолярного отростка. Инфильтрационная анестезия в мягких тканях наступает очень быстро. Высшая разовая доза при введении в мышцу — 0,1 г (5 мл). Для инфильтрационной анестезии установлены следующие высшие дозы: при использовании 0,25% раствора новокаина — не более 500 мл (1,25 г) в начале операции, в дальнейшем на протяжении каждого часа операции — не более 1000 мл (2,5 г); при использовании 0,5% раствора — соответственно 150 мл (0,75 г) и 400 мл (2,0 г). В клинической практике при проводниковой анестезии используют не более 100 мл 1 % раствора и 30 мл 2 % раствора.

С целью замедления всасываемости новокаина в кровь (для профилактики возможного токсического воздействия) и увеличения продолжительности его действия к раствору анестетика добавляют 0,1 % раствор гидрохлорида адреналина (1 мл адреналина на 100 мл новокаина). Продолжительность действия анестезии новокаином не превышает 30 мин. В очаге воспаления применение новокаина не дает выраженного обезболивающего эффекта.

В случае интоксикации могут появиться головокружение, слабость, тошнота, побледнение кожи, потоотделение, возбуждение, тахикардия, снижение артериального давления, нарушение дыхания вплоть до апноэ, судороги. Иногда может развиваться отек легких. При развитии аллергической реакции могут быть также высыпания на коже, дерматит, отек Квинке, зуд, явления бронхоспазма.

Тримекаин (мезокаин) — белый кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде и спирте. Растворы стерилизуют кипячением при 100 °С в течение 30 мин. Тримекаин оказывает хороший обезболивающий эффект в очаге воспаления, в области келоидных рубцов и при наличии грануляционной ткани. Превосходит новокаин по скорости наступления анестезии в 2 раза, по выраженности обезболивающего эффекта — в 2—2,5 раза, по продолжительности анестезии — в 3 раза. Токсичность его невелика. Хорошо сочетается с адреналином. Аллергические реакции возникают редко. Для аппликационной анестезии малоприменим. Применяют 0,25—2 % растворы для инфильтрационной анестезии и 1—2% растворы — для проводниковой анестезии. При использовании 0,25 % раствора новокаина вводят до 800 мл, 0,5 % — до 400 мл, 1 % — до 100 мл и 2 % — до 20 мл анестетика.

Лидокаин (ксикаин, ксилокаин) — белый кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде и спирте. Для анестезии применяют хлористоводородную соль лидокаина. Является сильным анестетиком, вызывает более глубокую и продолжительную анестезию, чем новокаин (до 3—5 ч), превосходя его по обезболивающему эффекту в 2—3 раза. Обеспечивает хорошую эффективность обезболивания в воспаленных тканях. Аллергические реакции бывают крайне редко. Токсичность лидокаина зависит от концентрации раствора: 0,5% раствор его по токсичности не отличается от новокаина, 1—2% растворы токсичнее новокаина в 1,4—1,5 раза. Противопоказан при сердечно-сосудистой недостаточности, атриовентрикулярной блокаде II—III степени, заболеваниях печени и почек. Для инфильтрационной анестезии при оперативных вмешательствах на мягких тканях используют 0,25 % и 0,5 % растворы, а для проводниковой (и инфильтрационной при операциях на альвеолярном отростке, других участках верхней и нижней челюстей) — 1—2 % растворы. Для аппликационной анестезии применяют 1—2 % растворы лидокаина либо 5 % лидокаиновую мазь, 10 % аэрозоль лидокаина. Максимальные дозы анестетика 0,15% — 1000 мл, 0,5%—500 мл, 1—2 % — не более 50 мл.

Бупивакаин (маркаин, карбостезин) превосходит новокаин по силе обезболивающего эффекта в 6 раз, но токсичнее его в 7 раз. Эффективнее лидокаина. Анестезия наступает через 4—10 мин, достигая максимума через 15—35 мин. Продолжительность обезболивания— 12—13 ч. В хирургической-практике применяют 0,25 %, 0,5 % и 0,75 % растворы. Максимальная доза — 175 мг.

ПРЕПАРАТЫ, ПРОЛОНГИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ

Сосудосуживающие средства, замедляя всасывание местного анестетика, уменьшают его токсическое действие. Кроме того, выраженность и продолжительность обезболивания увеличивается, а количество вводимого анестетика может быть уменьшено.

Адреналин — гормон мозгового слоя надпочечников. Выпускается в виде 0,1 % раствора адреналина гидрохлорида. Раствор нельзя нагревать. Адреналин влияет на α - и β -адренорецепторы. Суживает сосуды органов брюшной полости, кожи и слизистых оболочек, повышает артериальное давление. Влияние адреналина на сердечную деятельность носит сложный характер: усиливает и учащает сердечные сокращения, но, рефлекторно возбуждая центр вагуса, вследствие повышения артериального давления может замедлять сердечную деятельность и способствовать возникновению аритмий сердца. Адреналин расширяет мускулатуру бронхов, коронарные сосуды сердца, повышает содержание сахара в крови. Его используют как местное сосудосуживающее средство, добавляя его к местным анестетикам для удлинения действия и уменьшения всасываемости их. Адреналин следует добавлять к раствору анестетика туберкулиновым шприцем, дозируя его в миллилитрах. Рационально добавлять 1 мл адреналина на 100 мл раствора анестетика. Кроме адреналина для пролонгирования действия местных анестетиков могут быть использованы норадреналин, фелипрессин (синтетический аналог гормона задней доли гипофиза).

XXXVIII. В практической части занятия после обсуждения темы проводится ознакомление с физическими, химическими и физико-химическими методами местного обезболивания, знакомятся с местными анестетиками и препаратами пролонгирующие их действие. В аналитической части занятия проводится разбор клинических больных, решение ситуационных задач. В конце занятия преподаватель дает обобщение по теме, обсуждает рассмотренные вопросы, интерпретация задач и тестов с выявлением допущенных ошибок с каждым студентом.

XXXIX. Преподавательские заметки.

1. Занятие начинается с проверки базовых знаний студентов. Раздаются опросные листы и требуются конкретные краткие ответы на поставленные вопросы.
2. Решение контрольных тестов и ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту или ситуационной задаче. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, клиническое мышление и оценивает знание по подготовленным критериям.
3. Практическая часть проводится в поликлинике и стационаре. Проводя курацию больных в поликлинике и стационаре студенты должны правильно выбрать тип местного обезболивания и препараты для их проведения, знать дозировку используемых препаратов, правильно использовать препараты пролонгирующие действие местных анестетиков. В конце занятия проводится итог проделанной работы, преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки, ошибки и ставит рейтинговый балл, объявляя его студентам. Преподаватель отвечает на вопросы студентов, объявляет домашнее задание.

XL. Раздаточный материал.

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов.
2. Ситуационные задачи.
3. Тесты 1 – уровня сложности.

4. Тесты 2 – уровня сложности.

XLI. Оснащение практического занятия.

1. Диапроектор и слайды.
2. Плакаты, таблицы и муляжи.
3. Препараты используемые для местной анестезии.
4. Без игольный инъектор (БИ-2).

XLII. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач и рейтинговых баллов. Учитывается практическая работа студентов и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется, выставляется в журнал.

XLIII. Самостоятельная работа студентов.

1. Правильно выбрать вид обезболивания.
2. Правильно выбрать препарат для проведения местной анестезии.
3. Правильно использовать и хранить местные анестетики.

XLIV. Контрольные вопросы.

17. Виды местной анестезии и их классификация.
18. Аппликационная анестезия.
19. Физические методы обезболивания (хлорэтил).
20. Местные анестетики и их свойства.
21. Показания и противопоказания к проведению местной анестезии.
22. Способ пролонгирования местного обезболивания.
23. Способы хранения местных анестетиков.
24. Анестезия с без игольным инъектором.

XLV. Литература.

Основная.

3. Учебник хирургической стоматологии. Под редакцией профессора Робустовой Т.Г. Москва. 2000 год.

Дополнительная.

6. Справочник по анестезиологии и реаниматологии. Дафтьян Г.П. 1986.
7. Основы хирургической стоматологии. Бернадский Ю.И. Киев. 1984.
8. Стоматология – руководство к практическим занятиям. Под редакцией Боровского Е.В. Москва. 1987.

ТЕСТЫ

1. Для инфильтрационной анестезии зубов применяется:

- А) 0.25% раствор новокаина
- Б) 0.5% раствор новокаина
- В) 1-2% раствор новокаина
- Г) 3% раствор новокаина
- Д) 3% раствор дикаина

2. Что относится к неинъекционной местной анестезии?

- А) инфильтрационный
- Б) проводниковый
- В) аппликационный
- Г) безыгольный способ
- Д) нейролептаналгезия

3. При торусальной анестезии происходит блокада нервов:

- А) язычного
- Б) щечного
- В) нижнелуночкового
- Г) подбородочного
- Д) двигательных волокон тройничного нерва.

1 АБВ 2 БВГ 3 ДГВ 4 АБГ 5 ДАБ

4. Больному необходимо удалить 3,4 зубы верхней челюсти слева по поводу хронического периодонтита. Какие способы местного обезболивания Вы используете?

- А) Супраорбитальную, инфраорбитальную
- Б) Инфраорбитальную, инфильтрационную
- В) Инфильтрационную, мандибулярную
- Г) Аппликационную, торусальную
- Д) Туберальную, аппликационную

5. Высшая разовая доза введения новокаина при проводниковой анестезии.

- А) 150 мл – 1% раствора и 30 мл -2%
- Б) 100 мл – 1% , 30 мл – 2 %
- В) 100 мл – 1 % , 60 мл – 2%
- Г) 200 мл – 1% , 20 мл – 2 %
- Д) 150 мл – 1 % р-ра , 20 мл 2%

6. Максимальная доза 2 % лидокаина.

- А) 100 мл
- Б) 50 мл
- В) 150 мл
- Г) 30 мл

Д) 75 мл

7. Противопоказания к местному обезболиванию.

А) лабильность или неполноценность психики больного

Б) непереносимость местных анестетиков

В) длительная и травматическая операция

Г) пожилой и старческий возраст

Д) сопутствующие дыхательная и сердечно – сосудистая недостаточность

1. ГД 2. ВГД 3. АБВ 4. ВГ 5. ГДА

8. Укажите препараты, пролонгирующие действие местных анестетиков

А) адреналин

Б) фелепрессин

В) димедрол

Г) седуксин

Д) норадреналин

1. ВД 2. АБД 3. ВГ 4. БВ 5. АД

9. Установите соответствие вида местного обезбоживания и способа .

1) инъекционный А) проводниковая В) инфильтрационная

2) неинъекционный Б) аппликационная Г) замораживание

Д) введение анестетика с помощью электрофореза.

1. АВ 2. ДГД

10. Для инфильтрационной анестезии зубов применяются

А) 1-2% раствор новокаина

Б) 0,25% раствор новокаина

В) 0,5% раствор новокаина

Г) 3% раствор кокаина

Д) 3% раствор дикаина

Ситуационная задача 1

Больной находится на лечении в стационарном отделении с диагнозом: «Хронический одонтогенный гайморит. Свищевой ход в области лунки 7 верхнего зуба справа». Больного беспокоит головная боль и постоянные гнойные выделения из лунки.

1. Какой вид местного обезбоживания должен быть использован при операции радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода?

2. Какие анестетики Вы бы использовали?

Ситуационная задача 2.

Больному предстоит операция цистэктомия по поводу радикальной кисты в области 432. На рентгенологическом снимке обнаруживается округлое образование с четкими границами размером от 1.0 до 1.5 см. Симптом пергаментного хруста положительный.

1. Какие способы местной анестезии Вы при этом используете?

2. Какие обезболивающие препараты Вы примените?

3. Нужно ли добавить раствор адреналина, какой концентрации и в каком соотношении к обезболивающему веществу?

Ситуационная задача 3

Больной жалуется на боли, иррадиирующие в области щеки, угла рта, слизистой оболочки щеки, десны, нижней челюсти, незначительные боли также существуют в области носа до нижней губы.

1. Определите какой нерв является причиной боли?

2. Как можно убедиться в правильности Вашего решения?

Тема №4. ИННЕРВАЦИЯ ЗУБОВ И ЧЕЛЮСТЕЙ.

XLVI. Тема: Иннервация зубов и челюстей.

XLVII. Цель занятия: ознакомить студентов с иннервацией органов ЧЛО.

XLVIII. Задачи:

- Ознакомить студентов с анатомией тройничного нерва;
- Ознакомить с зоной иннервации II – ветви тройничного нерва;
- Ознакомить с зоной иннервации III – ветви тройничного нерва.

XLIX. Ожидаемые результаты.

- Студенты должны знать анатомию и топографию тройничного нерва;
- Должны знать зону иннервации II – ветви тройничного нерва;
- Должны знать зону иннервации III – ветви тройничного нерва.

L. Содержание практического занятия.

В начале занятия преподаватель объясняет актуальность темы занятия, анатомию верхней и нижней челюсти, анатомию и топографию тройничного нерва, зону иннервации II и III ветви тройничного нерва.

Перечень рассматриваемых вопросов.

1. Анатомия и топография тройничного нерва.
2. Зона иннервации n.maxillaries .
3. Подглазничный нерв и его зона иннервации.
4. Образование крыло-небного узла.
5. Зона иннервации нижнечелюстного нерва.

LI. Краткое изложение рассматриваемых вопросов.

Органы полости рта получают иннервацию от двигательных, чувствительных, вегетативных (симпатических и парасимпатических) нервов. К чувствительным нервам, иннервирующим кожу лица, мягкие ткани и органы полости рта, челюсти, относятся тройничный, языкоглоточный, блуждающий нервы и ветви, идущие от шейного сплетения (большой ушной нерв и малый затылочный). В области лица по ходу ветвей тройничного нерва, располагаются 5 вегетативных нервных узлов: 1) ресничный (gangl. ciliare), 2) крылонебный (gangl. pterigopalatinum), 3) ушной (gangl. oticum), 4) поднижнечелюстной (gangl. submandibulare), 5) подъязычный (gangl. sublinguale). С первой ветвью тройничного нерва связан ресничный узел, со второй — крылонебный, с третьей — ушной, поднижнечелюстной и подъязычный нервные узлы. Симпатические нервы к тканям и органам лица идут от верхнего шейного симпатического узла.

Тройничный нерв (n. trigeminus) смешанный. В нем содержатся двигательные, чувствительные и парасимпатические секреторные нервные волокна. Чувствительную иннервацию органы полости рта в основном получают от тройничного нерва (рис. 5). От тройничного узла отходят три ветви: 1) глазничный, 2) верхнечелюстной, 3) нижнечелюстной нерв.

Глазничный нерв (n. ophthalmicus) чувствительный, в иннервации челюстей и тканей полости рта участия не принимает.

Верхнечелюстной нерв (n. maxillaris) чувствительный, выходит из полости черепа через круглое отверстие (foramen rotundum) в крылонебную ямку (fossa pterigopalatina), где отдает ряд ветвей (рис. 6).

Подглазничный нерв (n. infraorbitalis) является продолжением верхнечелюстного нерва и получает свое название после отхождения от последнего скулового и крылонебных нервов. Из крылонебной ямки через нижнюю глазничную щель входит в глазницу, где ложится в подглазничную борозду (sulcus infraorbitalis), проходит в подглазничном канале (canalis infraorbitalis) и через подглазничное отверстие (foramen infraorbitale) выходит из глазницы, разделяясь на конечные ветви, образующие

малую гусиную лапку (*pes anserinus minor*). Последняя разветвляется в области кожи и слизистой оболочки верхней губы, нижнего века, подглазничной области, крыла носа и кожной части перегородки носа.

В крылонебной ямке от подглазничного нерва отходят *задние верхние луночковые eereu(rami alveolares superiores posteriores)* в количестве от 4 до 8. Меньшая часть из них не входит в толщу костной ткани и распространяется вниз по наружной поверхности бугра по направлению к альвеолярному отростку. Оканчиваются они в надкостнице верхней челюсти, прилежащей к альвеолярному отростку, слизистой оболочке щеки и десны с вестибулярной стороны на уровне больших и малых коренных зубов. Большая часть задних верхних альвеолярных ветвей через *foramina alve-olaria posteriora* проникает в *canalis alveolaris*, из которого выходят на наружную поверхность верхней челюсти и входят в ее костные каналы. Эти нервы иннервируют бугор верхней челюсти, слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи, верхние большие коренные зубы, слизистую оболочку и надкостницу альвеолярного отростка в пределах этих зубов. Задние верхние альвеолярные ветви принимают участие в образовании заднего отдела верхнего зубного сплетения.

В крылонебной ямке, реже в заднем отделе подглазничной борозды от подглазничного нерва отходит *средняя верхняя альвеолярная ветвь* (*ramus alveolaris superior medius*). Иногда она представлена двумя стволиками. Она проходит в толще передней стенки верхней челюсти и разветвляется в альвеолярном отростке. Принимает участие в образовании среднего отдела верхнего зубного сплетения. Имеет анастомозы с передними и задними верхними луночковыми ветвями. Иннервирует верхние малые коренные зубы, слизистую оболочку альвеолярного отростка и десны с вестибулярной стороны в области этих зубов.

В переднем отделе подглазничного канала от подглазничного нерва отходят *передние верхние альвеолярные ветви* (*rami alveo-lares superiores anteriores*) — 1—3 стволика. Эти ветви могут, однако, отходить от подглазничного нерва на всем протяжении подглазничного канала или борозды, на уровне подглазничного отверстия и даже после выхода основного ствола из него. Стволики переднего альвеолярного нерва могут выходить в одном канале (подглазничном) с подглазничным нервом или располагаться в отдельном костном канале. Проходя в толще передней стенки верхней челюсти медиальнее средней верхней альвеолярной ветви, передние верхние альвеолярные ветви принимают участие в образовании переднего отдела верхнего зубного сплетения. Они иннервируют резцы и клыки, слизистую оболочку и надкостницу альвеолярного отростка и слизистую оболочку десны с вестибулярной стороны в области этих зубов. От передних верхних луночковых ветвей отходит носовая ветвь к слизистой оболочке переднего отдела дна носа, которая анастомозирует с носонебным нервом.

Задние, средняя и передние верхние альвеолярные ветви, проходящие в толще стенок верхней челюсти, анастомозируя между собой, образуют верхнее зубное сплетение — *plexus denta-lis superior*. Оно анастомозирует с таким же сплетением другой стороны. Сплетение располагается в толще альвеолярного отростка верхней челюсти по всей длине его над верхушками корней зубов, а также в верхних отделах его в непосредственной близости от слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи.

От верхнего зубного сплетения отходит ряд ветвей:

- а) зубные веточки (*rami dentales*), идущие к пульпе зубов;
- б) периодонтальные и десневые веточки (*rami periodontales et rami gingivales*), иннервирующие периодонт зубов и ткани десны;
- в) межальвеолярные веточки, идущие к межальвеолярным перегородкам, откуда отходят веточки к периодонту зубов и надкостнице челюсти;
- г) к слизистой оболочке и костным стенкам верхнечелюстной пазухи.

Веточки от заднего отдела зубного сплетения разветвляются в области больших коренных зубов, от среднего отдела — в области малых коренных зубов, от переднего — в области резцов и клыка.

От подглазничного нерва по выходе из подглазничного отверстия отходят:

- нижние вековые ветви (rami palpebrales inferiores), которые иннервируют кожу нижнего века;
- наружные носовые ветви (rami nasales externi);
- внутренние носовые ветви (rami nasales interni), иннервирующие слизистую оболочку преддверия носа;
- верхние губные ветви (rami labiales superiores), иннервирующие кожу и слизистую оболочку верхней губы до угла рта.

Последние 4 группы ветвей имеют связи с ветвями лицевого нерва.

В крылонебной ямке от верхнечелюстного нерва отходит *скуловой нерв* (п. zygomaticus), который проникает в глазницу через нижнюю глазничную щель, где разделяется на две ветви — скулолицевую (ramus zygomaticofacialis) и скуловисочную (ramus zygomaticotemporalis). Эти ветви входят в толщу скуловой кости через foramen zygomaticoorbitale, а затем через одноименные отверстия выходят из нее, разветвляясь в коже скуловой области, верхнего отдела щеки и наружного угла глазной щели, переднего отдела височной и заднего отдела лобной областей. Скуловой нерв имеет связь с лицевым и слезным нервами.

В крылонебной ямке от нижней поверхности верхнечелюстного нерва отходят *крылонебные нервы* (nn. pterigopalatini). Они идут к крылонебному узлу, давая нервам, начинающимся от него, чувствительные волокна. Значительная часть волокон проходит по наружной поверхности узла, не прерываясь в нем. Крыло-небный узел (gangl. pterigopalatinum) является образованием парасимпатической нервной системы (рис. 7). Парасимпатические волокна он получает от коленного узла (gangl. geniculi) лицевого нерва в виде большого каменистого нерва (п. petrosus major). Симпатические волокна узел получает от симпатического сплетения внутренней сонной артерии в виде глубокого каменистого нерва (п. petrosus profundus). Проходя по крыловидному каналу, большой и глубокий каменистые нервы соединяются и образуют нерв крыловидного канала. От узла отходят ветви, включающие секреторные (парасимпатические и симпатические) и чувствительные волокна: глазничные (rami orbitales), задние верхние и нижние носовые ветви (rami nasales posteriores superiores, rami nasales posteriores inferiores), небные нервы (nn. palatini).

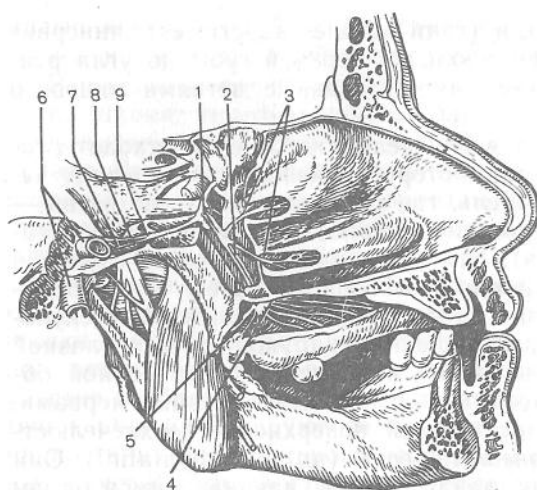


Рис. 7. Крылонебный узел и отходящие от него ветви.

1 — крылонебный узел; 2 — небные нервы; 3 — нижние задние боковые носовые ветви; 4 — большой небный нерв; 5 — малый небный нерв; 6 — внутренняя сонная артерия; 7 — глубокий каменистый нерв; 8 — большой каменистый нерв; 9 — нервы крыловидного канала.

Глазничные ветви разветвляются в слизистой оболочке задних ячеек решетчатого лабиринта и клиновидной пазухи.

Задние верхние носовые ветви (rami nasales posteriores superiores) входят в полость носа из крыловидно-небной ямки через foramen sphenopalatinum и разделяются на 2 группы: латеральную и медиальную. Латеральные ветви (rami laterales) разветвляются в слизистой оболочке задних отделов верхней и средней носовых раковин и носовых ходов, задних ячеек решетчатой пазухи, верхней поверхности хоан и глоточного отверстия слуховой трубы. Медиальные ветви (rami mediales) разветвляются в слизистой оболочке верхнего отдела перегородки носа. Наиболее крупная из них — носонейный нерв (п. nasopalatinus) идет между надкостницей и слизистой оболочкой

перегородки носа вниз и вперед к резцовому каналу, где анастомозирует с одноименным нервом другой стороны и через резцовое отверстие выходит на твердое небо. Проходя по резцовому каналу, иногда до входа в него, нерв дает ряд анастомозов к переднему отделу верхнего зубного сплетения (рис. 8). Носонебный нерв иннервирует треугольный участок слизистой оболочки твердого неба в переднем его отделе между клыками.

Небные нервы (nn. palatini) идут от крылонебного узла через canalis palatinus major. Образуют 3 группы нервов.

Большой небный нерв (п. palatinus major) — самая крупная ветвь, выходит на твердое небо через foramen palatinum majus, где он иннервирует задний и средний отделы слизистой оболочки твердого неба (до клыка) и малые слюнные железы, слизистую оболочку десны с небной стороны, частично слизистую оболочку мягкого неба.

Малые небные нервы (nn. palatini minores) выходят через малые небные отверстия. Разветвляются в слизистой оболочке мягкого неба, небной миндалины. Кроме того, они иннервируют мышцу, поднимающую мягкое небо, мышцу язычка (m. levator veli palatini, т. uvulae). Двигательные волокна идут от п. facialis через п. petrosus major.

Нижние задние боковые носовые ветви (rami nasales posteriores inferiores laterales) входят в canalis palatinus majus и выходят из него через мелкие отверстия. Они проникают в носовую полость, иннервируя слизистую оболочку нижней носовой раковины, слизистую оболочку нижнего и среднего носового хода и верхнечелюстной пазухи.

Третья ветвь тройничного нерва — нижнечелюстной нерв (п. mandibularis) смешанный. Содержит чувствительные и двигательные волокна. Выходит из полости черепа через овальное отверстие и в подвисочной ямке разделяется на ряд ветвей, с некоторыми из которых связаны узлы вегетативной нервной системы: с внутренним крыловидным нервом и ушно-височным —

ушной узел (gangl. oticum), язычным нервом — поднижне-челюстной (gangl. submandibulare). С подъязычным нервом (п. sublingualis) ветвью язычного нерва связан подъязычный узел (gangl. sublinguale). От этих узлов идут пост-ганглионарные парасимпатические секреторные волокна к

слюнным железам и вкусовые — к вкусовым сосочкам языка (рис. 9). Чувствительные ветви составляют большую часть нижнечелюстного нерва. Двигательные волокна от третьей ветви тройничного нерва идут к мышцам, поднимающим нижнюю челюсть (жевательным мышцам).

Жевательный нерв (п. massetericus) преимущественно двигательный. Нередко он имеет общее начало с другими нервами жевательных мышц. Отделившись от основного ствола, жевательный нерв идет кнаружи над верхней головкой латеральной крыловидной мышцы, затем по ее наружной поверхности. Через вырезку нижней челюсти входит в жевательную мышцу, направляясь к переднему углу ее. От основного ствола отходят веточки к мышечным пучкам. Перед входом в мышцу жевательный нерв отдает тонкую чувствительную ветвь к височно-нижнечелюстному суставу.

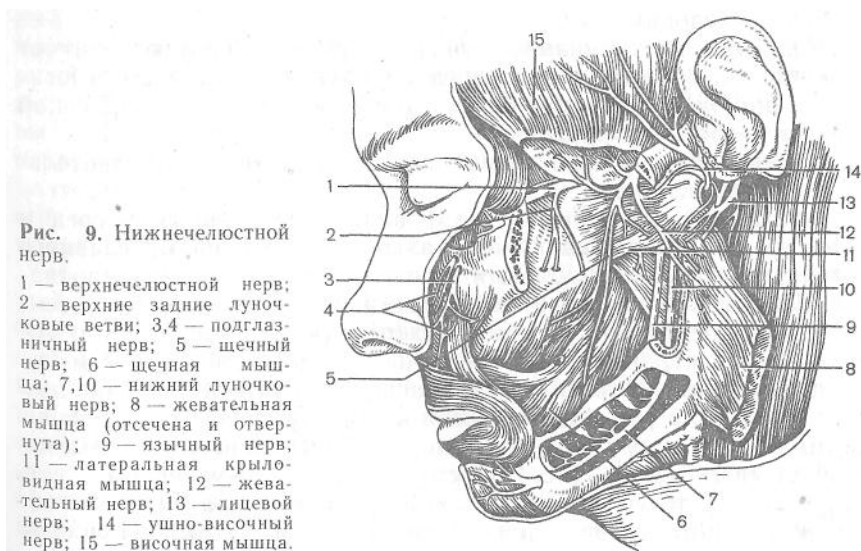


Рис. 9. Нижнечелюстной нерв.

1 — верхнечелюстной нерв; 2 — верхние задние луночковые ветви; 3, 4 — подглазничный нерв; 5 — щечный нерв; 6 — щечная мышца; 7, 10 — нижний луночковый нерв; 8 — жевательная мышца (отсечена и отвернута); 9 — язычный нерв; 11 — латеральная крыловидная мышца; 12 — жевательный нерв; 13 — лицевой нерв; 14 — ушно-височный нерв; 15 — височная мышца.

Передний глубокий височный нерв (n. temporalis profundus anterior), отделившись вместе со щечным нервом, проходит снаружки над верхним краем латеральной крыловидной мышцы. Обогнув подвисочный гребень, он ложится на наружную поверхность чешуи височной кости. Разветвляется в переднем отделе височной мышцы, входя в нее с внутренней поверхности.

Средний глубокий височный нерв (n. temporalis profundus medius) непостоянный.

Отделившись кзади от переднего глубокого височного нерва, он проходит под crista infratemporalis на внутреннюю поверхность височной мышцы и разветвляется в ее среднем отделе.

Задний глубокий височный нерв (n. temporalis profundus posterior) начинается кзади от среднего или переднего глубокого височного нерва. Огибая подвисочный гребень, он проникает под латеральной крыловидной мышцей на внутреннюю поверхность заднего отдела височной мышцы, иннервируя его.

Все глубокие височные нервы отделяются (отходят) от наружной поверхности нижнечелюстного нерва.

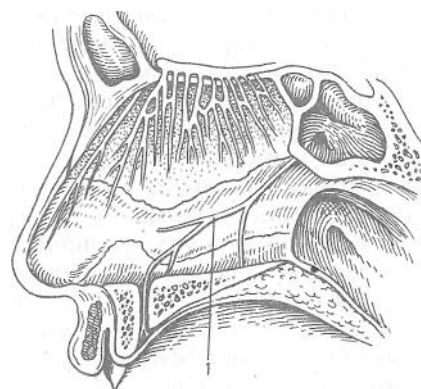
Латеральный крыловидный нерв (n. pterygoideus lateralis) обычно отходит одним стволом со щечным нервом. Иногда начинается самостоятельно от наружной поверхности нижнечелюстного нерва и входит в латеральную крыловидную мышцу сверху и с внутренней поверхности ее.

Медиальный крыловидный нерв (n. pterygoideus medialis) преимущественно двигательный. Начинается от внутренней поверхности нижнечелюстного нерва, направляется вперед и вниз к внутренней поверхности медиальной крыловидной мышцы, в которую входит вблизи ее верхнего края. Медиальный крыловидный нерв отдает п. tensoris veli palatini к мышце, натягивающей мягкое небо, и п. tensoris tympani к мышце, напрягающей барабанную перепонку.

Челюстно-подъязычный нерв (n. mylohyoideus) отходит от нижнего луночкового нерва перед вхождением последнего в foramen mandibulare. Идет к челюстно-подъязычной и двубрюшной мышце (переднему брюшку).

От нижнечелюстного нерва отходят следующие чувствительные нервы.

1. *Щечный нерв* (n. buccalis) направляется вниз, вперед и снаружки. Отделившись ниже овального отверстия от главного ствола, проходит между двумя головками латеральной крыловидной мышцы к внутренней поверхности височной мышцы. Затем, пройдя у переднего края венечного отростка, на уровне его основания распространяется по



наружной поверхности щечной мышцы до угла рта. Разветвляется в коже и слизистой оболочке щеки, в коже угла рта. Отдает ветви к участку слизистой оболочки десны нижней челюсти (между вторым малым и вторым большим коренными зубами). Имеет анастомозы с лицевым нервом и ушным узлом. Следует помнить, что встречаются два вида разветвления щечного нерва — рассыпной и магистральный. При первом типе зона иннервации его распространяется от крыла носа до середины нижней губы, т. е. щечный нерв распределяется в зоне иннервации подбородочного и подглазничного нервов. Этот нерв не всегда иннервирует слизистую оболочку альвеолярного отростка с вестибулярной стороны. Щечный нерв не располагается вместе с язычным и нижнелуночковым в области нижнечелюстного валика (*torus mandibularis*), а проходит впереди от височной мышцы в клетчатке щечной области на расстоянии 22 мм от язычного и 27 мм от нижнелуночкового нерва. Этим можно объяснить непостоянное выключение щечного нерва при торусальной анестезии, когда вводится оптимальное количество анестетика (2—3 мл) (П. М. Егоров).

2. *Ушно-височный нерв* (п. *auriculotemporalis*) содержит чувствительные и парасимпатические секреторные волокна. Отделившись под овальным отверстием, идет назад по внутренней поверхности латеральной крыловидной мышцы, затем направляется наружу, огибая сзади шейку мышечного отростка нижней челюсти. После этого он идет вверх, проникая через окошечко слюнной железы, подходит к коже височной области, разветвляясь на конечные ветви.

3. *Язычный нерв* (п. *lingualis*) начинается вблизи овального отверстия на одном уровне с нижним луночковым нервом. Располагается между крыловидными мышцами впереди его. У верхнего края медиальной крыловидной мышцы к язычному нерву присоединяется барабанная струна (*chorda tympani*), в составе которой имеются секреторные волокна, идущие к подъязычному поднижнечелюстному узлам, и вкусовые волокна, идущие к сосочкам языка. Далее язычный нерв располагается между внутренней поверхностью ветви нижней челюсти и внутренней крыловидной мышцей. Впереди от переднего края этой мышцы язычный нерв идет над поднижнечелюстной слюнной железой по наружной поверхности подъязычно-язычной мышцы, огибает снаружи и снизу выводной проток поднижнечелюстной слюнной железы и вплетается в боковую поверхность языка. Во рту язычный нерв отдает ряд ветвей (ветви перешейки зева, подъязычный нерв, язычные ветви), иннервирующих слизистую оболочку зева, подъязычной области, слизистую десны нижней челюсти с язычной стороны, слизистую оболочку передних двух третей языка, подъязычную слюнную железу, сосочки языка.

4. *Нижний луночковый нерв* (п. *alveolaris inferior*) смешанный. Это наиболее крупная ветвь нижнечелюстного нерва. Ствола лежит на внутренней поверхности наружной крыловидной мышцы позади и латеральнее язычного нерва. Проходит в межкрыловидном клетчаточном промежутке, образованном латеральной крыловидной мышцей снаружи и медиальной крыловидной мышцей, т. е. в крыловидно-челюстном клетчаточном пространстве. Через нижнечелюстное отверстие (*foramen mandibulae*) входит в нижнечелюстной канал (*canalis mandibularis*). В нем нижний луночковый нерв отдает ветви, которые, анастомозируя между собой, образуют нижнее зубное сплетение (*plexus dentalis inferior*) или непосредственно нижние зубные и десневые ветви. Нижнее зубное сплетение располагается несколько выше основного ствола. От него отходят *rami dentales et gingivales inferiores* к зубам, слизистой оболочке альвеолярного отростка и десны нижней челюсти с вестибулярной стороны. На уровне малых коренных зубов от нижнего луночкового нерва отходит крупная ветвь — подбородочный нерв (п. *mentalis*), который выходит через подбородочное отверстие и иннервирует кожу и слизистую оболочку нижней губы, кожу подбородка. Участок нижнего альвеолярного нерва, располагающийся в толще кости в области клыка и резцов, после отхождения подбородочного нерва, называется резцовой ветвью нижнего альвеолярного нерва (*ramus incisivus nervi alveolaris inferioris*). Иннервирует клык и резцы, слизистую оболочку альвеолярного отростка и десны с вестибулярной стороны в области этих зубов. Анастомозирует с одноименной ветвью противоположной стороны в области средней

линии. От нижнего луночкового нерва перед вхождением его в нижнечелюстной канал отходит двигательная ветвь — челюст-но-подъязычный нерв (п. mylochyoides).

LII. В практической части занятия после обсуждения темы проводится ознакомление с анатомическими особенностями строения верхней и нижней челюсти, топографией тройничного нерва, зонами иннервации II и III ветви тройничного нерва. В аналитической части занятия проводится разбор клинических больных, решение ситуационных задач. В конце занятия преподаватель дает обобщение по теме, обсуждает рассмотренные вопросы, интерпретация задач и тестов с выявлением допущенных ошибок с каждым студентом.

LIII. Преподавательские заметки.

1. Занятие начинается с проверки базовых знаний студентов. Раздаются опросные листы и требуются конкретные краткие ответы на поставленные вопросы.
2. Решение контрольных тестов и ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту или ситуационной задаче. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, клиническое мышление и оценивает знание по подготовленным критериям.
3. Практическая часть проводится в поликлинике и стационаре. Занятие проводится на муляжах. Студенты должны знать топографию тройничного нерва, точку выхода основных нервных стволов, зону иннервации. В конце занятия проводится итог проделанной работы, преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки, ошибки и ставит рейтинговый балл, объявляя его студентам. Преподаватель отвечает на вопросы студентов, объявляет домашнее задание.

LIV. Раздаточный материал.

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов.
2. Ситуационные задачи.
3. Тесты 1 – уровня сложности.
4. Тесты 2 – уровня сложности.

LV. Оснащение практического занятия.

1. Диапроектор и слайды.
2. Плакаты, схемы и муляжи.
3. Атлас анатомии человека.

LVI. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач и рейтинговых баллов. Учитывается практическая работа студентов и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется, выставляется в журнал.

LVII. Самостоятельная работа студентов.

1. Нарисовать схему иннервации лица II и III ветви тройничного нерва
2. Правильно показать точки выхода основных нервных стволов. **Контрольные вопросы.**
25. Анатомическое строение верхней и нижней челюсти.
26. Анатомия и топография тройничного нерва.
27. Верхнечелюстной нерв и зона иннервации.
28. Подглазничный нерв и зона иннервации.
29. Крылонебный узел и его образование.
30. Небные нервы.
31. Двигательные волокна нижнечелюстного нерва.
32. Чувствительные волокна нижнечелюстного нерва.

LVIII. Литература.

Основная.

4. Учебник хирургической стоматологии. Под редакцией профессора Робустовой Т.Г. Москва. 2000 год.
5. Атлас по анатомии. Синельников Д.Г. Москва, 1983.

Дополнительная.

9. Анатомия человека. Ахмедов К.Н., 1995.
10. Основы хирургической стоматологии. Бернадский Ю.И. Киев. 1984.
11. Стоматология – руководство к практическим занятиям. Под редакцией Боровского Е.В. Москва. 1987.

Тема №5.

ИНФИЛЬТРАЦИОННАЯ И ПРОВОДНИКОВАЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ЗОН ИННЕРВАЦИИ II – ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА.

LIX. **Тема:** Инфильтрационная и проводниковая обезболивание зон иннервации II – ветви тройничного нерва.

LX. **Цель занятия:** ознакомить студентов методам проведения анестезии на верхней челюсти.

LXI. **Задачи:**

- Ознакомить с зоной иннервации II – ветви тройничного нерва;
- Научить студентов проводить инфильтрационную анестезию на верхней челюсти;
- Научить студентов проводить проводниковую анестезию верхней челюсти.

LXII. **Ожидаемые результаты.**

- Студенты должны знать анатомию и топографию тройничного нерва;
- Должны знать зону иннервации II – ветви тройничного нерва;
- Должны знать проведение инфильтрационной анестезии на верхней челюсти;
- Должны знать проведение проводниковой анестезии на верхней челюсти.

LXIII. **Содержание практического занятия.**

В начале занятия преподаватель объясняет актуальность темы занятия, анатомию верхней челюсти, анатомию и топографию II ветви тройничного нерва и зону иннервации, методы инфильтрационной и проводниковой анестезии на верхней челюсти.

LXIV. **Перечень рассматриваемых вопросов.**

1. Анатомия II ветви тройничного нерва.
2. Местное инфильтрационное обезбоживание на верхней челюсти.
3. Туберальная анестезия.
4. Инфраорбитальная анестезия.
5. Палатинальная анестезия.
6. Резцовая анестезия.

LXV. **Краткое изложение рассматриваемых вопросов.**

ИНФИЛЬТРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Различают прямое инфильтрационное обезбоживание, когда анестетик вводят непосредственно в ткани операционного поля, и не прямое, когда обезболивающий раствор из созданного депо диффундирует в глубже расположенные ткани, на которых проводят оперативное вмешательство.

При оперативном вмешательстве на мягких тканях лица, альвеолярного отростка и других областей используют прямое инфильтрационное обезбоживание, при удалении зубов и проведении костных операций на альвеолярном отростке — не прямую инфильтрационную анестезию. Анестетик из создаваемого депо под слизистой оболочкой альвеолярного отростка проникает в толщу губ-ча.или вещества кости, пропитывая

нервные стволы, идущие от зубного сплетения к зубам и другим тканям. Некоторые авторы такой вид местной анестезии называют обезболиванием зубного сплетения.

Эффективность непрямой инфильтрационной анестезии на альвеолярном отростке верхней и нижней челюсти неодинакова. Это связано с особенностями их анатомического строения. Известно, что компактная пластинка альвеолярного отростка верхней челюсти с вестибулярной и небной стороны достаточно тонкая, имеет значительное количество мелких отверстий, через которые проходят кровеносные и лимфатические сосуды и нервные стволы. Эти отверстия располагаются на протяжении всего альвеолярного отростка, что создает хорошие условия для диффузии раствора анестетика в губчатое вещество кости. Поэтому эффект инфильтрационной анестезии на верхней челюсти достаточно высок. На нижней челюсти компактная пластинка альвеолярной части несколько толще и плотнее, количество отверстий в ней значительно меньше. Встречаются они преимущественно в области резцов, клыков, реже — малых коренных зубов. Альвеолярная часть также толще, чем на верхней челюсти, особенно в области малых и больших коренных зубов. Этим объясняется низкая эффективность инфильтрационной анестезии на нижней челюсти. Практически ее используют только при удалении нижних резцов, имеющих патологическую подвижность. Слизистая оболочка альвеолярного отростка не имеет выраженного подслизистого слоя и плотно спаяна с надкостницей. Поэтому введение анестетика непосредственно под слизистую оболочку крайне затруднено и сопровождается выраженной болевой реакцией вследствие отслаивания ее от надкостницы. Введение анестетика под надкостницу еще более болезненно из-за отслаивания ее от кости. Кроме того, ввести туда достаточное количество анестетика не представляется возможным. При инфильтрационной анестезии следует вводить обезболивающий раствор в переходную складку преддверия полости рта, где имеется подслизистый слой. На верхней челюсти — несколько выше проекции верхушек зубов, на нижней — несколько ниже ее. Убедившись в хорошей фиксации инъекционной иглы на канюле шприца, отодвигают шпателем мягкие ткани щеки или губы. Место предполагаемого вкола обрабатывают 1 % йодной настойкой. Шприц держат в правой руке тремя пальцами (I, II, III) в виде «писчего пера» так, чтобы I палец свободно доставал до дистального конца поршня. Следовательно, пальцы на шприце должны располагаться как можно дальше от канюли. Этот подготовительный момент имеет существенное значение для проведения анестезии. Иглу вводят под углом 40—45° к кости альвеолярного отростка под слизистую оболочку переходной складки. Скос иглы должен быть обращен к кости. Затем I палец перемещают на поршень. Шприц при этом удерживают двумя пальцами (II и III). Анестетик (2—3 мл) вводят медленно, так как при быстром введении его происходит расслаивание тканей и повреждение в них мелких сосудов и нервных стволов. Это может вызывать болевые ощущения. Если возникает необходимость продвинуть иглу в глубь тканей или вдоль альвеолярного отростка, следует на пути продвижения иглы создать депо из анестетика. Этим достигается безболезненность продвижения иглы и предотвращается возможность травмы кровеносных сосудов. С небной стороны вкол иглы производят в угол, образованный альвеолярным и небным отростками верхней челюсти, где имеется небольшое количество рыхлой клетчатки, которая окружает проходящие здесь нервные стволы. С небной стороны обычно вводят не более 0,5 мл анестетика. С язычной стороны альвеолярного отростка нижней челюсти раствор анестетика вводят в место перехода слизистой оболочки альвеолярного отростка на подъязычную область. При этом достигается выключение периферических веточек язычного нерва. Наступает обезболивание слизистой оболочки альвеолярного отростка с язычной стороны.

Выполняя инфильтрационную анестезию в области альвеолярного отростка с целью проведения хирургического вмешательства на зубах или кости, раствор анестетика не следует вводить под надкостницу. Отслаивание ее приводит к возникновению боли не только во время проведения анестезии, но и в послеоперационном периоде. Раствор анестетика хорошо диффундирует в костную ткань через надкостницу. Обезболивание наступает через 7—10 мин.

Поднадкостничное введение местного анестетика может быть осуществлено при вмешательстве на пульпе зуба, когда инфильтрационная анестезия, проводимая указанным выше способом, недостаточно эффективна. Поднадкостничную анестезию лучше делать короткой (около 3 см) тонкой иглой. Иглу вводят под слизистую оболочку переходной складки в проекции вершины корня соответствующего зуба и инъецируют 0,5 мл анестетика. Через некоторое время прокалывают надкостницу и продвигают иглу под углом около 45° к оси корня зуба по направлению к вершине его на небольшое расстояние и создают депо из 2 мл раствора анестетика. Медленное введение анестетика делает эту анестезию менее болезненной.

При неэффективности обычной инфильтрационной анестезии, когда депо обезболивающего раствора создается под слизистой оболочкой альвеолярного отростка или под надкостницей, можно провести внутрикостную анестезию, введя анестетик непосредственно в губчатую кость альвеолярного отростка между корнями зубов. Для этого под аппликационной или инфильтрационной анестезией специальным трепаном или тонким шаровидным бором прокалывают мягкие ткани межзубного сосочка у основания его до кости. Трепан располагают под углом $40\text{--}60^\circ$ к горизонтальной плоскости. Затем на малых оборотах бормашины трепанируют наружную компактную пластинку. Через сформированный канал вводят инъекционную иглу в губчатое вещество альвеолярного отростка и инъецируют 1—2 мл 2 % раствора анестетика. Сразу же в пределах двух зубов, между корнями которых проведена анестезия, наступает глубокое обезболивание за счет выключения нервных стволиков, идущих к пульпе и периодонту зубов. Продолжительность анестезии — около 1 ч, что позволяет безболезненно провести хирургическое вмешательство, обработать кариозную полость, трепанировать или обточить под искусственную коронку зуб, удалить пульпу. Учитывая относительную трудоемкость методики, внутрикостную анестезию в поликлинике применяют достаточно редко и по строгим показаниям.

При неэффективности инфильтрационного обезболивания вследствие анатомических особенностей или характера патологического процесса в области операционного поля необходимо делать проводниковую анестезию.

ПРОВОДНИКОВОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Проводниковое обезболивание позволяет выключить болевую чувствительность на значительном участке верхней или нижней челюсти и прилежащих к ним мягких тканей. Поэтому оно имеет преимущества перед инфильтрационным обезболиванием при необходимости удаления нескольких зубов, новообразований, вскрытия поднадкостничных гнояников и других вмешательствах. При проводниковой анестезии раствор анестетика вводят около нервного ствола. Поэтому достаточно выраженное обезболивание достигается меньшим количеством анестетика, чем при инфильтрационной анестезии. Место вкола иглы на коже лица или слизистой оболочке полости рта определяется по анатомическим ориентирам, которые будут рассмотрены при описании методики анестезии. Нервные стволы при проводниковом обезболивании блокируют или в месте выхода их из костной ткани, или перед входом в нее. Проводниковую анестезию делают у бугра верхней челюсти, в области подглазничного, большого небного, резцового, нижнечелюстного и подбородочного отверстий. Выключают также язычный, щечный и двигательные ветви нижнечелюстного нерва. В крылонебной ямке можно блокировать всю II ветвь, а у овального отверстия — всю III ветвь тройничного нерва.

ТУБЕРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

При этой анестезии блокируют верхние задние альвеолярные ветви, которые располагаются в крылонебной ямке и на задненаружной поверхности бугра верхней челюсти. На 18—25 мм выше края лунки верхнего третьего большого коренного зуба, соответственно середине коронки его в области бугра верхней челюсти, имеется несколько отверстий. Через них верхние задние альвеолярные ветви входят в костную ткань.

Проводя туберальную анестезию, необходимо ввести раствор анестетика соответственно расположению этих отверстий или несколько выше их.

При полуоткрытом рте больного отводят шпателем или зеркалом щеку кнаружи. Иглу располагают под углом 45° к гребню альвеолярного отростка. Скос ее должен быть

обращен к кости. Вкол иглы производят на уровне коронки второго большого коренного зуба или между вторым и третьим большими коренными зубами в слизистую оболочку, отступя от переходной складки на 0,5 см вниз. Иглу продвигают вверх, назад и внутрь на глубину 2,5 см, отводя шприц кнаружи для того, чтобы игла все время располагалась как можно ближе к кости. Это в известной мере предотвращает повреждение артерий, вен крыловидного венозного сплетения и возникновение кровоизлияния в окружающие ткани. После введения 2 мл обезболивающего раствора анестезия наступает через 7—10 мин. При отсутствии больших коренных зубов ориентируются по скулоальвеолярному гребню, идущему от скулового отростка верхней челюсти к наружной поверхности альвеолярного отростка. Расположен он на уровне первого большого коренного зуба. Вкол иглы делают позади скулоальвеолярного гребня, что будет соответствовать середине коронки отсутствующего второго большого коренного зуба.

Зона обезболивания: первый, второй, третий большие коренные зубы; надкостница альвеолярного отростка и покрывающая ее слизистая оболочка в области этих зубов, слизистая оболочка и костная ткань задненаружной стенки верхнечелюстной пазухи. Задняя граница зоны обезболивания постоянна. Передняя граница может проходить по середине коронки первого большого коренного зуба или доходить до середины первого малого коренного зуба. Это объясняется различной выраженностью анастомозов со средней альвеолярной ветвью, а также непостоянством отхождения ее от подглазничного нерва. Верхняя средняя альвеолярная ветвь иногда отходит от главного ствола верхнечелюстного нерва вместе с задними верхними альвеолярными ветвями и, следовательно, может быть выключена при туберальной анестезии. При введении большого количества раствора анестетика он может проникнуть через нижнюю глазничную щель в нижнеглазничный желобок и заблокировать среднюю верхнюю альвеолярную ветвь. Осложнения. При туберальной анестезии возможно ранение кровеносных сосудов и кровоизлияние в окружающие ткани, в ряде случаев — образование гематомы. При введении анестетика с адреналином в кровеносное русло могут возникнуть изменения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Профилактика осложнений — правильная техника анестезии, постоянное впрыскивание анестетика при введении иглы в глубь тканей, что способствует отодвиганию кровеносных сосудов. В случае ранения сосудов и возникновения кровотечения следует прижать кровоточащую точку, а для профилактики образования гематомы — наложить давящую повязку на щечную область (верхнезадний отдел ее) на несколько часов. Для предупреждения введения анестетика в кровеносное русло перед впрыскиванием раствора надо потянуть поршень на себя и убедиться в отсутствии крови в шприце; при поступлении ее необходимо изменить положение иглы и только после этого вводить анестетик.

ИНФРАОРБИТАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

При инфраорбитальной анестезии блокируют периферические ветви подглазничного нерва (малой гусиной лапки), передние верхние альвеолярные ветви и среднюю верхнюю альвеолярную ветвь. Анестетики вводят в подглазничный канал, чаще создают депо из раствора анестетика в области подглазничного отверстия. Для отыскания подглазничного отверстия, ведущего в канал, используют анатомические ориентиры:

- * при пальпации нижнепхкрая глазницы определяют костный выступ или желобок, соответствующий месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью. Находится он, как правило, на 0,5 см кнутри от середины нижнего края глазницы. На 0,5—0,75 см ниже этого ориентира расположено подглазничное отверстие;

- * это отверстие находится на 0,5—0,75 см ниже точки пересечения нижнего края глазницы с вертикальной линией, проведенной через середину второго верхнего малого коренного зуба;

- * подглазничное отверстие определяется на 0,5—0,75 см ниже места пересечения нижнего края глазницы с вертикальной линией, проведенной через зрачок глаза, смотрящего строго вперед.

Следует помнить, что ось переднего отрезка канала направлена вперед, кнутри, вниз и пересекает ось канала противоположной стороны несколько выше десневого

сосочка между верхними центральными резцами. Направление иглы во время анестезии будет противоположным оси канала (кзади, кнаружи и вверх).

Инфраорбитальная анестезия может быть проведена внеротовым и внутриротовым методами. **Внеротовой метод.** По указанным выше ориентирам определяют проекцию подглазничного отверстия на кожу. Указательным пальцем левой руки фиксируют ткани в этой точке к кости с целью профилактики случайного ранения глазного яблока. Кроме того, это помогает быстрее отыскать вход в канал. Затем, отступя от проекции отверстия на кожу вниз и кнутри на 1 см, делают вкол иглы. Придав игле правильное положение, продвигают ее вверх, кзади и кнаружи по направлению к подглазничному отверстию. При этом иглу погружают до кости. В области подглазничного отверстия выпускают 0,5—1 мл анестетика и, осторожно перемещая иглу, отыскивают вход в канал, определяя это по характерному проваливанию ее или по болевой реакции. Войдя в подглазничный канал, продвигают иглу на глубину 7—10 мм и впрыскивают еще 0,5—1 мл раствора анестетика. Анестезия наступает через 3—5 мин. Часто войти в канал не удастся, что может зависеть от различных вариантов формы, размеров и расположения подглазничного отверстия. Трудно отыскать канал при наличии глубокой клыковой ямки. В литературе приведены случаи выхода подглазничного нерва из 2—3 отверстий. Введение 2 мл раствора анестетика в области только подглазничного отверстия существенно не отражается на выраженности обезболивания в зоне иннервации верхних передних и средней альвеолярных ветвей, малой гусиной лапки.

Внутриротовой метод. Отыскав проекцию подглазничного отверстия на кожу, указательным пальцем левой руки прижимают мягкие ткани в этой точке к кости. Большим пальцем верхнюю губу отводят вверх и вперед. При этом подвижная слизистая оболочка смещается кпереди. Поэтому вкол иглы производят на 0,5 см кпереди от переходной складки, на уровне промежутка между центральным и боковым резцами. Иглу продвигают кзади, вверх и кнаружи по направлению к подглазничному каналу, выпуская при этом небольшое количество анестетика для обезболивания тканей на пути иглы. Последующие этапы проведения анестезии не отличаются от таковых при внеротовом методе. Если нельзя ввести иглу между боковым и центральным резцами, то следует вколоть ее на уровне клыка, первого или второго малого коренного зуба. Попасть иглой в канал этим методом не представляется возможным. Анестезия наступает за счет диффузии анестетика из области подглазничного отверстия в одноименный канал. Внутриротовой метод инфраорбитальной анестезии имеет ряд существенных недостатков по сравнению с внеротовым, поэтому его редко применяют в условиях поликлиники: он сложнее для выполнения; при нем труднее подвести иглу к подглазничному отверстию через значительную толщу тканей; его нельзя выполнить при воспалительных процессах фронтального отдела преддверия рта. Зона обезболивания: резцы, клыки и малые коренные зубы, костная ткань альвеолярного отростка, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области этих зубов, слизистая оболочка и костная ткань передней, задне-наружной (частично), нижней и верхней стенок верхнечелюстной пазухи, кожа подглазничной области, нижнего века, крыла носа, перегородки носа, кожа и слизистая оболочка верхней губы. Следует помнить о наличии анастомозов с противоположной стороны и с задними верхними альвеолярными ветвями. При необходимости их выключают, вводят по переходной складке 1—2 мл анестетика в области центральных резцов или второго малого коренного — первого большого коренного зубов. Иногда зона обезболивания уменьшается от середины центрального резца до середины первого малого коренного зуба, реже — увеличивается, включая область первого большого коренного зуба.

Осложнения. При ранении иглой сосудов в подглазничном канале или вне его возникает кровоизлияние в окружающую ткань. Возможно образование гематомы. Иногда появляется ишемия ограниченного участка кожи в подглазничной области. При попадании анестетика в глазницу можно блокировать нервы, иннервирующие мышцы глазного яблока. Тогда у больного появляется диплопия. При прободении нижней стенки подглазничного канала раствор анестетика может попасть в верхнечелюстную пазуху. В случае травмы иглой нервного ствола может развиваться неврит подглазничного нерва.

Профилактика осложнения — тщательное соблюдение техники анестезии. Для предотвращения образования гематомы после анестезии следует прижать пальцем на 2—3 мин место выхода сосудистого пучка из канала.

АНЕСТЕЗИЯ В ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО НЕБНОГО ОТВЕРСТИЯ

При этой анестезии блокируют большой небный нерв. Для этого местный анестетик надо ввести в область большого небного отверстия. Располагается оно на уровне середины коронки третьего большого коренного зуба, при отсутствии его — кзади и кнутри от второго большого коренного зуба или на 0,5 см кпереди от границы твердого и мягкого неба. Чтобы определить проекцию большого небного отверстия на слизистую оболочку твердого неба, надо провести две взаимопересекающиеся линии: одну из них — на уровне середины коронки третьего большого коренного зуба от десневого края до средней линии верхней челюсти соответствующей стороны (следует помнить, что верхняя челюсть — парная кость), другую — через середину первой и перпендикулярно ей. Точка пересечения этих двух линий будет соответствовать проекции большого, небного отверстия. При широко открытом рте больного вкол иглы производят на 1 см кпереди и кнутри (т. е. отступя к средней линии) от проекции небного отверстия на слизистую оболочку. Иглу продвигают вверх, несколько кзади и кнаружи — до соприкосновения с костью. Вводят 0,5 мл анестетика. Через 3—5 мин наступает анестезия. Зона обезболивания: слизистая оболочка твердого неба, альвеолярного отростка с небной стороны от третьего большого коренного зуба до середины коронки клыка. Иногда зона обезболивания увеличивается до середины бокового резца и переходит на вестибулярную поверхность у третьего большого коренного зуба. Нередко граница обезболивания не распространяется кпереди дальше уровня второго малого коренного зуба. Осложнения. При введении большого количества анестетика или в случае попадания иглы в канал, а также при инъецировании обезболивающего раствора позади большого небного отверстия выключаются нервные стволы, иннервирующие мягкое небо. Больным это воспринимается как инородное тело, возникают тошнота, позывы на рвоту! При ранении сосудов возникает кровоизлияние. Иногда появляются участки ишемии на коже лица вследствие рефлекторного спазма сосудов. Может наступить некроз слизистой оболочки твердого неба. Быстрое введение анестетика под значительным давлением под малоподатливую слизистую оболочку твердого неба сопровождается сдавлением сосудов или их разрывом, что и приводит к омертвлению тканей. Выраженный склероз сосудов предрасполагает к этому. Для профилактики данного осложнения анестетик следует вводить медленно без-излишнего давления, особенно у лиц пожилого возраста.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВОГО ОТВЕРСТИЯ

При этой -анестезии блокируют носонебный нерв. Резцовое отверстие расположено между центральными резцами, на 7—8 мм кзади от десневого края (позади резцового сосочка). Носонебный нерв можно блокировать внутриротовым и внеротовым методами. Внутриротовой метод. При максимально запрокинутой голове больного и широко открытым ртом придают игле отвесное положение по отношению к переднему участку альвеолярного отростка верхней челюсти с небной стороны. Вкол иглы производят в слизистую оболочку резцового сосочка, предварительно смазав ее 1—2 % раствором дикаина, несколько кпереди от устья резцового отверстия. Если иглу ввести точно над резцовым отверстием, то направление иглы не совпадает с осью резцового канала, так как нижняя челюсть не позволяет соблюсти условия их параллельности. Продвинув иглу до контакта с костью, вводят 0,3—0,5 мл раствора анестетика, откуда он диффундирует в резцовый канал и блокирует в нем носонебный нерв. Эффект анестезии более выражен, когда продвигают иглу в канал на 0,5—0,75 см и в нем выпускают обезболивающий раствор. При этом выключаются анастомозы, идущие от носонебного нерва к переднему отделу верхнего зубного сплетения. Однако войти иглой в канал не всегда возможно, особенно у больных с нижней макрогнатией или верхней микрогнатией.

Внутриносовой метод. Анестетик вводят у основания перегородки носа с обеих сторон от нее. Можно выключить носонебный нерв, смазав слизистую оболочку дна полости носа у перегородки носа с двух сторон 1—2% раствором дикаина с адреналином. Внеротовой метод анестезии носонебного нерва позволяет получить хорошее

обезболивание в области центральных резцов в тех случаях, когда двусторонняя инфраорбиталь-ная анестезия и выключение носонебного нерва внутриротовым методом полностью не снимают болевую чувствительность. Это объясняется тем, что носонебный нерв отдает анастомозы к переднему отделу зубного сплетения до входа в резцовый канал. Кроме того, внеротовой метод применяют при невозможности выполнения анестезии внутриротовым доступом. Зона обезболивания: слизистая оболочка и надкостница альвеолярного отростка верхней челюсти и твердого неба в треугольном участке, вершина которого обращена к срединному шву, основание — к фронтальным зубам, а стороны его проводят через середину клыков. Иногда зона обезболивания распространяется до первого малого коренного зуба включительно или суживается до области центральных резцов. Осложнения. При введении иглы в резцовый канал глубже чем на 1 см возможно кровотечение из носа вследствие травмы слизистой оболочки полости носа. Иногда появляются зоны ишемии на коже переднебоковой поверхности лица. В случае введения в нижний носовой ход тампона с дикаином на длительный период возможно развитие токсической реакции.

LXVI. В практической части занятия после обсуждения темы проводится ознакомление с анатомическими особенностями строения верхней челюсти, анатомией, топографией и зоной иннервации II ветви тройничного нерва, методами туберальной, палатинальной, инфраорбитальной, резцовой и инфильтрационной анестезии. В аналитической части занятия проводится разбор клинических больных, решение ситуационных задач. В конце занятия преподаватель дает обобщение по теме, обсуждает рассмотренные вопросы, интерпретация задач и тестов с выявлением допущенных ошибок с каждым студентом.

LXVII. Преподавательские заметки.

1. Занятие начинается с проверки базовых знаний студентов. Раздаются опросные листы и требуются конкретные краткие ответы на поставленные вопросы.
2. Решение контрольных тестов и ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту или ситуационной задаче. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, клиническое мышление и оценивает знание по подготовленным критериям.
3. Практическая часть проводится в поликлинике и стационаре. Занятие проводится на муляжах. Студенты должны знать топографию тройничного нерва, точку выхода II ветви тройничного нерва, зону иннервации, проводить инфильтрационную и проводниковую анестезию на верхней челюсти. В конце занятия проводится итог проделанной работы, преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки, ошибки и ставит рейтинговый балл, объявляя его студентам. Преподаватель отвечает на вопросы студентов, объявляет домашнее задание.

LXVIII. Раздаточный материал.

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов.
2. Ситуационные задачи.
3. Тесты 1 – уровня сложности.
4. Тесты 2 – уровня сложности.

LXIX. Оснащение практического занятия.

1. Диапроектор и слайды.
2. Плакаты, схемы и муляжи.
3. Атлас анатомии человека.
4. Шприцы, анестетики.

LXX. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач и рейтинговых баллов.

Учитывается практическая работа студентов и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется, выставляется в журнал.

LXXI. Самостоятельная работа студентов.

1. Нарисовать структурную схему верхнечелюстного нерва.
2. Нарисовать различные способы анестезии на верхней челюсти.

LXXII. Контрольные вопросы.

33. Анатомическое строение верхней челюсти.
34. Верхнечелюстной нерв и зона иннервации.
35. Особенности местной инфильтрационной анестезии на верхней челюсти.
36. Туберальная анестезия и зона обезболивания.
37. Палатинальная анестезия и зона обезболивания.
38. Внеротовой способ инфраорбитальной анестезии.
39. Внутриротовой способ инфраорбитальной анестезии.
40. Внутриротовой способ резцовой анестезии.
41. Внутриносовой способ резцовой анестезии.

LXXIII. Литература.

Основная.

6. Учебник хирургической стоматологии. Под редакцией профессора Робустовой Т.Г. Москва. 2000 год.
7. Атлас по анатомии. Синельников Д.Г. Москва, 1983.

Дополнительная.

12. Анатомия человека. Ахмедов К.Н., 1995.
13. Основы хирургической стоматологии. Бернадский Ю.И. Киев. 1984.
14. Стоматология – руководство к практическим занятиям. Под редакцией Боровского Е.В. Москва. 1987.

Тема №6.

**ИНФИЛЬТРАЦИОННАЯ И ПРОВОДНИКОВАЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ЗОН
ИННЕРВАЦИИ III – ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА.**

LXXIV. Тема: Инфильтрационная и проводниковая обезболивание зон иннервации III – ветви тройничного нерва.

LXXV. Цель занятия: ознакомить студентов методам проведения анестезии на нижней челюсти.

LXXVI. Задачи:

- Ознакомить с зоной иннервации III – ветви тройничного нерва;
- Научить студентов проводить инфильтрационную анестезию на нижней челюсти;
- Научить студентов проводить проводниковую анестезию нижней челюсти.

LXXVII. Ожидаемые результаты.

- Студенты должны знать анатомию и топографию тройничного нерва;
- Должны знать зону иннервации III – ветви тройничного нерва;
- Должны знать проведение инфильтрационной анестезии на нижней челюсти;
- Должны знать проведение проводниковой анестезии на нижней челюсти.

LXXVIII. Содержание практического занятия.

В начале занятия преподаватель объясняет актуальность темы занятия, анатомию нижней челюсти, анатомию и топографию III ветви тройничного нерва и зону иннервации, методы инфильтрационной и проводниковой анестезии на нижней челюсти.

LXXIX. Перечень рассматриваемых вопросов.

1. Анатомия III ветви тройничного нерва.
2. Местное инфильтрационное обезболивание на нижней челюсти.
3. Мандибулярная анестезия.
4. Торусальная анестезия.
5. Ментальная анестезия.

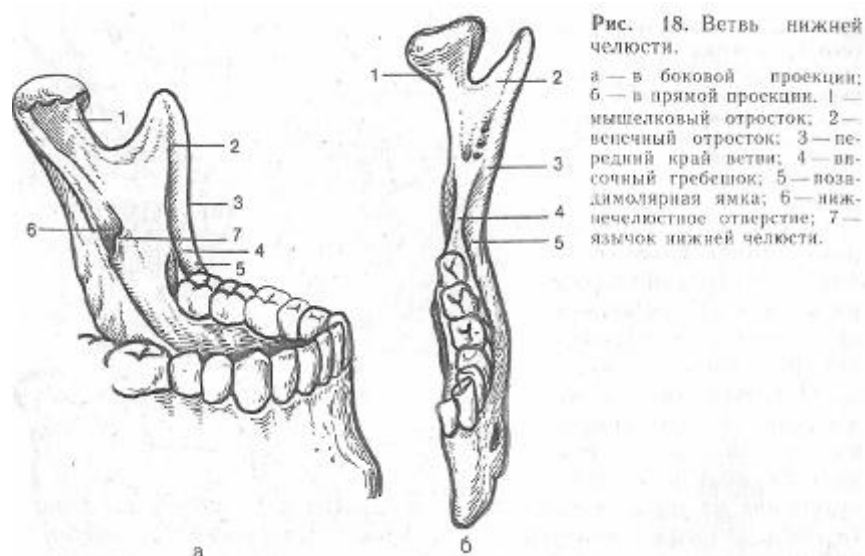
LXXX. Краткое изложение рассматриваемых вопросов.

Обезболивание нижнего альвеолярного нерва в области отверстия нижней челюсти (мандибулярная анестезия)

Эту анестезию принято называть мандибулярной. Однако название не соответствует ее сути, так как у отверстия нижней челюсти выделяют не нижнечелюстной нерв, а его периферические ветви (нижний луночковый и язычный).

Для выполнения анестезии следует хорошо ориентироваться в некоторых анатомических образованиях ветви нижней челюсти. Отверстие нижней челюсти, через которое нижний луночковый нерв входит в костный канал (*canalis mandibulae*), расположено на внутренней поверхности ветви челюсти (от переднего края ее — на расстоянии 15 мм, от заднего — на 13 мм, от вырезки нижней челюсти — на 22 мм и от основания нижней челюсти — на 27 мм). Высота расположения отверстия у взрослого человека соответствует уровню жевательной поверхности нижних больших коренных зубов, у стариков и детей — несколько ниже. Спереди и изнутри отверстие нижней челюсти прикрыто костным выступом — язычком нижней челюсти (*Ngula mandibulae*). Поэтому обезболивающий раствор надо вводить на 0,75 — 1 см выше уровня отверстия — над верхним полюсом костного выступа, туда, где нерв перед вхождением в канал лежит в костном желобке (*sulcus colli mandibulae*). Там же имеется рыхлая клетчатка, в которой хорошо распространяется анестетик. Следовательно, вкол иглы должен быть произведен на 0,75 — 1 см выше уровня жевательной поверхности нижних больших коренных зубов.

Мандибулярную анестезию можно выполнить внутриворотным и внеротовым способами.



Внутриворотные способы. Анестезию проводят, пальпируя костные анатомические ориентиры, и аподактильным методом (без пальпации).

Анестезия с помощью пальпации. Для проведения ее необходимо пальпаторно определить расположение позадиомолярной ямки и височного гребешка, который является ориентиром для вкола иглы. От венечного отростка к язычной стороне альвеолярного отростка нижней челюсти спускается костный валик — височный гребешок (*crista temporalis*). В нижнем отделе этот гребешок разделяется на внутреннюю и наружную ножку, которые ограничивают небольшой треугольный участок — позадиомолярный треугольник. Между передним краем ветви нижней челюсти, переходящим книзу в косую

линию (*linea obliqua*) и височным гребешком имеется небольшое углубление треугольной формы — позадиомолярная ямка (*fovea retromolaris*) (рис. 18).

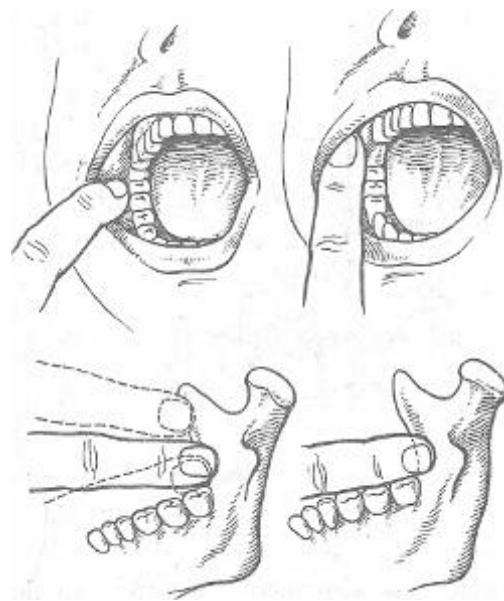
Костные ориентиры пальпируют указательным пальцем левой руки, если анестезию проводят справа, или большим пальцем, если ее выполняют слева.

При широко открытом рте больного ощупывают передний край ветви нижней челюсти на уровне дистального края коронки третьего большого коренного зуба (при его отсутствии — сразу же за вторым большим коренным зубом). Переместив палец несколько кнутри, определяют височный гребешок, проекцию которого мысленно переносят на слизистую оболочку.

Палец фиксируют в ретромолярной ямке (рис. 19). Расположив шприц на уровне малых коренных зубов противоположной стороны, вкол иглы делают кнутри от височного гребешка и на 0,75—1 см выше жевательной поверхности третьего большого коренного зуба (рис. 20, а). Продвигают иглу кнаружи и кзади. На глубине 0,5—0,75 см она достигает кости. Выпустив 0,5—1 мл раствора анестетика, выключают язычный нерв, который расположен кпереди от нижнего альвеолярного нерва. Продвинув иглу еще на 2 см, доходят до костного желобка (*sulcus colli mandibulae*), где расположен нижний альвеолярный нерв перед вхождением его в канал нижней челюсти. Здесь вводят 2—3 мл анестетика для выключения этого нерва.

Ветвь нижней челюсти расположена не строго в сагиттальной плоскости, а под некоторым углом к ней, причем передний край ее лежит ближе, а задний — дальше от средней линии. Выраженность наклона ветви у различных больных варьирует. Поэтому, введя иглу на глубину 0,75 см до кости и выключив язычный нерв, продвинуть ее глубже к нижнечелюстному отверстию, не меняя первоначального положения шприца, не всегда представляется возможным. Нередко возникает необходимость переместить шприц на уровень центральных резцов и продвинуть иглу кзади параллельно внутренней поверхности ветви нижней челюсти на глубину 2 см по направлению к нижнечелюстному отверстию и *sulcus colli mandibulae*.

Аподактильный способ. При выполнении анестезии аподактильным способом основным ориентиром является крыловидно-нижнечелюстная складка (*plica pterigomandibularis*). Она расположена кнутри от височного гребешка и может быть широкой, узкой или иметь обычный (средний) поперечный размер. При широко открытом рте больного шприц располагают на уровне малых коренных или первого большого коренного зуба противоположной стороны. Вкол иглы производят в наружный скат крыловидно-нижнечелюстной складки на середине расстояния между жевательными поверхностями верхних и нижних больших коренных зубов (при отсутствии их — на середине расстояния между гребнями альвеолярных отростков). Иглу продвигают кнаружи и кзади до контакта с костной тканью (на глубину 1,5—2 см), после чего вводят 2—3 мл анестетика для выключения нижнего альвеолярного и язычного нервов (рис. 20, б). Иногда, продвинув иглу на глубину 2 см, достичь контакта ее с костью не удастся. Это может быть связано с указанными выше анатомическими особенностями ветви нижней челюсти, когда наклон ее к сагиттальной плоскости значительно выражен. В этом случае игла при ее погружении в ткани продвигается как бы параллельно внутренней поверхности ветви челюсти, не соприкасаясь с ней. Тогда необходимо отвести шприц еще больше в противоположную сторону, расположив его на уровне второго большого коренного зуба. Изменив угол между внутренней поверхностью ветви и иглой, удастся



добиться ее контакта с костью. Если крыловидно-нижнечелюстная складка широкая, вкол иглы производят в середину, если узкая — в медиальный край ее.

Крыловидно-нижнечелюстная складка — менее достоверный ориентир, чем височный гребешок. Поэтому при аподактильном способе анестезии не всегда удастся точно подвести обезболивающий раствор к нижнему луночковому нерву.

Внеротовые способы. При невозможности блокады нижнего альвеолярного нерва внутриротовым доступом используют внеротовые способы.

Анестезия доступом из по дню ж нечелюстной области. Для более четкого выполнения анестезии рационально определить проекцию отверстия нижней челюсти на кожу. Оно находится на середине линии, проведенной от верхнего края козелка ушной раковины к месту пересечения переднего края жевательной мышцы с основанием нижней челюсти. Продвигая иглу к нижнечелюстному отверстию, можно ориентироваться на эту точку (рис. 20, в).

Вкол иглы производят в области основания нижней челюсти, отступая на 1,5 см кпереди от угла нижней челюсти. Иглу продвигают вверх на 3,5—4 см по внутренней поверхности ветви параллельно заднему краю ее. При этом следует сохранять контакт иглы с костью. Удобнее вводить иглу без шприца и только перед инъектированием анестетика присоединить его. Впрыскивают 2 мл обезболивающего раствора. Продвинув иглу вверх, еще на 1 см выключают язычный нерв.



Подскуловый способ (Берше — Дубова). Вкол иглы производят непосредственно под нижним краем скуловой дуги, отступая на 2 см кпереди от основания козелка ушной раковины. Иглу располагают перпендикулярно кожным покровам и продвигают на 3—3,5 см к средней линии строго горизонтально, постепенно выпуская раствор анестетика. Игла выходит между головками наружной крыловидной мышцы или на ее внутреннюю поверхность, где нижний альвеолярный и язычный нервы расположены рядом. После введения 3—5 мл анестетика обезболивание наступает через 10—20 мин.

Зона обезболивания при выключении нижнего альвеолярного и язычного нервов. Все зубы нижней челюсти соответствующей половины, костная ткань альвеолярного отростка и частично тела нижней челюсти, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной и язычной стороны, слизистая оболочка подъязычной области и передних $\frac{2}{3}$ языка, кожа и слизистая оболочка нижней губы, кожа подбородка на стороне анестезии. Следует помнить, что слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти от середины второго малого коренного зуба до середины второго большого коренного зуба иннервируется не только веточками, отходящими от нижнего зубного сплетения, но и

щечным нервом. Для полного обезболивания этого участка слизистой оболочки необходимо дополнительно ввести 0,5 мл анестетика по типу ин-фильтрационной анестезии. Обезболивание при мандибулярной анестезии наступает чаще всего через 15—20 мин, продолжительность его—1—1,5 ч. Выраженность обезболивания в области резцов и клыка меньше из-за анастомозов с противоположной стороны.

Осложнения. При введении иглы медиальнее крыловидно-нижнечелюстной складки возможно онемение тканей глотки и повреждение внутренней крыловидной мышцы с последующим появлением контрактуры нижней челюсти. Для устранения этого осложнения иногда требуется длительное лечение с применением физиотерапевтических процедур, механотерапии и инъекций раствора пирогенала.

Возможно повреждение сосудов с образованием гематомы, попадание анестетика в кровяное русло, появление зон ишемии на коже нижней губы и подбородка. При повреждении язычного и нижнего альвеолярного нервов иглой иногда развивается неврит, для лечения которого используют гальванизацию и диатермию. Изредка наблюдается парез мимических мышц вследствие блокады ветвей лицевого нерва. Вследствие нарушения техники проведения мандибулярной анестезии возможен перелом инъекционной иглы. Это осложнение может возникнуть при изменении первоначального положения иглы резким движением, когда центральный конец ее достаточно глубоко погружен в мягкие ткани или располагается между мышцей и костью. Опасность этого осложнения возрастает при внедрении иглы в сухожилие мышц (чаще височной). Игла ломается в месте перехода ее в канюлю. Для профилактики этого осложнения следует использовать качественные иглы, строго соблюдать технику анестезии, не погружать иглу в ткани до канюли, не производить грубых и резких перемещений иглы. Если отломанная часть иглы полностью погружена в ткани, не следует предпринимать немедленной попытки удаления ее в поликлинике. При показаниях (боли самопроизвольные и при открывании рта, развитие контрактуры, воспалительные явления) удаление иглы возможно только в стационаре после тщательного рентгенологического обследования. Это трудоемкое вмешательство требует хорошей оперативной техники и хирургического опыта. Иногда сломанная игла инкапсулируется в тканях и не вызывает жалоб у больных. В этих случаях ее можно не удалять.

Обезболивание в области нижнечелюстного валика по М. М. Вейсбрему (торусальная анестезия)

При этой анестезии обезболивающий раствор вводят в область нижнечелюстного валика (*torus mandibulae*). Он находится в месте соединения костных гребешков, идущих от венечного и мыщелкового отростков — выше и впереди от костного язычка

нижней челюсти. Ниже и внутри от валика располагаются нижний альвеолярный, язычный и щечный нервы, окруженные рыхлой клетчаткой (рис. 21, а). При введении анестетика в данную зону эти нервы могут быть выключены одновременно.

При проведении анестезии рот больного должен быть открыт максимально широко. Вкол иглы производят перпендикулярно слизистой оболочке щеки, направляя шприц с противоположной стороны, где он располагается на уровне больших коренных зубов. Местом вкола является точка, образованная пересечением горизонтальной линии, проведенной на 0,5 см ниже жевательной поверхности верхнего третьего большого коренного зуба и бороздки, образованной латеральным скатом крыловидно-нижнечелюстной складки и щекой (рис. 21,б). Иглу продвигают до кости (на глубину от 0,25 до 2 см). Вводят 1,5—2 мл анестетика, блокируя нижний луночковый и щечный нервы. Выведя иглу на несколько миллиметров в обратном направлении, инъецируют 0,5—1 мл анестетика для выключения язычного нерва. Анестезия наступает через 5 мин.

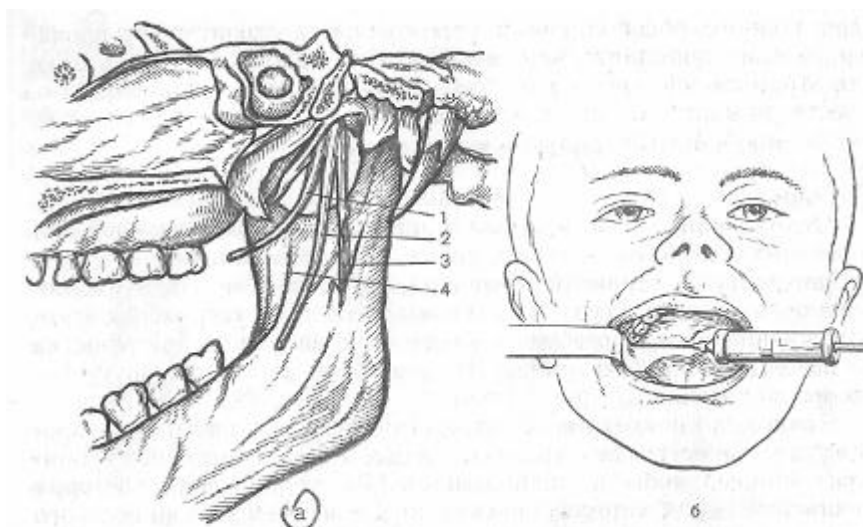


Рис. 21. Торусальная анестезия по М. М. Вейсбрену.

а — расположение нервов в области нижнечелюстного валика; б — положение иглы и шприца при торусальной анестезии; 1 — щечный нерв; 2 — язычный нерв; 3 — нижний альвеолярный нерв; 4 — височный гребешок.

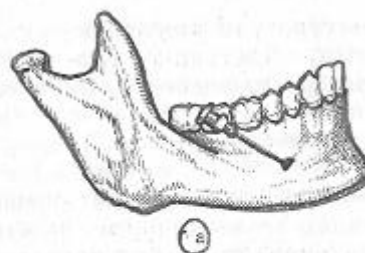
Зона обезболивания: те же ткани, что и при анестезии у отверстия нижней челюсти, а также ткани, иннервируемые щечным нервом; слизистая оболочка и кожа щеки, слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти от середины второго малого коренного зуба до середины второго большого коренного зуба. Однако в связи с особенностями взаимоотношений щечного нерва с нижним луночковым и язычным нервами (см. выше) обезболивание в зоне иннервации щечного нерва

наступает не всегда. В этом случае следует дополнительно провести инфильтрационную анестезию в области операционного поля для исключения периферических окончаний щечного нерва.

Обезболивание в области щечного нерва

При широко открытом рте больного вкол иглы делают в слизистую оболочку щеки, направляя шприц с противоположной стороны. Местом вкола является точка,

Рис. 22. Положение иглы при введении обезболивающего раствора в подбородочное отверстие. а — положение иглы; б — внепотовой способ; в — внутриротовой способ.



образованная пересечением горизонтальной линии, проведенной на уровне жевательной поверхности верхних больших коренных зубов и вертикальной линии, являющейся проекцией переднего края венечного отростка на слизистую оболочку щеки. Иглу

продвигают на глубину I — 1,5 см до переднего края венечного отростка, где щечный нерв пересекает его, выходя из крыловидно-височного клеточного промежутка или из толщи височной мышцы, и располагается по наружной поверхности щечной мышцы. Вводят 1 — 2 мл раствора анестетика. Обезболивание наступает в зоне иннервации щечного нерва [см. *Обезболивание на нижнечелюстном валике (торусальная анестезия)*].

Обезболивание в области язычного нерва

Язычный нерв блокируют при проведении анестезии у отверстия нижней челюсти и на нижнечелюстном валике. Кроме того, на него можно воздействовать в челюстно-язычном желобке. Для этого язык отводят шпателем в противоположную сторону. Вкол иглы делают в слизистую оболочку в наиболее глубокой части челюстно-язычного желобка на уровне середины коронки третьего нижнего большого коренного зуба. В этом месте язычный нерв залегает очень поверхностно. Вводят 2 мл анестетика. Зона обезболивания соответствует иннервации язычного нерва.

Обезболивание в области подбородочного нерва

Для выполнения анестезии необходимо определить расположение подбородочного отверстия. Чаще всего оно находится на уровне середины альвеолы нижнего второго малого коренного зуба или межальвеолярной перегородки между вторым и первым малыми коренными зубами и на 12—13 мм выше основания тела нижней челюсти. Проекция отверстия находится, таким образом, на середине расстояния между передним краем жевательной мышцы и серединой нижней челюсти.

Подбородочное отверстие (или устье канала) открывается кзади, кверху и наружу. Это следует помнить, чтобы придать игле направление, позволяющее ввести ее в канал (рис. 22, а).

Внеротовой метод. Проводя анестезию на правой половине нижней челюсти, удобнее встать справа и сзади больного. Выключая подбородочный нерв слева, врач располагается справа и кпереди от больного. Используя приведенные выше ориентиры, определяют проекцию подбородочного отверстия на кожу. Указательным пальцем левой руки в этой точке прижимают мягкие ткани и кости. Придав игле направление с учетом хода канала, делают вкол иглы на 0,5 см выше и кзади от проекции подбородочного отверстия на кожу (рис. 22, б). Затем продвигают ее вниз, внутрь и кпереди до соприкосновения с костью. Введя 0,5 мл анестетика и осторожно перемещая иглу, находят подбородочное отверстие и входят в канал. Ориентиром может служить ощущение характерного проваливания иглы. Продвигают иглу в канале на глубину 3—5 мм и вводят 1—2 мл обезболивающего раствора. Анестезия наступает через 5 мин. Если иглу не вводить в подбородочный канал, то зона обезболивания, как правило, ограничивается только мягкими тканями подбородка и нижней губы. Обезболивание же в области малых коренных зубов, клыка, резцов и альвеолярного отростка в области этих зубов выражено недостаточно.

Внутриротовой метод. При сомкнутых челюстях больного отводят "мягкие ткани щеки в сторону. Вкол иглы делают, отступя несколько миллиметров кнаружи от переходной складки на уровне середины коронки первого большого коренного зуба (рис. 22, в). Иглу продвигают на глубину 0,75—1 см вниз, кпереди и внутрь до подбородочного отверстия. Последующие моменты выполнения анестезии не отличаются от таковых при внеротовом методе.

Зона обезболивания: мягкие ткани подбородка и нижней губы, малые коренные зубы, клыки и резцы, костная ткань альвеолярного отростка, слизистая оболочка его с вестибулярной стороны в пределах этих зубов. Иногда зона обезболивания распространяется до уровня второго большого коренного зуба. Выраженная анестезия наступает обычно только в пределах малых коренных зубов и клыка.

Эффективность обезболивания в области резцов невелика из-за наличия анастомозов с противоположной стороны.

Осложнения. При повреждении сосудов возможно кровоизлияние в ткани и образование гематомы, появление участков ишемии на коже подбородка и нижней губы.

При травме нервного ствола может развиваться неврит подбородочного нерва. Лечение и профилактика этих осложнений не отличаются от таковых при анестезии других нервов.

Блокада двигательных волокон нижнечелюстного нерва

По Берше. Для выключения жевательного нерва вкол иглы делают перпендикулярно кожным покровам под нижний край скуловой дуги, отступя кпереди от козелка ушной раковины на 2 см. Иглу продвигают горизонтально к средней линии на глубину 2—2,5 см через вырезку нижней челюсти. Вводят 3—5 мл анестетика. Эффект анестезии определяется через 5—10 мин. Выражается он в расслаблении мышц, поднимающих нижнюю челюсть. Используют эту анестезию при наличии воспалительной контрактуры нижней челюсти (в сроки до 10 дней после ее развития). При появлении органических изменений в мышцах добиться открывания рта блокадой нервов не удастся.

По П. М. Егорову. Анестезия позволяет блокировать не только жевательный нерв, но и остальные двигательные ветви нижнечелюстного нерва.

Депонизация анестетика создается на уровне основания переднего ската суставного бугорка у наружной поверхности подвисочного гребня, что позволяет инфильтрировать клетчатку крыловидно-височного, крыловидно-нижнечелюстного пространств и подвисочной ямки. Именно там залегают двигательные ветви.

Врач располагается справа от больного. Фиксирует ногтевую фалангу I пальца левой руки на наружной поверхности головки нижней челюсти и суставного бугорка. Больного просят открыть и закрыть рот, сместить нижнюю челюсть в сторону. Таким образом врач определяет место вкола иглы, которое должно находиться на 0,5—1 см кпереди от суставного бугорка под нижним краем скуловой дуги. Обработав кожу спиртом или спиртовым раствором йода, производят вкол иглы в найденную точку. Иглу продвигают под скуловой дугой несколько вверх (под углом 60—75 ° к коже) до наружной поверхности височной кости. Это расстояние фиксируют II пальцем правой руки и извлекают иглу назад на 0,5—1 см. Затем под прямым углом к поверхности кожи иглу погружают в мягкие ткани на отмеченную II пальцем глубину и вводят 2 мл раствора анестетика.

Обезболивание верхнечелюстного и нижнечелюстного нервов (стволовая анестезия)

При проведении травматических операций, требующих обезболивания в области тканей всей верхней или нижней челюсти, можно блокировать верхнечелюстной нерв у круглого отверстия в крыловидно-небной ямке и нижнечелюстной — у овального отверстия.

Исследованиями С. Н. Вайсблата показано, что наиболее простым и доступным ориентиром при блокаде II и III ветвей тройничного нерва является наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости. Крыловидно-верхнечелюстная щель, которой крыловидно-небная ямка открывается кнаружи, и овальное отверстие находятся в одной плоскости с наружной пластинкой крыловидного отростка. Вход в крыловидно-небную ямку расположен кпереди, а овальное отверстие — кзади от нее (рис. 23, а, 1, 2, 3). Учитывая небольшой объем крыловидно-небной ямки, выполненной сосудами, нервами и клетчаткой, достаточно ввести анестетик в нее с тем, чтобы он проник к круглому отверстию и пропитал верхнечелюстной нерв. Подводить иглу непосредственно к круглому отверстию нет надобности. Для стволковой анестезии необходимо использовать иглу длиной 7—8 см.

Обезболивание верхнечелюстного нерва. Подскулокрыловидный путь обезболивания в крыловидно-небной ямке по С. Н. Вайсблату. С. Н. Вайсблат доказал, что проекция наружной пластинки крыловидного отростка находится на середине предложенной им козелково-глазничной линии (траго-орбитальной), проведенной от козелка ушной раковины до середины отвесной линии, которая соединяет наружный край глазницы с передненижним участком скуловой кости.

Вкол иглы производят по середине траго-орбитальной линии у нижнего края скуловой дуги (рис. 23, б). Иглу продвигают внутрь в горизонтальной плоскости строго перпендикулярно кожным покровам до упора в наружную пластинку крыловидного отростка. Отмечают глубину погружения иглы (обычно 4—6 см) предварительно

насаженным на нее кусочком стерильной резинки. Иглу извлекают несколько больше, чем на половину, поворачивают ее кпереди под углом $15\text{--}20^\circ$ и вновь погружают в ткани на отмеченную глубину. При этом игла достигает крылонебной ямки, куда вводят 2—4 мл раствора анестетика. Через 10—15 мин наступает анестезия.

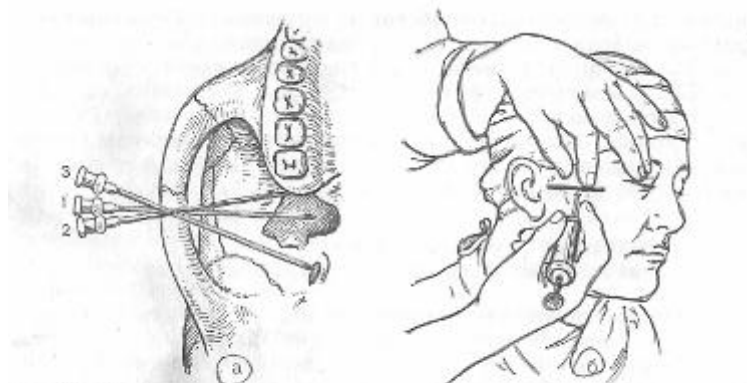


Рис. 23. Положение иглы при обезболивании II и III ветвей тройничного нерва.
а: 1 — игла у наружной пластинки крыловидного отростка клиновидной кости; 2 — игла у входа в крылобугорно-небную ямку; 3 — игла у овального отверстия; б — вход иглы по середине траго-орбитальной линии (по С. Н. Вайсблату).

Подскуловой путь. Вкол иглы делают в место пересечения нижнего края скуловой кости с вертикальной линией, проведенной от наружного края глазницы, т. е. у нижнего края скуловой кости. Иглу направляют кнутри и несколько вверх до соприкосновения с верхнечелюстным бугром. Затем, скользя иглой по кости (шприц отводят кнаружи), продвигают ее на 4—5 см кзади и кнутри, после чего игла попадает в крылонебную ямку несколько выше ее середины. Вводят 2—4 мл раствора анестетика.

Орбитальный путь. Вкол иглы делают в области верхней границы нижнелатерального угла глазницы, что соответствует верхнему краю скуловой кости. Иглу продвигают по наружной стенке глазницы кзади на глубину 4—5 см строго в горизонтальной плоскости. При этом игла не должна терять контакта с костью и отклоняться вверх. На этой глубине игла достигает области круглого отверстия, где вводят 5 мл анестетика (В. Ф. Войно-Ясенецкий). Если иглу провести по нижнеглазничной стенке до нижней глазничной щели, то анестетик через нее проникает в крылонебную ямку, где блокирует верхнечелюстной нерв (С. Н. Вайсблат).

Небный путь (внутриротовой). Иглу вводят в крылонебную ямку через большое небное отверстие и большой небный канал. Войдя в большое небное отверстие, иглу продвигают вверх и кзади по каналу на глубину 3—3,5 см до крылонебной ямки. Вводят 1,5—2 мл анестетика. Способ введения иглы в большое небное отверстие приведен при описании анестезии большого небного нерва.

Зона обезболивания: все ткани и органы, получающие иннервацию от II ветви тройничного нерва.

Обезболивание нижнечелюстного нерва у овального отверстия по С. Н. Вайсблату. Через середину траго-орбитальной линии иглу погружают до наружной пластинки крыловидного отростка так же, как при блокаде верхнечелюстного нерва (см. выше). Затем извлекают ее кнаружи до подкожной клетчатки и, развернув иглу на 1 см кзади, погружают ее в ткани на первоначальную глубину. Игла при этом достигает уровня овального отверстия. Вводят 2—3 мл обезболивающего раствора. Анестезия наступает через 10—15 мин.

Зона обезболивания: все ткани и органы, получающие иннервацию от III ветви тройничного нерва.

Осложнения стволовой анестезии. При проведении стволовой анестезии иглой можно попасть в полость носа или в слуховую трубу и, следовательно, внести инфекцию к основанию черепа. Могут возникнуть диплопия, механическое повреждение отводящего и глазодвигательных нервов. Пропитывание новокаином с адреналином зрительного нерва может вызвать временную потерю зрения. Возможно повреждение внутренней челюстной, осно-вонейной артерии, средней артерии мозговой оболочки, крыловидного венозного сплетения. Профилактика осложнений — тщательное соблюдение техники проведения анестезии.

LXXXI. В практической части занятия после обсуждения темы проводится ознакомление с анатомическими особенностями строения нижней челюсти, анатомией, топографией и зоной иннервации III ветви тройничного нерва, методами торусальной, мандибулярной, ментальной и инфильтрационной анестезии. В аналитической части занятия проводится разбор клинических больных, решение ситуационных задач. В конце занятия преподаватель дает обобщение по теме, обсуждает рассмотренные вопросы, интерпретация задач и тестов с выявлением допущенных ошибок с каждым студентом.

LXXXII. Преподавательские заметки.

1. Занятие начинается с проверки базовых знаний студентов. Раздаются опросные листы и требуются конкретные краткие ответы на поставленные вопросы.
2. Решение контрольных тестов и ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту или ситуационной задаче. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, клиническое мышление и оценивает знание по подготовленным критериям.
3. Практическая часть проводится в поликлинике и стационаре. Занятие проводится на муляжах. Студенты должны знать топографию тройничного нерва, точку выхода III ветви тройничного нерва, зону иннервации, проводить инфильтрационную и проводниковую анестезию на нижней челюсти. В конце занятия проводится итог проделанной работы, преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки, ошибки и ставит рейтинговый балл, объявляя его студентам. Преподаватель отвечает на вопросы студентов, объявляет домашнее задание.

LXXXIII. Раздаточный материал.

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов.
2. Ситуационные задачи.
3. Тесты 1 – уровня сложности.
4. Тесты 2 – уровня сложности.

LXXXIV. Оснащение практического занятия.

1. Диапроектор и слайды.
2. Плакаты, схемы и муляжи.
3. Атлас анатомии человека.
4. Шприцы, анестетики.

LXXXV. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач и рейтинговых баллов. Учитывается практическая работа студентов и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется, выставляется в журнал.

LXXXVI. Самостоятельная работа студентов.

1. Нарисовать структурную схему нижнечелюстного нерва.
2. Нарисовать различные способы анестезии на нижней челюсти.

LXXXVII. Контрольные вопросы.

42. Анатомическое строение нижней челюсти.
43. Нижнечелюстной нерв и зона иннервации.
44. Особенности местной инфильтрационной анестезии на нижней челюсти.
45. Мандибулярная анестезия и зона обезболивания.
46. Торусальная анестезия и зона обезболивания.
47. Ментальная анестезия и зона обезболивания.
48. Внеротовой способ мандибулярной анестезии.
49. Внеротовой способ ментальной анестезии.

50. Анестезия по Берше – Дубову.

LXXXVIII. Литература.

Основная.

8. Учебник хирургической стоматологии. Под редакцией профессора Робустовой Т.Г. Москва. 2000 год.
9. Атлас по анатомии. Синельников Д.Г. Москва, 1983.

Дополнительная.

15. Анатомия человека. Ахмедов К.Н., 1995.
16. Основы хирургической стоматологии. Бернадский Ю.И. Киев. 1984.
17. Стоматология – руководство к практическим занятиям. Под редакцией Боровского Е.В. Москва. 1987.

Тема №7.

МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ. ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА.

LXXXIX. Тема: Местные осложнения при местной анестезии. Причины, диагностика, лечение и профилактика.

XC. Цель занятия: ознакомить студентов с местными осложнениями при проведении местной анестезии.

XCI. Задачи:

- Ознакомить студентов с местными осложнениями местной анестезии;
- Ознакомить студентов с причинами возникновения местных осложнений;
- Научить студентов правильно диагностировать осложнения местной анестезии;
- Научить студентов правильно оказать помощь при возникновении осложнений местной анестезии.

XCII. Ожидаемые результаты.

- Студенты должны знать технику проведения первой медицинской помощи при возникновении осложнений;
- Должны знать причины возникновения местных осложнений;
- Должны знать правильно диагностировать местные осложнения.

XCIII. Содержание практического занятия.

В начале занятия преподаватель объясняет актуальность темы занятия, причины возникновения местных осложнений во время проведения местной анестезии, диагностику осложнений, пути их устранения, профилактику местных осложнений.

Перечень рассматриваемых вопросов.

1. Причины возникновения местных осложнений.
2. Диагностика местных осложнений.
3. Оказание помощи при возникновении осложнений.
4. Профилактика местных осложнений.

XCIV. Краткое изложение рассматриваемых вопросов.

Местные осложнения, возникающие во время удаления зуба

Перелом коронки или корня удаляемого зуба — самое частое из всех местных осложнений. В ряде случаев оно связано со значительным поражением зуба кариозным процессом, иногда зависит от анатомических особенностей строения корня и окружающей костной ткани (длинные, тонкие или сильно изогнутые корни- при толстых межкорневых перегородках и неподатливых стенках лунки, неравномерное утолщение или значительное расхождение корней). Довольно часто это осложнение возникает вследствие нарушения

техники операции: неправильного наложения щипцов, недостаточно глубокого их продвижения, резких движений во время вывихивания зуба, грубого и неправильного применения элеватора и т. д.

В случае перелома корня зуба необходимо продолжить вмешательство и удалить его. Оставление отломанной части корня, как правило, приводит к развитию воспалительного процесса в окружающих тканях. Повторная операция в этом случае проводится через 7—10 дней, к этому сроку воспалительные явления обычно стихают.

Перелом и вывих соседнего зуба может произойти, если этот зуб поражен кариозным процессом или недостаточно устойчив и его используют в качестве опоры во время работы элеватором. При переломе соседнего зуба надо решить вопрос о целесообразности его сохранения и возможности дальнейшего консервативного лечения. При неполном вывихе следует укрепить зуб шиной, при полном вывихе — произвести реплантацию.

Проталкивание корня зуба в мягкие ткани иногда происходит во время удаления третьего нижнего большого коренного зуба. Этому способствует рассасывание в результате патологического процесса тонкой внутренней стенки альвеолы или отламывание ее во время операции. При грубой работе элеватором, когда альвеолярный отросток не фиксируют пальцами левой руки, вывихнутый корень смещается под слизистую оболочку альвеолярного отростка в язычную сторону. При попытке извлечь корень его часто проталкивают еще глубже в ткани подъязычной, реже — поднижнечелюстной области.

Если корень находится под слизистой оболочкой альвеолярного отростка и прощупывается пальцем, то его удаляют после рассечения тканей над ним. Когда удаленный корень обнаружить не удастся, делают рентгенограмму нижней челюсти в прямой и боковой проекциях, по которым устанавливают расположение корня в мягких тканях. Корень, сместившийся в ткани заднего отдела подъязычной или поднижнечелюстной области, удаляют в условиях стационара.

Повреждение десны и мягких тканей полости рта происходит в результате нарушения техники операции и грубой работы врача. Так, при неполном отделении круговой связки от шейки зуба соединенная с ним десна может разорваться во время выведения зуба из лунки. Чаще всего это случается при удалении зубов на нижней челюсти. Происходит разрыв слизистой оболочки с язычной стороны лентообразной формы.

Иногда щипцы накладывают и продвигают на корень или зуб не под контролем зрения, а вслепую (плохое открывание рта, недостаточное освещение операционного поля). Бывает так, что щечки щипцов захватывают десну, раздавливая ее во время смыкания щипцов и вывихивания зуба.

Разрыв слизистой оболочки может произойти, когда щечки щипцов продвигают глубоко под десну, пытаясь захватить верхнюю часть альвеолы. Если десна отделена от кости недостаточно хорошо, то она разрывается вдоль щечек. Предотвратить это осложнение удастся путем рассечения десневых сосочков и круговой связки с наружной и внутренней стороны у двух соседних зубов и отделением слизистой оболочки десны на более значительном протяжении.

Ранение слизистой оболочки щеки, твердого неба, подъязычной области, языка может произойти при соскальзывании инструмента во время продвижения щечек щипцов или элеватора. В целях профилактики этого осложнения врач должен обхватить пальцами левой руки альвеолярный отросток в области удаляемого зуба и защитить окружающие его ткани от случайного повреждения.

Ранение мягких тканей полости рта ведет к кровотечению. Останавливают его путем наложения швов на поврежденную слизистую оболочку. Размозженные участки десны отсекают, разорванные — сближают швами.

Отлом участка альвеолярного отростка. Наложение щечек щипцов на края лунки нередко сопровождается отломом небольшого участка кости. Обычно это не отражается на последующем заживлении.

Иногда в результате патологического процесса в периодонте происходит замещение его костной тканью и корень зуба плотно спаивается со стенкой альвеолы. Во время удаления такого зуба происходит отлом различных по величине участков альвеолярного отростка. Чаще всего их извлекают вместе с зубом, к которому они припаяны. Если отломанный участок кости не извлекается из лунки вместе с зубом, то его отделяют гладилкой или распатором от мягких тканей и удаляют. Образовавшиеся острые края кости сглаживают.

Удаление третьего нижнего большого коренного зуба штыковидным или прямым элеватором иногда приводит к отлому язычной стенки альвеолы. Грубое использование этих инструментов при удалении верхнего третьего большого коренного зуба сопровождается в ряде случаев отрывом заднего отдела альвеолярного отростка, иногда с частью бугра верхней челюсти. Рассчитывать на приживание отломанного участка кости не приходится, его удаляют, рану зашивают или тампонируют марлей, пропитанной йодоформной жидкостью.

Наложение щечек щипцов на альвеолярный отросток и применение большого усилия во время удаления верхних первого и второго больших коренных зубов могут вызвать отлом альвеолярного отростка вместе с соседними зубами и участком дна верхнечелюстной пазухи. Когда отломанная часть альвеолярного отростка сохраняет связь с мягкими тканями, ее репонируют и фиксируют проволоочной или пластмассовой шиной. В остальных случаях ее удаляют, а края раны сближают и зашивают наглухо.

Вывих нижней челюсти может произойти при широком открывании рта и надавливании на челюсть щипцами или элеватором во время удаления нижних малых и больших коренных зубов, что чаще наблюдается у лиц пожилого возраста. Обычно возникает передний односторонний, реже — двусторонний вывих. Клиническая картина его довольно типична: больной не может закрыть рот. При одностороннем вывихе нижняя челюсть смещена в здоровую сторону, при двустороннем — вперед.

Фиксация нижней челюсти левой рукой во время операции устраняет возможность этого осложнения. Если произошел вывих височно-нижнечелюстного сустава, то его вправляют по описанной в соответствующем разделе методике.

Перелом нижней челюсти. Это осложнение весьма редкое и встречается, по данным литературы, в 0,3 % всех случаев переломов нижней челюсти. Перелом нижней челюсти чаще всего происходит вследствие чрезмерного усилия при удалении третьего, реже — второго больших коренных зубов элеватором или долотом. Развитию этого осложнения способствует истончение или рассасывание кости в результате предшествовавшего патологического процесса (радикулярная или фолликулярная киста, амелобластома, хронический остеомиелит и др.). У пожилых людей вследствие атрофии костной ткани челюсти прочность ее снижается.

При нарушении техники удаления зуба возможен перелом челюсти.

Перелом челюсти, возникший во время удаления зуба, не всегда распознается сразу. В послеоперационном периоде у больного возникают боль в челюсти, затрудненное и болезненное открывание рта, невозможность разжевывания пищи. Часто эти явления врач связывает с возможным развитием воспалительного процесса в лунке удаленного зуба. Только после тщательного клинического обследования и рентгенографии удается установить перелом.

Лечение больного с переломом нижней челюсти заключается в репозиции отломков и фиксации их назубными шинами или путем внеочагового или внутриочагового остеосинтеза.

Прободение (перфорация) дна верхнечелюстной пазухи может произойти во время удаления верхних больших, реже — малых коренных зубов. Этому способствуют анатомические особенности взаимоотношения между корнями этих зубов и дном верхнечелюстной пазухи. При пневматическом типе строения пазухи верхушки корней больших и малых коренных зубов отделены от ее дна тонкой костной перемычкой. В области первого и второго больших коренных зубов толщина ее бывает 0,2—1 мм. Иногда верхушки корней этих зубов вдаются в пазуху и выступают над ее дном.

В результате хронического периодонтита кость, отделяющая корни зубов от верхнечелюстной пазухи, рассасывается, ткань патологического очага спаивается с ее слизистой оболочкой. При удалении такого зуба слизистая оболочка пазухи разрывается, образуется сообщение ее с полостью рта через лунку удаленного зуба.

Перфорация дна верхнечелюстной пазухи может произойти и по вине врача. Это бывает при травматичном удалении зуба щипцами или элеватором, разъединении корней в области бифуркации долотом, а также во время обследования лунки хирургической ложкой, когда ее грубо продвигают вверх, пытаясь с усилием удалить грануляционную ткань со дна лунки.

В случае прободения верхнечелюстной пазухи из лунки удаленного зуба выделяется кровь с пузырьками воздуха. Во время выдоха через нос, зажатый пальцами, воздух со свистом выходит из лунки. Хирургическая ложка беспрепятственно погружается на большую глубину. В отдельных случаях появляется кровотечение из соответствующей половины носа. При наличии гнойного процесса в пазухе из лунки зуба выделяется гной.

При вскрытии верхнечелюстной пазухи и отсутствии в ней воспалительного процесса следует добиться образования в лунке кровяного сгустка. Для предохранения его от механического повреждения и инфицирования лунку прикрывают йодоформной турундой. Для удержания ее можно изготовить каппу из быстро-твердеющей пластмассы или наложить лигатурную в виде восьмерки повязку на два соседних зуба. Используют также съемный протез больного.

Если сгусток в лунке сразу не образовался, то на устье ее накладывают небольшой йодоформный тампон и фиксируют его шелковыми швами к краям десны или делают каппу. Через несколько часов после операции лунка заполняется кровью, образуется сгусток. Тампон сохраняется 5—7 дней. В этот период сгусток в лунке организуется, разорванная слизистая оболочка пазухи спаивается и начинает рубцеваться.

Тампонада всей лунки при прободении дна верхнечелюстной пазухи является грубой ошибкой, так как тампон препятствует образованию кровяного сгустка и поэтому способствует формированию постоянного хода в пазуху и развитию гайморита.

ХСV. В практической части занятия после обсуждения темы проводится ознакомление с местными осложнениями встречающимися при проведении местной анестезии, причинами возникновения местных осложнений, диагностикой местных осложнений, путями их устранения, профилактикой местных осложнений. В аналитической части занятия проводится разбор клинических больных, решение ситуационных задач. В конце занятия преподаватель дает обобщение по теме, обсуждает рассмотренные вопросы, интерпретация задач и тестов с выявлением допущенных ошибок с каждым студентом.

ХСVІ. Преподавательские заметки.

1. Занятие начинается с проверки базовых знаний студентов. Раздаются опросные листы и требуются конкретные краткие ответы на поставленные вопросы.
2. Решение контрольных тестов и ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту или ситуационной задаче. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, клиническое мышление и оценивает знание по подготовленным критериям.
3. Практическая часть проводится в поликлинике и стационаре. Занятие проводится на муляжах. Студенты должны знать причины возникновения местных осложнений во время проведения местной анестезии, диагностику осложнений, пути их устранения, профилактику местных осложнений. В конце занятия проводится итог проделанной работы, преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки, ошибки и ставит рейтинговый балл, объявляя его студентам. Преподаватель отвечает на вопросы студентов, объявляет домашнее задание.

ХСVІІ. Раздаточный материал.

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов.
2. Ситуационные задачи.
3. Тесты 1 – уровня сложности.
4. Тесты 2 – уровня сложности.

XCVIII. Оснащение практического занятия.

1. Диапроектор и слайды.
2. Плакаты, схемы и муляжи.
3. Шприцы, анестетики.

XCIX. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач и рейтинговых баллов. Учитывается практическая работа студентов и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется, выставляется в журнал.

С. Самостоятельная работа студентов.

1. Нарисовать структурную схему нижнечелюстного нерва.
2. Нарисовать структурную схему верхнечелюстного нерва.
3. Нарисовать различные способы анестезии на верхней челюсти.
4. Нарисовать различные способы анестезии на нижней челюсти.

СІ. Контрольные вопросы.

51. Введение агрессивных жидкостей.
52. Осложнения при туберальной анестезии.
53. Осложнения при палатинальной анестезии.
54. Осложнения при мандибулярной анестезии.
55. Осложнения при торусальной анестезии.
56. Осложнения при ментальной анестезии.
57. Осложнения при резцовой анестезии.
58. Осложнения при стволовой анестезии.

СІІ. Литература.

Основная.

10. Учебник хирургической стоматологии. Под редакцией профессора Робустовой Т.Г. Москва. 2000 год.
11. Атлас по анатомии. Синельников Д.Г. Москва, 1983.

Дополнительная.

18. Анатомия человека. Ахмедов К.Н., 1995.
19. Основы хирургической стоматологии. Бернадский Ю.И. Киев. 1984.
20. Стоматология – руководство к практическим занятиям. Под редакцией Боровского Е.В. Москва. 1987.

ТЕСТЫ

1. Какое осложнение часто встречаются при туберальной анестезии
 - А) гематома
 - Б) повреждение глазного яблока
 - В) некроз слизистой оболочки
 - Г) участки ишемии на лице
 - Д) неврит
2. При какой анестезии может наблюдаться парез мимических мышц
 - А) мандибулярной анестезии
 - Б) палатинальной
 - В) туберальной
 - Г) резцовой

Д) инфильтрационной

3. При каком виде анестезии возможно внести инфекцию к основанию черепа.

А) орбитальный путь стволочной анестезии

Б) инфраорбитальная

В) мандибулярная

Г) подскуловой путь стволочной анестезии

Д) небная анестезия

1.АД 2. АГ 3. ВГ 4.АБ 5. ДБ

4. Установить соответствие вида анестезии и осложнений

1. инфраорбитальная
2. мандибулярная
3. туберальная
4. резцовая

- А) гематома
- Б) носовое кровотечение
- В) диплопия
- Г) поломка иглы

1. В 2. Г 3. А 4. Б

4. Какое осложнение не бывает при проведении мандибулярной анестезии

- А) Парез мимических мышц
 - Б) Диплопия
 - В) Неврит
 - Г) Носовое кровотечение
 - Д) Зоны ишемии на коже нижней губы и подбородка
1. БГ, 2. АВ, 3. ГД, 4. АВВ, 5. ВГ

6. При анестезии какой нерв может быть поврежден вместе с протоком подчелюстной слюнной железы

- А) язычный
- Б) подязычный
- В) челюстно подязычный
- Г) языко-глоточный
- Д) нижний луночковый

7. Какие осложнения не характерны для палатинальной анестезии

- А) болезненное глотание
- Б) тошнота
- В) гематома
- Г) чувство "инородного тела"
- Д) рвота

8. При попадании анестетика в глазницу может наступить:

- А) диплопия
- Б) слепота
- В) снижение остроты зрения
- Г) нистагм
- Д) нарушение движения глазного яблока

9. Что является непосредственным и более частым осложнением туберальной анестезии?

- А) ранение подвисочного венозного сплетения
- Б) анафилактический шок
- В) ранения верхнечелюстной артерии (гематома)
- Г) повреждения верхнечелюстного нерва
- Д) поломка инъекционной иглы

Ситуационная задача 1

Больному, 33 лет, проводилось удаление 7 зуба по поводу хронического периодонтита. Сразу после инфильтрационной анестезии образовалась гематома с вестибулярной стороны нижнего отдела щечной области слева, диаметром 4,0- 5,0 см. Удаление зуба проведено без особых технических осложнений, но гематома осталась.

1. От чего возникла гематома?
2. Каковы возможные причины осложнения?
3. Профилактика дальнейших осложнений ?
4. Какие могли быть нарушения (ошибки) в технике обезболивания?

Ситуационная задача 2

На прием явился пациент 43 лет, с жалобами на онемение нижней губы справа. Из анамнеза выявлено, что 20 дней назад ему был удален 6 зуб по поводу хронического периодонтита. После чего болела вся правая половина нижней челюсти, затем боли стихли, лунка зажила. Постепенно стало нарастать онемение губы, особенно кожи, которое не проходит до настоящего времени. Из опроса выявлено, что во время обезболивания для удаления зуба больной почувствовал резкий, короткий «болевого удар» в нижнюю челюсть справа. Удаление зуба было безболезненным и без затруднений.

1. В чем причина онемения нижней губы?
2. Какая анестезия могла привести к данному осложнению?
3. Наметьте план лечения осложнения ?

Ситуационная задача 3

Больной 42 лет обратился в поликлинику с жалобами на резкие приступообразные самопроизвольные боли в области 5 верхнего зуба справа. Из анамнеза: зуб беспокоит в течение последних 3 дней, больной не может спать. При осмотре отмечается глубокая кариозная полость в данном зубе, заполненная большим количеством размягченного дентина. Зондирование резко болезненно, перкуссия отрицательная. Терапевт-стоматолог принял решение произвести витальную экстирпацию данного зуба.

1. Какую анестезию необходимо провести перед лечением этого зуба?
2. Развитие каких осложнений возможно при проведении данного вида анестезии?

Тема №8.

ОБЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ. ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА.

- СIII. **Тема:** Общие осложнения при местной анестезии. Причины, диагностика, лечение и профилактика.
- СIV. **Цель занятия:** ознакомить студентов с общими осложнениями при проведении местной анестезии.
- CV. **Задачи:**
- Ознакомить студентов с общими осложнениями местной анестезии;
 - Ознакомить студентов с причинами возникновения общих осложнений;
 - Научить студентов правильно диагностировать осложнения местной анестезии;
 - Научить студентов правильно оказать помощь при возникновении общих осложнений местной анестезии.
- CVI. **Ожидаемые результаты.**
- Студенты должны знать технику проведения первой медицинской помощи при возникновении осложнений;
 - Должны знать причины возникновения общих осложнений;
 - Должны знать правильно, диагностировать общие осложнения.

CVII. Содержание практического занятия.

В начале занятия преподаватель объясняет актуальность темы занятия, причины возникновения общих осложнений во время проведения местной анестезии, диагностику осложнений, пути их устранения, профилактику общих осложнений.

Перечень рассматриваемых вопросов.

1. Причины возникновения общих осложнений.
2. Диагностика общих осложнений.
3. Оказание помощи при возникновении общих осложнений.
4. Профилактика общих осложнений.

CVIII. Краткое изложение рассматриваемых вопросов.

При введении раствора анестетика не должно возникать чувство жжения или болевой реакции. Резкая боль в момент инъекции — грозный признак ошибочного введения вместо анестетика других растворов (нашатырный спирт, формалин, хлорид кальция, этиловый спирт и др.). Если это произошло, то ткани, куда было введено одно из указанных веществ, необходимо инфильтрировать 0,25—0,5 % раствором новокаина и рассечь их. Это уменьшает в тканях концентрацию ошибочно введенного раствора и создает условия для купирования воспалительного процесса в них. Кроме того, следует назначить антибиотики широкого спектра действия, антигистаминные препараты и анальгетики.

Осложнения местного характера, возможные при инфильтрационной или проводниковой анестезии, приведены при описании отдельных методик выполнения их. Приводом осложнения общего характера, которые могут возникать во время или после обезболивания.

Инттоксикация. Токсичность новокаина незначительна. Однако при заболеваниях, когда снижена холинэстеразная активность сыворотки крови (гипертиреоз, тяжелая аллергия, алиментарная дистрофия), при гепатите, циррозе печени токсичность новокаина, лидокаина и тримекаина возрастает. Она значительно увеличивается при попадании местного анестетика в кровяное русло.

Кроме того, токсичность местных анестетиков прямо пропорциональна квадрату его концентрации.

При передозировке новокаина и тримекаина больные предъявляют жалобы на головокружение, головную боль, слабость, тошноту (рвоту), чувство страха. Отмечают бледность кожных покровов и слизистых оболочек, холодный пот, частое поверхностное дыхание, двигательное возбуждение. Могут быть судороги. Артериальное давление значительно снижено, пульс частый и слабый. Однако может быть и брадикардия, обусловленная угнетением бульбарных центров, заканчивающаяся остановкой сердца. Общее возбуждение может перейти в угнетение центральной нервной системы и остановку дыхания.

С появлением первых признаков передозировки препарата необходимо прекратить введение анестетика. При легкой степени отравления больного следует перевести в горизонтальное положение, дать вдыхать пары нашатырного спирта, ввести внутривенно 20 мл 40 % раствора глюкозы с дыхательными analeptиками (кордиамин 1—2 мл), 5 % раствор аскорбиновой кислоты (2—5 мл), сердечные гликозиды — 0,06 % раствор коргликона (1—0,5 мл), 0,05 % раствор строфантина (0,5 мл).

При тяжелой степени отравления для снятия возбуждения вводят внутривенно 1—2 мл 1 % раствора тиопентал-натрия (при показаниях — больше), проводят искусственное дыхание портативным респиратором. Показано также введение дыхательных analeptиков, сосудистых препаратов и сердечных гликозидов в приведенных выше дозировках, изотонического раствора хлорида натрия (500—1000 мл), кровезаменителей (реополиглюкина 500—1000 мл). Кроме того, следует стимулировать диурез (2—4 мл лазикса внутримышечно или внутривенно).

Передозировка адреналина может вызвать признаки интоксикации. Появляются беспокойство, страх, тремор, похолодание кожных покровов, одышка, головная боль, сердцебиение, повышение артериального давления, боли в области сердца. Могут

возникнуть нарушение сердечного ритма, фибрилляция желудочков, потеря сознания, кровоизлияние в мозг, отек легкого.

Оказание помощи. Внутривенно вводят 0,6—1 мл 0,1 % раствора атропина сульфата, 2 мл кордиамина, 0,5 мл 0,05 % раствора строфантина на физиологическом растворе. Необходимо вдыхание амилнитрита, проведение оксигенотерапии. При значительном повышении артериального давления внутривенно вводят 6—8 мл 0,5 % раствора дибазола, 5—10 мл 2,4 % раствора эуфиллина, 5—10 мл 25 % раствора сульфата магния. Назначают 1—2 таблетки нитроглицерина под язык.

Обморок. Это относительно часто встречающееся осложнение, которое может развиваться на любом этапе проведения местной анестезии. Оно обусловлено острой аноксией головного мозга. Обморок характеризуется появлением головокружения, звоном в ушах, тошнотой, зевотой. Кожные покровы становятся бледными, влажными. Зрачки расширяются. Пульс слабый, частый, артериальное давление низкое. Дыхание поверхностное, редкое. Наступает потеря сознания с выключением мышечного тонуса.

Оказание помощи. Больному следует придать горизонтальное положение, обеспечить приток свежего воздуха. Дать вдыхать пары нашатырного спирта. Кожу лица, шеи следует обтереть полотенцем, смоченным в холодной воде. Эти простейшие мероприятия оказываются эффективными. Крайне редко возникает необходимость во введении сосудистых средств и дыхательных analeптиков (кордиамин, кофеин, эфедрин) внутримышечно в терапевтических дозировках.

Профилактика обморока заключается в создании спокойной обстановки в отделении, снятии психоэмоционального напряжения перед вмешательством (премедикация седативными препаратами). Нужно ослабить воротник одежды для устранения раздражения каротидного синуса, исключить резкие движения головой. Вкол иглы производят на высоте глубокого вдоха (отвлекающий момент для больного).

Коллапс — проявление сосудистой недостаточности. Сознание у больного сохранено. Отмечаются вялость, апатия, головокружение. Кожные покровы бледные, холодные, влажные на ощупь. Пульс частый, нитевидный, плохого наполнения. Артериальное давление низкое, дыхание поверхностное.

Оказание помощи. Больного необходимо перевести в горизонтальное положение или положение Тренделенбурга. Внутривенно следует ввести 20—60 мл 40 % раствора глюкозы с 2—5 мл 5 % раствора аскорбиновой кислоты, 2—3 мл кордиамина, 1—2 мл 10 % раствора кофеина. Внутримышечно можно медленно ввести 1 мл 0,1 % раствора стрихнина. Показано введение 10 % раствора хлорида кальция (10 мл). При неэффективности проводимой терапии можно ввести 0,3—0,5 мл 5 % раствора эфедрина или 1 % раствора мезатона в 20 мл 40 % раствора глюкозы. По показаниям может быть применен 0,1 % раствор норадреналина гидрохлорида в 400 мл полиглюкина (капельно), 30—60 мл преднизолона. Следует помнить, что на 1 г сухого вещества глюкозы необходимо ввести 5 ЕД инсулина. Терапию следует проводить на фоне ингаляции кислорода.

Анафилактический шок. Новокаин занимает четвертое место среди препаратов, вызывающих лекарственный анафилактический шок. Это грозное осложнение чаще развивается у лиц с заболеваниями аллергической природы или перенесших аллергическую реакцию на какой-либо препарат; у больных, ближайшие родственники которых имеют отягощенный аллергологический анамнез. Различают типичную форму, кардиальный, астмоидный, церебральный и абдоминальный варианты анафилактического шока. По течению его выделяют молниеносную, тяжелую, средней тяжести, легкую формы.

При типичной форме у больных через некоторое время после введения лекарственного препарата (анестетика) появляются чувство страха, беспокойство, покалывание и зуд кожи лица, головы, рук, шум в ушах, головная боль, потливость. Покраснение лица сменяется резкой бледностью. Могут быть судороги, иногда — потеря сознания. Зрачки расширяются и не реагируют на свет. Чувство тяжести за грудиной сменяется резкой болью в области сердца. Отмечаются тахикардия, значительное снижение артериального давления. Неприятные ощущения в эпигастриальной области

могут перерасти в коликообразные боли в животе, тошнота может закончиться рвотой. У некоторых больных отмечаются вздутие живота, непроизвольная дефекация и мочеиспускание. Появляется одышка различной степени — от затрудненного дыхания до асфиксии.

При других формах шока преобладают признаки поражения соответствующих органов.

Тяжелая и молниеносная форма анафилактического шока может быстро закончиться летальным исходом. При средней тяжести и легкой форме удастся выявить указанные выше признаки.

Оказание помощи. Необходимо обеспечить проходимость верхних дыхательных путей: повернуть голову больного на бок, вытянуть язык, очистить рот от рвотных масс, выдвинуть нижнюю челюсть вперед, начать искусственное дыхание (в зависимости от клинической ситуации). Для прекращения поступления антигена в кровь зону введения последнего следует обколоть 0,5 мл 0,1 % раствора адреналина, разведенного в 5—10 мл изотонического раствора хлорида натрия или, если это технически невозможно, по ходу введения антигена инъецировать 1 мл адреналина. Следует ввести антигистаминные препараты (2—4 мл 1 % раствора димедрола или 2—3 мл 2,5 % раствора супрастина, 2 мл 2,5 % раствора пипольфена), 3—5 мл 3 % раствора преднизолона, 0,5 мл 0,1 % раствора адреналина гидрохлорида (внутривенно или внутримышечно). Хороший эффект дает введение 100—120 мл 5 % эпислон-аминокапроновой кислоты. Если имеются признаки прогрессирования бронхоспазма, показано введение 2,4 % раствора эуфиллина (10 мл) или 0,5 % раствора изадрина (2 мл). Для поддержания сердечной деятельности вводят диуретики и сердечные гликозиды: 2—4 мл лазикса, 1—0,5 мл 0,06% раствора коргликона. Эта терапия проводится на фоне ингаляции кислорода. Лекарственные препараты следует вводить внутривенно. Внутримышечное инъецирование малоэффективно.

При отсутствии улучшения в состоянии больного следует повторить введение препаратов. При показаниях проводят сердечно-легочную реанимацию.

Больные, перенесшие анафилактический шок, должны быть госпитализированы в специализированное отделение из-за опасности поздних осложнений со стороны сердца, почек, желудочно-кишечного тракта.

Профилактика осложнения заключается в тщательном анализе аллергологического анамнеза.

СIX. В практической части занятия после обсуждения темы проводится ознакомление с общими осложнениями встречающимися при проведении местной анестезии, причинами возникновения общих осложнений, диагностикой общих осложнений, путями их устранения, профилактикой общих осложнений. В аналитической части занятия проводится разбор клинических больных, решение ситуационных задач. В конце занятия преподаватель дает обобщение по теме, обсуждает рассмотренные вопросы, интерпретация задач и тестов с выявлением допущенных ошибок с каждым студентом.

СХ. Преподавательские заметки.

1. Занятие начинается с проверки базовых знаний студентов. Раздаются опросные листы и требуются конкретные краткие ответы на поставленные вопросы.
2. Решение контрольных тестов и ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту или ситуационной задаче. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, клиническое мышление и оценивает знание по подготовленным критериям.
3. Практическая часть проводится в поликлинике и стационаре. Занятие проводится на муляжах. Студенты должны знать причины возникновения общих осложнений во время проведения местной анестезии, диагностику осложнений, пути их устранения, профилактику общих осложнений. В конце занятия проводится итог проделанной работы, преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки, ошибки и ставит

рейтинговый балл, объявляя его студентам. Преподаватель отвечает на вопросы студентов, объявляет домашнее задание.

CXI. Раздаточный материал.

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов.
2. Ситуационные задачи.
3. Тесты 1 – уровня сложности.
4. Тесты 2 – уровня сложности.

CXII. Оснащение практического занятия.

1. Диапроектор и слайды.
2. Плакаты, схемы и муляжи.
3. Шприцы, анестетики.

CXIII. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач и рейтинговых баллов. Учитывается практическая работа студентов и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется, выставляется в журнал.

CXIV. Самостоятельная работа студентов.

1. Нарисовать структурную схему нижнечелюстного нерва.
2. Нарисовать структурную схему верхнечелюстного нерва.
3. Нарисовать различные способы анестезии на верхней челюсти.
4. Нарисовать различные способы анестезии на нижней челюсти.

CXV. Контрольные вопросы.

59. Интоксикация. Клиника.
60. Лечение при интоксикации.
61. Обморок. Клиника.
62. Лечение при обмороке.
63. Коллапс. Клиника.
64. Лечение при коллапсе
65. Помощь при анафилактическом шоке.
66. Профилактика осложнений.

CXVI. Литература.

Основная.

12. Учебник хирургической стоматологии. Под редакцией профессора Робустовой Т.Г. Москва. 2000 год.
13. Атлас по анатомии. Синельников Д.Г. Москва, 1983.

Дополнительная.

21. Анатомия человека. Ахмедов К.Н., 1995.
22. Основы хирургической стоматологии. Бернадский Ю.И. Киев. 1984.
23. Стоматология – руководство к практическим занятиям. Под редакцией Боровского Е.В. Москва. 1987.

ТЕМА 9

**ПОТЕНЦИРОВАННАЯ МЕСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ. ВЫБОР
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ И ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ К
ХИРУРГИЧЕСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ
СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.**

Цель занятия.

- ознакомить студентов с потенцированной местной анестезией
- ознакомить с выбором обезболивания и подготовить больных к хирургическому вмешательству

-ознакомить студентов с методами обезболивания при проведении хирургических вмешательств с сопутствующими заболеваниями

Задачи практического занятия

1. Повторить виды местной анестезии
2. Объяснить студентам по тентированную местную анестезию
3. Рассмотреть лекарственную подготовку больных при хирургических вмешательствах в амбулаторных условиях
4. Рассмотреть лекарственную подготовку больных при хирургических вмешательствах в условиях стационара
5. Знать группу лекарственных препаратов применяемых для тентированного обезболивания
6. Рассмотреть выбор обезболивания и подготовка больных к хирургическому вмешательству при сопутствующих заболеваниях

Ожидаемые результаты

- студенты должны знать местную анестезию
- студенты должны знать местные анестетики и их дозировку
- студенты должны знать группу лекарственных средств применяемых до и во время операции
- студенты должны знать препараты применяемые для тентирования в условиях поликлиники
- студенты должны знать группу лекарственных средств применяемых в условиях стационара и их дозировку

Содержание практического занятия

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание студентов на проблемах обезболивания и его видах. Особенно акцентирует внимание на выключение болевой чувствительности в операционной ране с помощью местного обезболивания, проводимого на фоне лекарственной подготовки, обеспечивающей понижение реактивности организма и общую анальгезию. В теоретической части, прежде чем рассматривать вопросы изучаемой темы преподаватель повторяет полученные прежде знания о понятиях обезболивания.

Перечень рассматриваемых вопросов

- 1 Потенцированная местная анестезия в условиях поликлиники
- 2 Потенцированная местная анестезия в условиях стационара
- 3 Лекарственные препараты применяемые для тентирования
- 4 Выбор обезболивания для пожилого и старческого возраста
- 5 Лекарственная подготовка больных с гипертонической болезнью
- 6 Лекарственная подготовка больных с хронической недостаточностью, либо с приобретенными пороками сердца
- 7 Лекарственная подготовка при эмфиземе и бронхиальной астме, сахарном диабете и тиреотоксикозе
- 8 Тактика врача к больному с отягощенным аллергическим анамнезом

Краткое изложение рассматриваемых вопросов

Выключение болевой чувствительности в операционной ране с помощью местного обезболивания, проводимого на фоне лекарственной подготовки, обеспечивающей понижение реактивности организма и общую анестезию, называют потенцированной местной анестезией.

В условиях поликлиники для потенцирования применяют транквилизаторы в сочетании с ненаркотическими анальгетиками. Реже эти вещества комбинируют с антигистаминными препаратами и наркотическими анальгетиками. Среди транквилизаторов наибольшее распространение получили элениум, седуксен, триоксазин, феназепам и др.

В поликлинике врач-стоматолог должен применять транквилизаторы в зависимости от характера психоэмоционального напряжения у больного. При выраженной невротической реакции, сопровождающейся повышенной раздражительностью, рациональнее использовать седуксен внутривенно (0,3 мг/кг) в сочетании с анальгетиком лексиром (0,5 мг/кг). При умеренной негативной реакции можно назначить триоксазин, феназепам, седуксен внутрь.

В стационаре подготовку проводят накануне дня операции или (по показаниям) за несколько дней. На ночь назначают снотворные, антигистаминные препараты, малые транквилизаторы. За 3 ч до операции эти препараты дают повторно. Дополнительно внутримышечно вводят наркотики и витамины (группы В и С). За 45 мин до операции внутримышечно применяют «коктейль», состоящий из растворов наркотика, антигистаминных препаратов, М-холинолитика. Вместо этих препаратов (иногда вместе с ними) можно вводить седуксен или средства, используемые для нейролептаналгезии (дроперидол, фентанил).

Для пожилого и старческого возраста характерно особое состояние организма, отличающееся снижением компенсаторных и адаптационных возможностей при экстремальных воздействиях. Связано это и с атеросклеротическими изменениями коронарных, почечных и мозговых сосудов.

Страдающие гипертонической болезнью часто реагируют подъемом артериального давления на обстановку хирургического кабинета из-за боязни оперативного вмешательства и беспокойства за его исход. Эмоциональное напряжение может спровоцировать гипертонический Криз, на фоне которого, нередко развивается острая левожелудочковая недостаточность. Болевое раздражение также способно вызвать значительный подъем артериального давления. Поэтому больные, страдающие гипертонической болезнью, требуют хорошей седативной, а иногда и гипотензивной подготовки и обязательного проведения эффективного обезболивания.

У больных с хронической коронарной недостаточностью и ИБС необходимо предупредить опасность возникновения острых расстройств коронарного кровообращения. Этим больным перед хирургическим вмешательством должна быть проведена хорошая седативная подготовка. Показано применение антигистаминных препаратов (супрастин, диазолин). Перед хирургическим вмешательством с профилактической целью применяют коронаролитики (валидол, нитроглицерин под язык, 1—2 мл 2 % раствора папаверина гидрохлорида или 1—2 мл 2 % раствора но-шпы внутримышечно).

У больных с приобретенными пороками сердца целесообразно перед стоматологическим хирургическим вмешательством провести курс поддерживающей терапии сердечными гликозидами (строфантин или коргликон).

При эмфиземе легких и пневмосклерозе уменьшены жизненная емкость легких и дыхательно-перфузионный коэффициент. Это обуславливает развитие гипоксической гипоксии и гиперкапнии.

Бронхиальная астма — заболевание, этиологическим моментом которого является аллергический и инфекционный компоненты. Риск анестезии у больных бронхиальной астмой возрастает, так как они относятся к числу лиц с отягощенным аллергологическим анамнезом.

Сахарным диабетом страдают 1—2% населения. При этом заболевании нарушен жировой и сахарный обмен. Каждый больной сахарным диабетом, если ему

не показано экстренное оперативное вмешательство, должен получить корректирующую терапию.

Тактика по отношению к больным с отягощенным аллергологическим анамнезом. Основой профилактики аллергических осложнений в условиях стоматологической поликлиники является тщательно собранный анамнез (в том числе и аллергологический) и анализ его данных.

Эти данные, по мнению А. С. Лопатина (1983), позволяют разделить всех больных на две категории: 1) с неотягощенным аллергологическим анамнезом и 2) с отягощенным аллергологическим и фармакотерапевтическим анамнезом.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр. При этом оцениваются знания как студента «больного»- правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента «врача»- насколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия и уровня сложности. В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов, правильности проведения этапов обследования больных, интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

Преподавательские заметки

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам, содержащим контрольные вопросы (приложение 1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме кратко. Четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками.(45 минут).

2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 4-5 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность имитирования их, оценивает знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия (приложение 2). Дается 5-7 минут обдумывания, и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остаётся в стороне от усвоения темы занятия.(45минут)

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палате, перевязочной).

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на последовательность этапов обследования: осмотр, пальпацию, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель проводит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи второго уровня для контроля усвоения данной темы (приложение 4) (15минут).

4. В конце занятий подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

- a контрольные вопросы
- b темы самостоятельных работ

с перечень дополнительной литературы (24 минуты)

Раздаточный материал

1. контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4)
2. ситуационные задачи (приложение 2)
3. тесты I уровня сложности (приложение 3)
4. тесты II уровня сложности (приложение 4)

Оснащение практического занятия

- 1 анестетики
- 2 препараты с дозировкой фармакологических веществ
- 3 инструменты для обследования
- 4 диапроектор слайды
- 5 муляжи
- 6 плакаты, альбомы
- 7 череп
- 8 рентгенологические снимки больных

Виды контроля знаний, умений и навыков

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больными, заполнение медицинской документации) и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал.

Дастся возможность улучшить оценку в течение недели после дополнительной подготовки в неурочное время

Самостоятельная подготовка студентов

- 1 Особенности обезболивания больных с гипертонической болезнью
- 2 Тактика врача при проведении обезболивания больному с сахарным диабетом

Контрольные вопросы

- 1 понятие о потенцированной местной анестезии
- 2 лекарственная подготовка больных в условиях поликлиники
- 3 лекарственная подготовка больных в условиях стационара
- 4 выбор метода обезболивания у лиц пожилого и старческого возраста
- 5 выбор метода обезболивания страдающих гипертонической болезнью
- 6 выбор метода обезболивания у больных с хронической коронарной недостаточностью
- 7 выбор метода обезболивания у больных с приобретенными пороками сердца
- 8 выбор метода обезболивания у больных с эмфиземой легких и пневмосклерозом
- 9 выбор метода обезболивания у больных с бронхиальной астмой
- 10 выбор метода обезболивания у больных с сахарным диабетом
- 11 выбор метода обезболивания с нарушением функций почек
- 12 выбор метода обезболивания с хронической почечной недостаточностью
- 13 выбор метода обезболивания у больных с отягощенным аллергологическим анамнезом

Литература

Т.Г.Робустова Хирургическая стоматология стр 85-92

Тесты

- 1 .Для пролонгирования анестезии используют:
А) 0.1% раствор адреналина гидрохлорида
Б) фелипресин

- В) супрастин
- Г) тавегил
- Д) димедрол

2. Укажите дозу адреналина, используемого для потенцирования анестезии.

- А) 1:100000
- Б) 1:10000
- В) 1:1000
- Г) 1:1000000
- Д) 1:100

Ситуационная задача 1.

В клинику поступил больной 56 лет с диагнозом «Карбункул подглазничный области слева. Сахарный диабет средней тяжести». Из анамнеза: больной страдает диабетом в течение 10 лет, уровень сахара в крови 16 ммоль/л. Общее состояние больного средней тяжести, жалобы на резкие головные боли, общее недомогание, температура тела 38.4 градуса.

1. В консультации какого специалиста нуждается больная?
2. Как подготовить больного к операции?
3. Выберите метод обезболивания?
4. Какие препараты можно использовать с целью усиления местных анестетиков?

Ситуационная задача 2

К стоматологу на прием обратилась пациентка 49 лет с целью санации и подготовки полости рта к протезированию. Она испытывает выраженное нервно-психическое напряжение и находится в состоянии ситуационно-эмоционального стресса перед предстоящим множественным удалением корней зубов. От наркоза больная отказалась, было решено провести удаление зубов и корней под местной инфильтрационной анестезией.

1. Какие препараты способны снять психо-эмоциональное напряжение больной?
2. Какие препараты могут усиливать действие анестетиков?
3. Отличие в назначении транквилизаторов в поликлинике и стационаре?
4. Какие виды обезболивания могут быть использованы при удалении корней зубов?

ТЕМА №10

ОБЩЕЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ. ПОКАЗАНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ НАРКОЗА В ПОЛИКЛИНИКЕ. НАРКОЗ И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ПРОВЕДЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К НАРКОЗУ. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ НАРКОЗА В ПОЛИКЛИНИКЕ.

Цель занятия

- ознакомить студентов с видами общего обезболивания, показаниями и особенностями проведения наркоза
- ознакомить студентов с показаниями и противопоказаниями наркоза, фармакологическими препаратами

Задачи практического занятия

1. Студент должен знать понятия об общем обезболивании и его видах
2. Знать показания и противопоказания к наркозу
3. Знать проведение наркоза в амбулаторных условиях
4. Анализировать противопоказания к проведению наркоза
5. Знать фармакологические вещества применяемые для наркоза

Ожидаемые результаты

- студенты должны знать местную анестезию
- студенты должны знать местные анестетики и их дозировку
- студенты должны знать группу лекарственных средств применяемых до и во время операции

- студенты должны знать препараты применяемые для потенцирования в условиях поликлиники
- студенты должны знать группу лекарственных средств применяемых в условиях стационара и их дозировку

Содержание практического занятия

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание на проблемах обезболивания, подготовку больных к наркозу, объясняет необходимость знания показаний и противопоказаний к наркозу.

Перечень рассматриваемых вопросов

- 1) понятие об обезболивании
- 2) наркоз и его виды
- 3) подготовка больных к наркозу в условиях поликлиники
- 4) показания и противопоказания к наркозу в поликлиники
- 5) фармакологические вещества применяемые для наркоза

Краткое изложение рассматриваемых вопросов

Общее обезболивание (анестезия) - состояние обратимого торможения центральной нервной системы, достигаемое фармакологическими средствами, воздействием физических или психических факторов. Оно предполагает подавление восприятия болевых раздражений, достижение нейровегетативной блокады и мышечной релаксации, выключение сознания, поддержание адекватного газообмена и кровообращения, регуляцию обменных процессов. К общему обезболиванию относят наркоз, нейролептаналгезию, атаралгезию, центральную анальгезию, аудио анестезию и гипноз.

Наркоз. Для достижения наркоза чаще используют фармакологические средства (вещества), реже - физические факторы (электронаркоз). Средства, которыми проводят наркоз, называются наркотическими (общие анестетики). Различают ингаляционный и неингаляционный наркоз.

Ингаляционный наркоз проводится жидкими (парообразными) анестетиками (диэтиловый эфир, фторотан, трихлорэтилен, пентран, хлороформ) или наркотическими газами (закись азота, циклопропан). Они поступают в организм через легкие. Ингаляционный наркоз проводят с помощью ротоносовой или носовой масок (масочный наркоз), назофарингеальной трубки (назофарингеальный), эндотрахеальной трубки, когда наркотическая смесь, минуя верхние дыхательные пути, поступает непосредственно в трахею и бронхи (эндотрахеальный, или интубационный, наркоз). Интубировать больного можно через рот или нос с помощью ларингоскопа под контролем зрения, через нос вслепую (без помощи ларингоскопа), по строгим показаниям через трахеостому. Основное преимущество ингаляционного наркоза — хорошая управляемость.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр. При этом оцениваются знания как студента «больного»- правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента «врача»- на сколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия и уровня сложности. В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов правильности проведения этапов обследования

больных интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

Преподавательские заметки.

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам содержащим контрольными вопросы (приложение 1), Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме кратко. Четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками.(45 минут).

2. Решение контрольных тестов ,ситуационных задач Каждому студенту дается по одному тесту(приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-4 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение - задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность имитирования их, оценивает знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задачи по теме занятия (приложение 2). Дается 5-7 минут обдумывания, и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остаётся в стороне от усвоения темы занятия.(45минут)

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на последовательность этапов обследования: осмотр, пальпацию, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель проводит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи второго уровня для контроля усвоения данной темы (приложение 4) (15минут).

4. В конце занятий подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

- a) контрольные вопросы
- b) темы самостоятельных работ
- c) перечень дополнительной литературы (24 минуты)

Раздаточный материал

контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4)
ситуационные задачи (приложение 2)
тесты I уровня сложности (приложение 3)
тесты II уровня сложности (приложение 4)

Оснащение практического занятия

- 1 инструменты для обследования
- 2 диапроектор, слайды
- 3 муляжи

- 4 плакаты, альбомы
- 5 череп
- 6 рентгенологические снимки больных

Виды контроля знаний, умений и навыков

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал.

Дастся возможность улучшить оценку в течение недели после дополнительной подготовки в неурочное время

Самостоятельная работа студентов

- контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4)
- ситуационные задачи (приложение 2)
- тесты I уровня сложности (приложение 3)
- тесты II уровня сложности (приложение 4)

Контрольные вопросы

- 1 Что такое обезболивания и его виды
- 2 Наркоз и его виды
- 3 Ингаляционный наркоз и применяемые фармакологические вещества
- 4 Неингаляционный наркоз его виды и применяемые фармакологические препараты
- 5 Подготовка больных к наркозу в поликлиники
- 6 Показания к наркозу в поликлиники
- 7 Противопоказания к наркозу в поликлиники
- 8 Фармакологические вещества применяемые для наркоза и их характеристика

Литература

Т.Г.Робустова Хирургическая стоматология стр 30-38

Тесты I –го уровня

1 .Для ингаляционного наркоза используется:

- А)Фторотан
- Б) калипсол
- В) дроперидол
- Г) оксибутират натрия
- Д) кеталар

2.Для неингаляционного наркоза используется :

- А) гексенал
- Б) эфир
- В) хлороформ
- Г) закись азота
- Д) фторотан

Ситуационная задача 1.

В поликлинику обратился больной 20 лет после боксерской тренировки с жалобами на невозможность закрыть рот, нарушение речи, формы лица после удара. С момента травмы прошло 4 часа. При осмотре рот у больного открыт, при пальпации в пред ушной области с обеих сторон пальпируются суставные головки суставные головки нижней челюсти. Больному поставлен диагноз «Двусторонний вывих нижней челюсти». Со слов больного, у него аллергия на все виды местных анестетиков.

1. Какой вид общего обезболивания следует применить в данном случае?
2. Какие препараты используют при внутривенном наркозе?
3. Как подготовить больного к наркозу?

Ситуационная задача 2.

Больной 40 лет доставлен в стационар из психиатрического диспансера с диагнозом «Перелом тела нижней челюсти на уровне нижнего левого пятого зуба без смещения» из психиатрического диспансера. Больному решено наложить шины Тигерштедта. Попытка сделать проводниковую анестезию у больного не удалась из-за неадекватного поведения.

1. Какой вид общего обезболивания следует применить?
2. Какие препараты можно использовать для наркоза?
3. Перечислите показания для наркоза в данном случае?
4. Подготовка больного к наркозу?

ТЕМА №11

ПРОВЕДЕНИЕ НАРКОЗА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛИЦЕ И В ПОЛОСТИ РТА. ОСЛОЖНЕНИЯ НАРКОЗА. ОСНОВЫ РЕАНИМАЦИИ. ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОГО НАРКОЗА В СТОМАТОЛОГИИ.

Цель занятия

Ознакомить студентов с проведением наркоза в условиях стационара при операциях на лице и в полости рта

Ознакомить с осложнениями наркоза и с основами реанимации.

Задачи практических занятий

- рассмотреть вопросы проведения наркоза в условиях стационара
- рассмотреть возможные осложнения наркоза
- обсудить и проанализировать основы реанимации
- проанализировать особенности эндотрахеального наркоза в стоматологии

Ожидаемые результаты

1. Уметь подготовить больных к наркозу в условиях стационара.
2. Знать показания и противопоказания к наркозу в стационаре.
3. Знать показания к эндотрахеальному наркозу.
4. Понимать важность основ реанимации.
5. Знать осложнения наркоза.

Содержание практического занятия

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание на проблемах наркоза в условиях стационара, объясняет показания и противопоказания к наркозу и основы реанимации.

Перечень рассматриваемых вопросов

1. Подготовка больных к наркозу в условиях стационара.
2. Особенности эндотрахеального наркоза.
3. Показания и противопоказания к эндотрахеальному наркозу.
4. Принципы сердечно-легочной реанимации.

Краткое изложение рассматриваемых вопросов

Подготовка больного к наркозу.

Перед наркозом и операцией больному проводят комплекс подготовительных мероприятий, включая психотерапию, подготовку полости рта и желудочно-

кишечного тракта, введение лекарственных препаратов со строго определенной целью.

Психологическая подготовка, проводимая лечащим врачом, предполагает создание благоприятного эмоционального фона. Начинают ее сразу после поступления больного в стационар. Эффект психологической подготовки может быть усилен назначением малых транквилизаторов.

Полость рта, носа и глотка должны быть санированы, подвижные зубы (особенно фронтальные) укреплены каппами.

Вечером и накануне операции больного не кормят во избежание рвоты и регургитации во время наркоза. На ночь перед операцией очищают прямую кишку с помощью клизмы. Больной должен опорожнить мочевой пузырь.

Особенности эндотрахеального наркоза. Эндотрахеальный наркоз у стоматологических больных проводится так же, как у больных общего хирургического профиля. Однако характер патологического процесса в челюстно-лицевой области может создать значительные трудности для интубации трахеи. Это заболевания, при которых плохо или вообще не открывается рот (анкилозы и контрактуры), опухоли в области языка, дна полости рта, глотки, гортани, микрогения, макрогнатия, микростома, рубцы в области шеи и др.

У таких больных в ряде случаев интубацию трахеи удастся провести только с помощью фиброскопа. Возникает необходимость в особенно тщательной и надежной фиксации интубационной трубки, так как перемещение головы больного во время операции может привести к экстубации. Возможен также перегиб трубки с развитием дыхательной недостаточности. Во время наркоза и операции опасность аспирации крови и слюны почти исключена, а проходимость верхних дыхательных путей обеспечена (при постоянном контроле). Однако в послеоперационном периоде из-за отека мягких тканей языка, дна полости рта, наличия раневого отделяемого во рту, анатомических изменений тканей в области верхних дыхательных путей возможно развитие дыхательной недостаточности.

Показания к эндотрахеальному наркозу. Эндотрахеальный наркоз показан при оперативных вмешательствах в челюстно-лицевой области, которые сопровождаются опасностью нарушения проходимости верхних дыхательных путей вследствие изменения анатомических соотношений тканей и органов полости рта, рото- и носоглотки; при угрозе аспирации крови, слюны и инородных тел в трахею и бронхи. Применяют его при длительных и травматичных операциях, когда возникает необходимость в предотвращении нарушений со стороны внутренних органов и систем; при операциях на мягких тканях лица, когда наркозная маска закрывает операционное поле; при проведении реанимационных мероприятий.

Противопоказания к эндотрахеальному наркозу. Ими являются острые респираторные заболевания верхних дыхательных путей, острые бронхиты, фарингиты, пневмонии, инфекционные заболевания, острые заболевания печени и почек, инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая недостаточность в стадии декомпенсации, острые заболевания желез внутренней секреции.

Особенности наркоза. Проводя наркоз в условиях поликлиники, следует применять общий анестетик, обеспечивающий быстрое засыпание и быстрое пробуждение больного без побочных явлений.

Показания к наркозу. Различают общие и специальные показания к наркозу. Общими показаниями, предопределяющими выбор наркоза как способа обезболивания, являются:

1. Аллергические реакции на введение местного анестетика (покраснение кожных покровов, зуд, высыпания на коже, бледность, тошнота, рвота, падение артериального давления или анафилактический шок).

2. Повышенная чувствительность к местному анестетику (не переносимость), когда введение терапевтической или более низкой дозы его сопровождается признаками интоксикации.

3. Неэффективность или невозможность местного обезболивания (рубцово-измененные ткани, анатомические изменения в силу приобретенных дефектов, наличие очагов гнойного воспаления и т. д.).

4. Неуравновешенность (лабильность) психики больного (не преодолимый страх перед предстоящим вмешательством, боязнь стоматологического кресла и инструментов).

5. Неполноценность психики больного (олигофрения, последствия перенесенного менингита и т. д.).

6. Травматичность вмешательства.

7. Оперативные вмешательства у детей

Противопоказания к наркозу. Основными противопоказаниями к наркозу в поликлинике являются: острые заболевания паренхиматозных органов, сердечно-сосудистая недостаточность в стадии декомпенсации, инфаркт миокарда и постинфарктный период до 6 мес, постинфарктный синдром, выраженная анемия, тяжелая форма бронхиальной астмы, острое алкогольное или наркотическое опьянение, заболевания надпочечников (феохромоцитомы и др.), длительный прием глюкокортикоидных препаратов (кортизон, гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон и др.), острые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, пневмония, выраженный тиреотоксикоз, некомпенсированный сахарный диабет, частые приступы эпилепсии, полный желудок.

Остановка сердца и дыхания приводит к клинической смерти, продолжительность которой — 3—5 мин. Вслед за этим наступает биологическая смерть с необратимыми изменениями в организме. После остановки сердца адекватная функция головного мозга при нормальной температуре тела сохраняется лишь в течение 3—5 мин. Поэтому реанимационные мероприятия, направленные на оживление организма, должны быть начаты немедленно после появления признаков остановки сердца и дыхания, т. е. клинической смерти.

Признаки клинической смерти: 1) отсутствие сознания; 2) отсутствие пульса на крупных артериях (сонная, бедренная); 3) отсутствие дыхания; 4) расширение зрачков и отсутствие реакции их на свет.

Сердечно-легочная реанимация предусматривает восстановление проходимости дыхательных путей, искусственную вентиляцию легких, искусственное поддержание кровообращения путем закрытого массажа сердца, введение лекарственных средств и электрокардиографический контроль эффективности проводимых мероприятий, дефибрилляцию сердца, интенсивную терапию в постреанимационном периоде, направленную на нормализацию функций организма.

Восстановление проходимости дыхательных путей должно быть осуществлено с минимальной затратой времени. Обтурация дыхательных путей (частичная или полная) может возникнуть вследствие западания языка, наличия во рту и глотке слизи, рвотных масс, крови, инородных тел, ларинго- или бронхоспазма. Больного надо уложить на спину (на твердую поверхность), запрокинуть голову назад, вывести нижнюю челюсть вперед и открыть рот, очистив его от слизи, крови, рвотных масс, инородных тел. После этого следует начать искусственную вентиляцию методом активного вдувания воздуха (кислорода) в легкие больного по способу «изо рта в рот» или «изо рта в нос», через S-образную трубку или с помощью портативного дыхательного аппарата РПА-1 или РДА-1 (типа «кузнечного меха» или мешка Амбу). В одну минуту проводят не менее 12 искусственных вдохов.

Наружный массаж сердца. Высокоэффективным способом искусственного поддержания кровообращения является наружный, или закрытый, массаж сердца. Сдавливая сердце между грудиной и позвоночником, можно искусственно поддерживать кровообращение, выталкивая кровь в крупные сосуды из полостей сердца.

Введение лекарственных средств следует проводить на фоне адекватного искусственного дыхания и массажа сердца. Адреналин лучше вводить внутривенно мелко по 0,5—1 мл через каждые 5 мин; если внутривенное введение невозможно, то внутрисердечно. Адреналин усиливает тонус сердечной мышцы, стимулирует спонтанные сокращения ее. Массаж сердца становится более эффективным.

Вслед за лекарственной стимуляцией показано проведение электрической дефибрилляции сердца. Она осуществляется серией разрядов импульсного тока. Дефибрилляцию начинают с напряжения 3,5 кУ, повышая напряжение каждый раз на 0,5 кУ и доводя его до 6 кУ. Если серия разрядов не приводит к восстановлению сердечной деятельности, внутривенно вводят новокаиnamид (1—3 мг/кг), бикарбонат натрия. Затем проводят новую серию разрядов до восстановления деятельности сердца или до появления признаков гибели мозга.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр. При этом оцениваются знания как студента «больного»- правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента «врача»- насколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия и уровня сложности. В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов правильности проведения этапов обследования больных интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

Преподавательские заметки.

Проверка базового знания студентов по опросным листам содержащим контрольными вопросы (приложение 1), Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме кратко. Четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками.(45 минут).

Решение контрольных тестов ,ситуационных задач Каждому студенту дается по одному тесту(приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-4 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение - задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность имитирования их, оценивает знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия (приложение 2). Дается 5-7 минут обдумывания, и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остаётся в стороне от усвоения темы занятия.(45минут)

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на последовательность этапов обследования: осмотр, пальпацию, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель проводит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи второго уровня для контроля усвоения данной темы (приложение 4) (15минут).

4. В конце занятий подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

- a контрольные вопросы
- b темы самостоятельных работ
- c перечень дополнительной литературы (24 минуты)

Раздаточный материал (из метод. 11).

- контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4)
- ситуационные задачи (приложение 2)
- тесты I уровня сложности (приложение 3)
- тесты II уровня сложности (приложение 4)

Оснащение практического занятия

- 1 инструменты для обследования
- 2 диапроектор , слайды
- 3 муляжи
- 4 плакаты, альбомы
- 5 череп
- 6 рентгенологические снимки больных

Виды контроля знаний, умений и навыков

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал.

Дастся возможность улучшить оценку в течение недели после дополнительной подготовки в неурочное время

Самостоятельная работа студентов.

- принципы сердечно-легочной реанимации
- осложнения при проведении наркоза.

Контрольные вопросы.

- 1 Понятие об общем обезболивании.
- 2 Наркоз и его виды.
- 3 Проведение наркоза в стационаре
- 4 Подготовка больных к наркозу в условиях стационара
- 5 Эндотрахеальный наркоз и его особенности
- 6 Показания к эндотрахеальному наркозу
- 7 Противопоказания к эндотрахеальному наркозу
- 8 Сердечно-легочная реанимация
- 9 Наружный массаж сердца
- 10 Лекарственная стимуляция при сердечно-легочных осложнениях
- 11 Методика и показания дефибрилляции сердца
- 12 Показатели эффективности и реанимационных мероприятий

Литература

Хирургическая стоматология Т.Г.Робустова стр.32-34,39-43с

Тесты I уровня

- 1 .В условиях поликлиники продолжительность посленаркозного периода составляет:
 - А)20-30 минут
 - Б)30-40 минут
 - В)2 часа
 - Г) 1 час-1 час 30 минут
 - Д)10 минут
- 2.Через какой промежуток времени после еды возможно проведение наркоза?
 - А)4-5 часов
 - Б) 1-2 часа
 - В)30-40 минут

Г) 3 часа

Д) 20-30 минут

Ситуационная задача 1

Родители пациента больного с признаками шизофрении обратились в поликлинику¹ по поводу санации полости рта- необходимо лечить множественный кариес и удалить разрушенные зубы .

1. Чем обусловлена необходимость общего наркоза?
2. Какие специалисты должны участвовать при лечении?
3. Какие препараты используют для внутривенного наркоза?

Ситуационная задача 2

Больному 50 лет планируется операция по поводу удаления полиморфной аденомы слюнной железы слева. Из анамнеза опухоль появилась около трех лет назад, растет медленно, безболезненно. При осмотре опухоль локализуется в преддверной области, округлой формы до 2 см в диаметре, плотной-эластической консистенции, с кожей не спаяна

1. Объясните необходимость общего обезболивания?
2. Какие технические сложности могут быть при операции?
3. Какие преимущества при удалении опухоли имеет местное инфильтрационное обезболивание?
4. Перечислите этапы подготовки к наркозу?

ТЕМА №12

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ. ПОДГОТОВКА К УДАЛЕНИЮ ЗУБОВ. ОБСЛЕДОВАНИЕ И ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ОПЕРАЦИИ. ПОДГОТОВКА РУК ВРАЧА И ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ.

Цель занятия

-ознакомить студентов с показаниями и противопоказаниями удаления зубов
-ознакомить с методами обследования больных к операции удаления зуба ,
подготовкой рук хирурга и операционного поля.

Задачи практического занятия.

- рассмотреть принципы операции удаления зубов
- обсудить показания и противопоказания удаления зубов
- рассмотреть принципы подготовки к операции удаления зубов
- обсудить принципы подготовки рук врача и операционного поля.

Ожидаемые результаты

1. Знать показания и противопоказания к удалению зубов
2. Студент должен освоить методику подготовки больного к операции удаления зуба
3. Освоить методы подготовки рук хирурга
4. Освоить методы подготовки операционного поля
5. Освоить методику удаления зуба

Содержание практического занятия

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия , акцентирует внимание на проблемах и вопросах удаления зубов , показаниях и противопоказаниях , объясняет необходимость изучения подготовки рук врача перед удалением зуба и подготовки операционного поля.

Удаление зуба является одной из самых распространенных операций в поликлинической стоматологической практике. Для проведения ее требуются знание последовательности технических приемов исполнения, навыки владения специальными инструментами.

Показания. Операция может проводиться по неотложным показаниям и в плановом порядке.

К срочному удалению зуба прибегают при гнойном воспалительном процессе в периодонте, когда, несмотря на предшествующее консервативное лечение, он не купируется, а наоборот, нарастает. По неотложным показаниям удаляют зуб, являющийся источником инфекции при остром остеомиелите, а также периостите, околочелюстном абсцессе и флегмоне, синусите, лимфадените, когда они не подлежат консервативному лечению или не представляют функциональной ценности

Показания к плановому удалению зуба следующие:

1) безуспешность эндодонтического лечения при наличии хронического воспалительного очага в периодонте и окружающей кости. Это вмешательство особенно показано при хронической интоксикации организма больного из одонтогенных очагов инфекции (хронический сепсис);

2) невозможность консервативного лечения из-за значительного разрушения коронки зуба или технических трудностей, связанных с анатомическими особенностями (непроходимые или искривленные каналы корней); погрешности лечения, вызвавшие перфорацию корня или полости зуба;

3) полное разрушение коронковой части зуба, невозможность использовать оставшийся корень для зубного протезирования;

4) подвижность III степени и выдвижение зуба вследствие резорбции кости вокруг альвеолы при тяжелой форме пародонтита и пародонтоза;

5) неправильно расположенные зубы, травмирующие слизистую оболочку рта, языка и не подлежащие ортодонтическому лечению. Такие зубы удаляют и по эстетическим показаниям;

6) не прорезавшиеся в срок или частично прорезавшиеся зубы, вызывающие воспалительный процесс в окружающих тканях, который ликвидировать другим путем невозможно;

7) расположенные в щели перелома зубы, мешающие репозиции отломков и не подлежащие консервативному лечению;

8) выдвинувшиеся в результате потери антагониста зубы, конвергирующие и дивергирующие зубы, мешающие изготовлению функционального зубного протеза. Для устранения аномалии прикуса при ортодонтическом лечении удаляют даже устойчивые, не пораженные кариесом зубы.

Установив показания к операции удаления зуба, определяют срок ее проведения. Он зависит от общего состояния организма больного, имеющихся сопутствующих заболеваний различных органов и систем.

Противопоказания. Ряд общих и местных заболеваний, а также некоторые физиологические состояния являются относительными противопоказаниями к этому вмешательству. Удаление зуба у таких больных можно выполнить после соответствующего лечения и подготовки. Относительным (временным) противопоказанием к операции удаления зуба являются следующие заболевания:

1) сердечно-сосудистые заболевания (прединфарктное состояние и 3—6 мес после перенесенного инфаркта миокарда, гипертоническая болезнь в период криза, ишемическая болезнь сердца с частыми приступами стенокардии, пароксизм мерцательной аритмии, пароксизмальная тахикардия, острый септический эндокардит и др.);

2) острые заболевания паренхиматозных органов - печени, почек, поджелудочной железы (инфекционный гепатит, гломерулонефрит, панкреатит и др.);

3) геморрагические диатезы (гемофилия, болезнь Верльгофа, С-авитаминоз); заболевания, протекающие с геморрагическими симптомами (острый лейкоз, агранулоцитоз);

4) острые инфекционные заболевания (грипп, острые респираторные заболевания, рожистое воспаление, пневмония);

5) заболевания центральной нервной системы (острое нарушение мозгового кровообращения, менингит, энцефалит);

6) психические заболевания в период обострения (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия);

7) острая лучевая болезнь I—III стадий;

8) заболевания слизистой оболочки рта (стоматит, гингивит, хейлит).

9) После лечения этих заболеваний и улучшения состояния больных проводится удаление зуба. Целесообразно это сделать после консультации с соответствующим специалистом. Больным с тяжелыми сопутствующими заболеваниями удалить зуб лучше в условиях стационара.

Обследование. При наличии показаний к удалению зуба необходимо решить вопросы по подготовке больного к хирургическому вмешательству, о способе обезболивания, методике операции, необходимом инструментарии.

Перед операцией врач должен внимательно обследовать подлежащий удалению зуб. При осмотре коронки нужно установить степень ее разрушения, отметить аномалию зуба и в зависимости от этого выбрать соответствующие щипцы. Во время осмотра определяют наличие воспаления, степень патологической подвижности зуба. По рентгенограмме устанавливают состояние костной ткани в области корней, количество, форму, размер и степень расхождения или сращения корней зуба, а также взаимоотношение их с дном полости носа, верхнечелюстной пазухой, нижнечелюстным каналом. Важно выяснить, соединены ли корни зуба перегородкой, прочна ли она и целесообразно ли предварительное разъединение корней.

Полученные при обследовании данные позволяют составить план оперативного вмешательства и выбрать для его проведения необходимые хирургические инструменты.

Подготовка больного. Спокойное поведение больного во время удаления зуба создает благоприятные условия для его выполнения. Поэтому надо рассказать больному об ощущениях, которые он будет испытывать во время вмешательства. Тогда он будет подготовлен к ним и меньше станет на них реагировать.

Больным с лабильной нервной системой следует провести седативную подготовку малыми транквилизаторами.

Перед операцией больному предлагают снять стесняющую его одежду, ослабить ремень, расстегнуть воротничок верхней рубашки или платья.

Подготовка рук врача. В поликлинике врач осуществляет массовый хирургический прием. Операции он должен выполнять в хирургической маске. >

Особенно важным моментом подготовки является обработка рук перед операцией. Врач моет руки мылом с щеткой в проточной воде, высушивает стерильной салфеткой или полотенцем и обрабатывает 2—3 мин 70 % этиловым спиртом. Вместо спирта кожу рук можно протереть 0,5 % спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата. Операцию предпочтительно выполнять инструментами (аподактильно), избегая прикосновения пальцами рук к операционной ране.

При работе в резиновых перчатках их обрабатывают так же, как и кожу рук.

Подготовка операционного поля. Перед операцией производят механическое удаление, налета и пищевых остатков со слизистой оболочки и зубов на участке, где должна проводиться операция. С этой целью их протирают марлевым тампоном, смоченным 0,1 % раствором перманганата калия или каким-либо другим слабым антисептическим раствором. Снимают зубные отложения с удаляемого зуба и рядом расположенных зубов, так как во время вмешательства они могут попасть в лунку зуба и инфицировать ее. Приступая к операции, смазывают слизистую оболочку вокруг края десны 1—2 % настойкой йода. Применение 5 % йодной настойки может вызвать ожог.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр. При этом оцениваются знания как студента «больного»- правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента «врача»- на сколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия и уровня сложности. В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов правильности проведения этапов обследования больных интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

Преподавательские заметки

Проверка базового знания студентов по опросным листам содержащим контрольными вопросы (приложение 1), Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме кратко. Четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками.(45 минут).

Решение контрольных тестов, ситуационных задач Каждому студенту дается по одному тесту(приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-4 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение - задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность имитирования их, оценивает знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия (приложение 2). Дается 5-7 минут обдумывания, и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остаётся в стороне от усвоения темы занятия.(45минут)

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на последовательность этапов обследования: осмотр, пальпацию, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель проводит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи второго уровня для контроля усвоения данной темы (приложение 4) (15минут).

4. В конце занятий подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

- а контрольные вопросы
- б темы самостоятельных работ
- с перечень дополнительной литературы (24 минуты)

Раздаточный материал

- контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4)
- ситуационные задачи (приложение 2)
- тесты I уровня сложности (приложение 3)
- тесты II уровня сложности (приложение 4)

Оснащение практического занятия

- 1 инструменты для обследования
- 2 диапроектор слайды
- 3 муляжи
- 4 плакаты, альбомы
- 5 череп
- 6 рентгенологические снимки больных

Виды контроля знаний , умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал.

Дастся возможность улучшить оценку в течение недели после дополнительной подготовки в неурочное время

Самостоятельная работа студентов

- премедикация
- способы мытья рук хирурга

Контрольные вопросы

1. Что такое операция удаления зуба
2. Неотложные показания к удалению зубов.
3. Показания к удалению в плановом порядке
4. Относительные противопоказания к удалению зубов
5. Абсолютные противопоказания к удалению зубов
6. Обследование больного перед удалением зубов
7. Подготовка больного к удалению зуба
8. Подготовка рук врача
9. Подготовка операционного поля

Литература

Хирургическая стоматология Т.Г.Робустова стр.92-95

Тесты

1. Показанием к удалению зуба является:
- А) безуспешность эндодонтического лечения
 - Б) полное разрушение коронковой части зуба
 - В) неправильно расположенный зуб
 - Г) гипертоническая болезнь в период криза
 - Д) острая лучевая болезнь
- 1 АБВ, 2 ВГД, 3 АВД, 4 ГД, 5 АВГ

2. Абсолютным противопоказанием к удалению зуба является:
- А) злокачественные опухоли в области зуба
 - Б) острый септический эндокардит
 - В) гемофилия
 - Г) острая лучевая болезнь 1-й стадии
 - Д) рожистое воспаление

Ситуационная задача 1.

Больной 22 лет обратился в поликлинику с жалобами на неприятный запах изо рта и периодически возникающую припухлость и боль с области нижней челюсти справа в

области 8 зуба. В анамнезе-дважды в поликлинике проведено иссечение капюшона. Три дня тому назад после простуды вновь появилась боль и припухлость. При осмотре область 8 зуба отечна, гиперемизованна, рот открывается ограничено, над коронкой зуба- слизистая отечна из под нее выделяется гной. На рентгенограмме в области дистального края зуба костный карман.

- 1) Поставьте диагноз?
- 2). Объясните причину неоднократного появления обострения?
- 3). Какой вид обезболивания необходимо выполнить?
- 4). Какой инструмент необходимо использовать?

Ситуационная задача 2.

Больная 52 лет обратилась с жалобами на боли в области верхнего левого 6 зуба. Из анамнеза выяснено, что зуб был лечен около 10 лет назад. Вышеперечисленные жалобы появились после переохлаждения больной. В настоящее время у больной отмечается повышение артериального давления. При осмотре зуб розового цвета, под пломбой, перкуссия положительная. Рентген-тень пломбировочного материала в небном канале, в медиальном канале тень инородного тела. У верхушки медиального щечного корня зуба - разрежение костной ткани 0,3 х 0,2 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Объясните причину появления заболевания?
3. Какие виды местного обезболивания необходимо выполнить?
4. Какое обследование необходимо провести в данной ситуации до удаления зуба?

ТЕМА №13

ЩИПЦЫ И ЭЛЕВАТОРЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ. ИНСТРУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ. ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ, КОНСТРУКЦИЯ, НАЗНАЧЕНИЯ. ЭЛЕВАТОРЫ ВИДЫ, КОНСТРУКЦИЯ, НАЗНАЧЕНИЯ.

I. Цель занятия

- ознакомить студентов со строением щипцов и элеваторов , используемые для удаления зубов

II. Задачи практического занятия

- рассмотреть разновидности и строения щипцов и их конструкцию
- рассмотреть группу щипцов для удаления зубов и корней верхней челюсти
- рассмотреть группу щипцов для удаления зубов и корней нижней челюсти
- рассмотреть щипцы для удаления зубов с сохранившейся коронкой
- рассмотреть щипцы для удаления отдельных групп зубов
- рассмотреть щипцы для удаления зубов нижней челюсти при ограниченном открывании рта
- рассмотреть элеваторы и их предназначения

III. Ожидаемые результаты

1. Знать устройство и конструкцию щипцов
2. Знать виды и механизм действия щипцов
3. Знать анатомическое строение зубов верхней и нижней челюсти
4. Знать методы стерилизации щипцов
5. Уметь правильно держать щипцы при удалении зубов
6. Уметь правильно выбрать инструменты для удаления зубов и корней в зависимости от формы коронки и корней
7. Уметь наложить щипцы
8. Уметь различать щипцы для удаления больших коренных зубов верхней челюсти справа и слева
9. Знать разновидности элеваторов

IV. Содержание практического занятия

В начале практической части преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание на проблемах и вопросах используемых инструментов для удаления зубов, их строении и конструкции

Перечень рассматриваемых вопросов

1. Устройство и форма щипцов
2. Щипцы для удаления зубов верхней челюсти
3. Щипцы для удаления зубов нижней челюсти
4. Щипцы для удаления корней зубов
5. Элеваторы и их разновидности

Краткое изложение рассматриваемых вопросов

Удаление зуба заключается в насильственном разрыве тканей, связывающих корень зуба со стенками лунки и десной, и выведении его из лунки. При выведении расходящихся и искривленных корней из лунки стенки ее во время вмешательства смещаются и вход в нее расширяется.

Щипцы. При удалении зубов используется принцип действия рычага. В щипцах для удаления зубов и корней различают щечки, ручки и замок (рис. 24). В некоторых щипцах между щечками и замком имеется переходная часть. Щечки предназначены для захватывания коронки или корня зуба. Ручки - часть щипцов, за которую их держат и к которым прилагают усилие во время операции. Замок располагается между щечками и ручками, служит для подвижного их соединения. Для лучшего удержания зуба или корня щечки с внутренней стороны имеют желобок с мелкой продольной нарезкой. Наружная поверхность ручек на значительном протяжении рифленая, внутренняя - гладкая.

Устройство и форма щипцов неодинаковы. Конструкция их зависит от анатомического строения зуба и места его в зубном ряду.

Различают следующие виды щипцов:

1. Щипцы для удаления зубов и корней верхней (рис. 25, 26) и нижней челюстей (рис. 27). У щипцов для удаления зубов верхней челюсти продольная ось щечек и ось ручек, совпадают, или параллельны, или образуют тупой угол, приближающийся к двум прямым углам (рис. 28, а — г). У щипцов для удаления зубов нижней челюсти щечки и ручки расположены под прямым углом или под углом, приближающимся к прямому (рис. 28, д).

2. Щипцы для удаления зубов с сохранившейся коронкой (коронковые) и для удаления корней (корневые). Щечки щипцов для удаления зубов с коронкой при смыкании не сходятся (см. рис. 25, 27, а-г), для удаления корней — сходятся (см. рис. 26, 27, д).

3. Щипцы для удаления отдельных групп зубов верхней и нижней челюстей. Они различаются шириной и особенностями строения щечек, расположением их по отношению к ручкам, формой ручек (см. рис. 25, 26, 27).

4. Щипцы для удаления первого и второго больших коренных зубов верхней челюсти справа и слева. Левая и правая щечки этих щипцов устроены неодинаково (см. рис. 25, в, г).

4. Щипцы для удаления зубов нижней челюсти при ограниченном открывании рта. Они имеют изгиб щечек в горизонтальной плоскости (см. рис. 27, г).

Способы держания щипцов. Во время удаления зуба щипцы держат правой рукой. Пальцы располагают таким образом, чтобы можно было этой же рукой свободно сближать и разводить ручки и продвигать щечки щипцов вглубь под десну.

Существует два наиболее удобных способа держания щипцов. По первому способу II и III пальцы охватывают ручки щипцов снаружи и прижимают ими щипцы к ладони; IV и V пальцы вводят с внутренней стороны ручек. I палец помещают между ручками и замком с наружной стороны (см. рис. 30, I, а).

Щечки щипцов разводят разгибанием IV и V пальцев, сближают — сгибанием II и III. Во время фиксации щипцов на зубе IV и V пальцы выводят с внутренней стороны ручек и охватывают ими щипцы снаружи (см. рис. 30, I, б).

Второй способ применяют только при удалении зубов верхней челюсти. Кисть руки врач поворачивает тыльной поверхностью к себе. Между ручками вводит II и III пальцы. Одну ручку охватывает снаружи I пальцем, другую — IV и V (см. рис. 30, II, а). Разводят щечки щипцов, отодвигая III палец наружу, сближают — сгибая IV и V пальцы. При продвижении щечек щипцов под десну концы ручек упирают в ладонь. После этого III палец выводят из промежутка между ручками и помещают снаружи рядом с IV и V пальцами. Сжимают ручки щипцов I пальцем с одной стороны, III, IV и V — с другой (см. рис. 30 II, б).

Элеваторы. При удалении зубов элеватором, так же как и щипцами, используется принцип рычага. Элеватор состоит из трех частей: рабочей части, соединительного стержня и ручки. Существует много различных конструкций элеваторов, но наибольшее распространение получили три вида: прямой, боковые и штыковидный элеватор.

П р я м о й э л е в а т о р . Рабочая часть (щечка) его является продолжением соединительного стержня и вместе с ручкой расположена на одной прямой линии (рис. 29, а). Щечка с одной стороны выпуклая, полукруглая, с другой — вогнутая и имеет вид желобка, конец ее истончен и закруглен. Ручка грушевидной формы с продольными гранями, суживается по направлению к соединительному стержню.

У г л о в о й э л е в а т о р . Рабочая часть (щечка) изогнута по ребру и расположена к продольной оси элеватора под углом около 120° (рис. 29, б). Щечка небольшая, одна поверхность ее выпуклая, другая — слегка вогнутая с продольными насечками. Конец ее истончен и закруглен. Вогнутая поверхность щечки у одних элеваторов обращена влево (к себе), у других — вправо (от себя).

Штыковидный э л е в а т о р (э л е в а т о р Леклюза) . Соединительный стержень элеватора штыкообразно изогнут (рис. 29, в). Рабочая часть (щечка) имеет копьевидную форму, сужается и истончается к концевому отделу. Одна поверхность щечки гладкая, другая - закругленная.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр. При этом оцениваются знания как студента «больного»- правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента «врача»- на сколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия и уровня сложности. В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов правильности проведения этапов обследования больных интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

V. Преподавательские заметки

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам содержащим контрольными вопросы (приложение 1), Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме кратко. Четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками.(45 минут).

2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач Каждому студенту дается по одному тесту(приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-4 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение - задачи между студентами.

Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность имитирования их, оценивает знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задачи по теме занятия (приложение 2). Дается 5-7 минут обдумывания, и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остаётся в стороне от усвоения темы занятия.(45минут)

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на последовательность этапов обследования: осмотр, пальпацию, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель проводит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи второго уровня для контроля усвоения данной темы (приложение 4) (15минут).

4. В конце занятий подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

- а контрольные вопросы
- б темы самостоятельных работ
- с перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VI. Раздаточный материал

1. контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4)
2. ситуационные задачи (приложение 2)
3. тесты I уровня сложности (приложение 3)
4. тесты II уровня сложности (приложение 4)

VII. Оснащение практического занятия

- 1 инструменты для обследования
- 2 диапроектор слайды
- 3 муляжи
- 4 плакаты, альбомы
- 5 череп
- 6 рентгенологические снимки больных

VIII. Виды контроля знаний . умений и навыков

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал.

Дастся возможность улучшить оценку в течение недели после дополнительной подготовки в неурочное время

IX. Самостоятельная работа студентов

-способы удержания щипцов

- стерилизация инструментов , используемых для удаления зубов

X. Контрольные вопросы

1. Щипцы – устройства , форма и конструкция
2. Элеваторы – разновидности , принцип работы

3. Щипцы для удаления зубов и корней верхней челюсти
4. Щипцы для удаления зубов и корней нижней челюсти
5. Щипцы для удаления зубов нижней челюсти при ограниченном открывании рта
6. Специальные щипцы для удаления третьего большого коренного зуба верхней челюсти
7. Способы держания щипцов
8. Прямой элеватор – устройство , предназначение
9. Угловой элеватор – устройство , предназначение
10. Штыковидный элеватор – устройство , предназначение

XI. Литература

Хирургическая стоматология Т.Г.Робустова стр.96-102

Тесты I –го уровня

1. При удалении фронтальных зубов и корней верхней челюсти используются щипцы:

- А) прямые со сходящимися щечками
- Б) 5-образные правые
- В) 5-образные левые
- Г) Оклювовидные

Д) прямые с не сходящимися щечками

1АД, 2В Д, 3АГ, 4БД, 5ВГ

2. При удалении фронтальных зубов нижней челюсти применяются щипцы:

- А) клюво видные не смыкающиеся
- Б) S-образные
- В) изогнутые по плоскости
- Г) штыко видные
- Д) коронковые

1А. 2Г, 3Д, 4Б, 5В

Ситуационная задача 1.

Больной 50 лет, обратился для удаления 1,4,7 зубов верхней челюсти слева (в дальнейшем протезирование). При осмотре полости рта все зубы верхней челюсти, за исключением 1,4,7 зубов отсутствуют. Эти зубы имеют небольшую подвижность, зубы частично разрушены.

1. Какие щипцы используются для удаления 1 зуба?
2. Какие щипцы используются для удаления 4 зуба?
3. Назовите щипцы для удаления 7 зуба?
4. Какие виды анестезии следует выполнить для удаления 1,4 зубов?
5. какие виды анестезии следует выполнить для удаления 7 зуба?

Ситуационная задача 2

Больной 56 лет обратился с жалобами на боли при жевании. на чувство выросшего зуба на левой стороне челюсти в области 4,5 зубов слева. При осмотре полости рта коронковая часть зубов разрушена, оставшаяся часть имеет розовый цвет. На рентгенограмме - разрежение костной ткани у верхушки премоляро

1. Поставьте диагноз?
2. Определите показания к удалению зубов?
3. Под каким обезболиванием нужно удалить зубы?
4. Какие инструменты нужно использовать?

ТЕМА №14

МЕТОДИКА И ПРИЕМЫ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ЩИПЦАМИ И ЭЛЕВАТОРАМИ. ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО И ВРАЧА ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ

I. Цель занятия

- ознакомить студентов методикой и приемами удаления зубов щипцами и элеваторами
- ознакомить студентов положением больного и врача при удалении зуба

II. Задачи практического занятия

- рассмотреть подготовительный этап удаления зубов
- рассмотреть последовательность приемов удаления зубов
- рассмотреть положение больного и врача при удалении зубов

III. Ожидаемые результаты

- знать последовательность этапов удаления зубов
- знать методику удаления зубов и корней
- уметь правильно выбрать щипцы для удаления зубов
- уметь правильно выбрать элеваторы для удаления корней
- знать положение больного и врача при удалении зубов

IV. Содержание практического занятия

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание на проблемах и вопросах удаления зубов щипцами и элеваторами

Перечень рассматриваемых вопросов

- 1.Приемы удаления зубов щипцами
- 2.Принципы удаления зубов и корней элеваторами
- 3.Положение больного и врача при удалении зубов

Операцию начинают с отделения круговой связки от шейки зуба и десны от края альвеолы. Лучше всего это сделать гладилкой или узким плоским распатором. Тщательное отделение круговой связки и десны облегчает продвижение щечек щипцов под десну и предупреждает разрыв слизистой оболочки во время вмешательства.

Удаление зуба складывается из ряда приемов, проводимых в определенной последовательности: 1) наложение щипцов; 2) продвижение щечек щипцов под десну; 3) смыкание щипцов (фиксация); 4) вывихивание зуба (люксация или ротация); 5) извлечение зуба из лунки (тракция). От четкого и последовательного выполнения этих приемов зависит успех хирургического вмешательства.

Наложение щипцов. Выбрав щипцы соответственно удаляемому зубу, их держат в руке по одному из способов (рис. 30, I, II). Затем раскрывают щечки щипцов настолько, чтобы коронка зуба могла поместиться между ними.

Одну щечку щипцов накладывают на зуб с наружной (вестибулярной) стороны, другую — с внутренней (оральной). При этом ось щечек щипцов обязательно должна совпадать с осью зуба (рис. 31). Неправильное наложение щипцов приводит к перелому корня во время вывихивания зуба.

Продвижение щечек щипцов. Надавливая на щипцы, продвигают щечки под десну. На верхней челюсти это делают движением руки, удерживающей щипцы, на нижней — надавливанием на область замка I пальцем левой руки. Следят, чтобы ось щечек щипцов совпадала с осью зуба.

Смыкание щипцов. Оно должно быть таким, чтобы удаляемый зуб был прочно зафиксирован в щипцах. Зуб и щипцы при этом образуют общее плечо рычага. При перемещении щипцов одновременно должен смещаться и зуб. Если смыкание щипцов недостаточно прочное, то они перемещаются по зубу или соскальзывают с него.

Вывихивание зуба. Во время вывихивания зуба разрывают волокна периодонта, связывающие его корень со стенками лунки. Одновременно с этим стенки лунки

смещаются или надламываются. Вывихивают зуб двумя способами: 1) раскачиванием (люксация) наружу и внутрь, смещая щипцы вместе с зубом поочередно в вестибулярную и оральную сторону (рис. 33, а); 2) вращением (ротация) вокруг оси зуба на 20—25 ° сначала в одну, затем в другую сторону.

Вращательные движения — ротацию — производят при удалении зубов, имеющих один корень, напоминающий по своей форме конус. Такими зубами являются резцы и клык верхней челюсти, малые коренные зубы нижней челюсти и разъединенные корни первого малого коренного и больших коренных зубов верхней челюсти.

Извлечение зуба из лунки (тракция). После того как корни зуба потеряли связь с альвеолой и движения щипцов вместе с зубом стали свободными, приступают к выведению зуба из лунки и из полости рта. Производят это плавно, без рывков, чаще наружу, иногда вверх или вниз (в зависимости от того, на какой челюсти удаляют зуб).

Положение больного и врача при удалении зубов. Операция удаления зуба выполняется в стоматологическом кресле. От правильного положения больного и врача во время этого вмешательства во многом зависит исход операции.

Обычно удаление зуба проводят в сидячем или полуполежащем положении.

Положение больного в кресле должно быть таким, чтобы операционное поле было хорошо обозримо и были созданы благоприятные условия для выполнения врачом всех приемов, связанных с проведением операции. Подголовник должен быть прочно фиксирован, чтобы голова больного не смещалась во время операции.

При удалении зубов верхней челюсти больной сидит в кресле с несколько откинутой спинкой и подголовником. Кресло поднимают настолько, чтобы удаляемый зуб находился на уровне плечевого сустава врача. Врач находится справа и спереди от больного (рис. 34, а). Это положение больного и врача способствует успешному выполнению операции.

С При удалении зубов нижней челюсти кресло опускают, спинку его и подголовник перемещают так, чтобы туловище и голова больного находились в вертикальном положении или голова была слегка наклонена вперед, а нижняя челюсть располагалась на уровне локтевого сустава опущенной руки врача.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр. При этом оцениваются знания как студента «больного»- правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента «врача»- на сколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия и уровня сложности. В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов правильности проведения этапов обследования больных интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

V. Преподавательские заметки

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам содержащим контрольными вопросы (приложение 1), Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме кратко. Четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками.(45 минут).

2. Решение контрольных тестов ,ситуационных задач Каждому студенту дается по одному тесту(приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-4 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение - задачи между студентами.

Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность имитирования их, оценивает знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задачи по теме занятия (приложение 2). Дается 5-7 минут обдумывания, и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остаётся в стороне от усвоения темы занятия.(45минут)

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на последовательность этапов обследования: осмотр, пальпацию, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель проводит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи второго уровня для контроля усвоения данной темы (приложение 4) (15минут).

4. В конце занятий подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

- a контрольные вопросы
- b темы самостоятельных работ
- c перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VI. Раздаточный материал

1. контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4)
2. ситуационные задачи (приложение 2)
3. тесты I уровня сложности (приложение 3)
4. тесты II уровня сложности (приложение 4)

VII. Оснащение практического занятия

- 1 инструменты для обследования
- 2 диапроектор слайды
- 3 муляжи
- 4 плакаты, альбомы
- 5 череп
- 6 рентгенологические снимки больных

VIII. Виды контроля знаний ,умений и навыков

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал.

Дастся возможность улучшить оценку в течение недели после дополнительной подготовки в неурочное время

IX. Самостоятельная работа

- этапы удаления зубов
- положение больного и врача при удалении зубов

X. Контрольные вопросы

- 1.Подготовительный этап операции удаления зубов

- 2.Перечислите этапы удаления зубов
- 3.Наложение щипцов
- 4.Продвигание щечек щипцов
- 5.Смыкание щипцов
- 6.Вывихивание зуба
7. Показание вращательных движений
- 8.Показание раскачивающих движений
- 9.Извлечение зуба из лунки
- 10.Положение больного и врача при удалении зубов верхней челюсти
- 11.Положение больного и врача при удалении зубов нижней челюсти

XI. Литература

Хирургическая стоматология Т.Г.Робустова стр.102-107

Тесты I-го уровня

1 .Какие части различают в щипцах для удаления больших коренных зубов в ней челюсти?

- А) щечки
- Б) замок
- В) ручки
- Г) переходная часть
- Д) основной стержень

1АБВ, 2АВГ, 3АБГ, 4АБД, 5БВГ

2.Какими щипцами производят удаление 6.7 зубов нижней челюсти?"

- А) клювовидными
- Б) с шипиками на концах
- В) со смыкающимися щечками
- Г) штыковидными

1АБ, 2АВ, 3ВГ, 4БВ, 5БД

Ситуационная задача 1.

В поликлинику на прием к хирургу-стоматологу обратился больной 28 лет с жалобами на боли при накусывании на нижний 6 зуб справа. При осмотре полости рта у больного зуб под пломбой, цвет зуб не изменен, перкуссия зуба слабоболезненна. Зуб ранее лечен, периодически беспокоят боли, зуб подвижен. На рентгенограмме: разрежение костной ткани в области бифуркации зуба,

- 1 .Поставьте диагноз.
- 2.Какие щипцы используются при удалении данного зуба?
- 3.Особенности положения врача при удалении данного зуба?
- 4.Очередность вывихивающих движений.

Ситуационная задача 2.

Больная 65 лет обратилась в поликлинику хирургической стоматологии с жалобами на подвижность 6 нижнего зуба слева, невозможность приема пищи вследствие возникновения бол ей. Больная лечилась у стоматолога по поводу пародонтита в течение многих лет, постепенно зубы стали подвижными, подвижность их увеличилась и боли усилились. Местно определяется подвижность данного зуба III степени, припухлость с вестибулярной стороны альвеолярного отростка, пародонтальный абсцесс. Зуб является источником хронической инфекции и подлежит удалению с целью санации.

- 1 .Какие щипцы используются при удалении 6 нижнего зуба слева?
- 2.Определите положение врача и больного при удалении данного зуба?
- 3.Какие вывихивающие движения и в какую сторону нужно использовать при удалении данного зуба?

УДАЛЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. ОСОБЕННОСТИ УДАЛЕНИЯ РЕЗЦОВ, КЛЫКОВ, ПРЕМОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. ОСОБЕННОСТИ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

I. Цель занятия

Ознакомить студентов с удалением отдельных групп зубов верхней челюсти .

II. Задачи практического занятия

- рассмотреть анатомическое строение верхней челюсти
- рассмотреть анатомическое строение зубов верхней челюсти
- рассмотреть удаление отдельных групп зубов верхней челюсти
- рассмотреть особенности удаления третьего большого коренного зуба верхней челюсти

III. Ожидаемые результаты

- 1.Знать особенности удаления верхних резцов
- 2.Знать особенности удаления верхнего клыка
- 3.Знать особенности удаления верхних малых коренных зубов
- 4.Знать особенности удаления верхних больших коренных зубов
- 5.Знать особенности удаления третьего большого коренного зуба
6. Уметь правильно посадить больного

IV. Содержание практического занятия

Вначале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия , акцентирует внимание на проблемах удаления зубов верхней челюсти .

Перечень рассматриваемых вопросов

- 1.Удаление отдельных групп зубов верхней челюсти
2. Положение больного и врача при удалении зубов верхней челюсти
3. Особенности удаления большого третьего коренного зуба

Краткое изложение рассматриваемых вопросов

Методика удаления каждого из зубов имеет свои особенности. Она зависит от формы, количества и расположения корней, от толщины и плотности кости вокруг корня зуба, вида инструмента.

Удаление верхних резцов. Центральный резец имеет один конусовидной формы и округлых очертаний корень. У бокового резца тоже один конусовидный корень, но он тоньше и короче, чем у центрального резца. Корень бокового резца слегка сдавлен с боков, поэтому поперечный срез у него имеет форму овала. Верхушка корня иногда загнута в небную сторону. Наружная стенка лунки в области этих зубов тоньше, чем внутренняя.

Для удаления резцов врач становится справа и спереди от больного. При удалении бокового резца с левой стороны больной должен слегка повернуть голову вправо, при удалении правого бокового резца — влево

Удаление верхнего клыка. Клык имеет один длинный, массивный и сдавленный с боков корень. Поперечное сечение его напоминает очертания треугольника. Верхняя часть корня в 30 % случаев искривлена. С наружной стороны корня кость тоньше, чем с внутренней. Однако обе стенки альвеолы значительно толще, чем у резцов. Все это создает определенные трудности при удалении клыка.

Положение врача и расположение пальцев левой руки такое же, как при удалении резцов. Во время удаления правого клыка больной должен повернуть голову несколько влево, при удалении левого — вправо. Такое положение головы более удобно для проведения операции. Клык удаляют прямыми щипцами с широкими щечками.

Удаление верхних малых коренных зубов. Корни этих зубов сдавлены в переднезаднем направлении. Корень первого малого коренного зуба в 50 % случаев полностью расщеплен на два тонких корня (щечный и небный), редко — на три (два щечных и один небный). Корень второго малого коренного зуба сплюснут, на боковых поверхностях имеет продольные желобки, верхушечный отдел его

бывает расщеплен. Если корень первого малого коренного зуба расщеплен, то небный корень располагается глубоко в кости. Наружная стенка альвеолы этих зубов тоньше, чем внутренняя.

Во время удаления туловище больного наклонено кзади, голова запрокинута.

Верхние малые коренные зубы расположены в среднем отделе зубного ряда, поэтому удаление их осуществляют специальными щипцами, имеющими S-образный изгиб.

Удаление верхних больших коренных зубов. Первый и второй большие коренные зубы имеют по три корня: два щечных, один небный. Щечные корни сдавлены с боков, короче и тоньше, чем небный. Небный корень массивный, конусовидной формы. Иногда (особенно у второго большого коренного зуба) происходит сращение щечных корней между собой или щечного с небным, реже — всех трех корней. У первого большого коренного зуба корни длиннее, чем у второго, и больше расходятся в стороны (особенно небный корень). Верхняя часть корней этих зубов может быть слегка искривлена.

Положение больного, врача и пальцев левой руки такое же, как при удалении малых коренных зубов.

Удаляют большие коренные зубы раскачиванием в щечную и небную сторону. Вывихивание первого большого коренного зуба начинают в небную сторону, второго — в щечную. Зуб извлекают из лунки вниз и кнаружи.

Удаление третьего большого коренного зуба. Этот зуб имеет несколько, часто слившихся между собой корней, образующих конгломерат конусовидной формы. Коронка зуба меньше, а корни короче и более искривлены, чем у первого и второго больших коренных зубов. Для удаления этого зуба применяют специальные щипцы. Они имеют штыковидную форму, короткие и широкие щечки с закругленными концами и ямками (для охвата коронки зуба) с внутренней стороны.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр. При этом оцениваются знания как студента «больного»- правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента «врача»- на сколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия и уровня сложности. В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов правильности проведения этапов обследования больных интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

V. Преподавательские заметки

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам содержащим контрольными вопросы (приложение 1), Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме кратко. Четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками.(45 минут).

2. Решение контрольных тестов ,ситуационных задач Каждому студенту дается по одному тесту(приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-4 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение - задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность имитирования их, оценивает знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия (приложение 2). Дается 5-7 минут обдумывания, и решения задачи приступают к обсуждению между

подгруппами. Таким образом, ни один студент не остаётся в стороне от усвоения темы занятия.(45минут)

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на последовательность этапов обследования: осмотр, пальпацию, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель проводит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи второго уровня для контроля усвоения данной темы (приложение 4) (15минут).

4. В конце занятий подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

- a контрольные вопросы
- b темы самостоятельных работ
- c перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VI. Раздаточный материал

1. контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4)
2. ситуационные задачи (приложение 2)
3. тесты I уровня сложности (приложение 3)
4. тесты II уровня сложности (приложение 4)

VII. Оснащение практического занятия

- 1 инструменты для обследования
- 2 диапроектор слайды
- 3 муляжи
- 4 плакаты, альбомы
- 5 череп
- 6 рентгенологические снимки больных
- 7 Щипцы для удаления зубов верхней челюсти

VIII. Виды контроля знаний , умений и навыков

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал.

Дастся возможность улучшить оценку в течение недели после дополнительной подготовки в неурочное время

IX. Самостоятельная работа студентов

- щипцы используемые для удаления верхнего зуба мудрости
- способы обезболивания для удаления верхних резцов

X. Контрольные вопросы

1. Анатомическое строение верхней челюсти
2. Анатомическое строение зубов верхней челюсти
3. Тактика удаления верхнего резца и щипцы
4. Тактика удаления верхнего клыка и щипцы
5. Тактика удаления верхних малых коренных зубов и щипцы

6. Тактика удаления верхних больших коренных зубов и щипцы
7. Особенности удаления большого коренного зуба верхней челюсти
8. Положение врача и больного во время удаления зубов верхней челюсти

XI. Литература

Хирургическая стоматология Т.Г. Робустова стр.107-110

Тесты I –го уровня

1. При удалении больших коренных зубов верхней челюсти и их корней применяют:

- А) S-образно изогнутые щипцы с широкими щечками с шипиком
- Б) штыковидные щипцы с узкими щечками
- В) клювовидные щипцы
- Г) изогнутые под углом элеваторы
- Д) прямые щипцы

1. АБ. 2БВ. 3ВГ. 4ГД. 5АВ

2. У щипцов для удаления зубов верхней челюсти ось щечек и ось ручек:

- А) совпадают или параллельны
- Б) под прямым углом
- В) под углом 100 градусов
- Г) под углом 150 градусов
- Д) под углом 110 градусов

Ситуационная задача 1.

Женщина 60 лет обратилась к Вам в связи с тем, что ее беспокоят подвижность верхних 6,7 зубов слева и боли при приеме пищи в этих зубах, а также на отсутствие остальных зубов на верхней и нижней челюсти. При осмотре определяются отеки десневые сосочки в области 6,7 зубов, десна цианотична, кровоточит, изо рта неприятный запах. Подвижность зубов III-IV степени, атрофия альвеолярного отростка и патологические зубодесневые карманы.

1. Как хирург должен поступить с больной.

2. Как следует проводить лечение?

3. Определите вид обезболивания.

Ситуационная задача 2.

На прием к хирургу-стоматологу пришел больной 48 лет с жалобами на болящий характер в области верхнего левого 2 зуба, периодически усиливающиеся. При осмотре отмечается легкая гиперемия и отечность слизистой на уровне корня данного зуба, в этом участке имеется свищевой ход. На рентгенограмме в области корня имеется большой очаг разрежения костной ткани.

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Определите вид лечения.

ТЕМА №16

УДАЛЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. ОСОБЕННОСТИ УДАЛЕНИЯ РЕЗЦОВ, КЛЫКА, ПРЕМОЛЯРОВ, МОЛЯРОВ, УДАЛЕНИЕ НИЖНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА.

I. Цель занятия

Ознакомить студентов методами удаления отдельных групп зубов нижней челюсти и особенностями удаления нижнего третьего моляра.

II. Задачи практического занятия

- рассмотреть анатомическое строение нижней челюсти
- рассмотреть анатомическое строение зубов нижней челюсти
- рассмотреть удаление отдельных групп зубов нижней челюсти
- рассмотреть особенности удаления третьего большого коренного зуба нижней челюсти

III. Ожидаемые результаты

1. Знать особенности удаления нижних резцов , щипцы
2. Знать особенности удаления нижнего клыка , щипцы
3. Знать особенности удаления нижних малых коренных зубов , щипцы
4. Знать особенности удаления больших коренных зубов нижней челюсти
5. Знать особенности удаления третьего большого коренного зуба
6. Уметь правильно посадить больного при удалении зубов нижней челюсти

IV. Содержание практического занятия

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия , акцентирует внимание на проблемах удаления зубов нижней челюсти .

Перечень рассматриваемых вопросов

1. Удаление отдельных групп зубов нижней челюсти
2. Положение больного и врача при удалении зубов нижней челюсти
3. Особенности удаления большого третьего коренного зуба

Краткое изложение рассматриваемых вопросов

Удаление нижних резцов. У этих зубов один прямой, тонкий и значительно сдавленный с боков корень, имеющий в поперечном сечении форму овала. У бокового резца корень может быть слегка загнут. Кость с наружной стороны у альвеол в области этих зубов тоньше, чем с внутренней.

При удалении нижних резцов больной сидит в кресле в вертикальном положении, голова наклонена немного вперед, подбородок опущен. Врач стоит справа и несколько впереди больного; I пальцем левой руки он отодвигает нижнюю губу, а остальными пальцами и ладонью охватывает подбородок и удерживает нижнюю челюсть.

Удаляют нижние резцы щипцами, изогнутыми по ребру, с узкими щечками. Использование щипцов с широкими щечками может привести к повреждению соседнего зуба. Щипцы накладывают на зуб таким образом, чтобы одна из щечек располагалась с язычной стороны, другая — с губной, а ручки находились с наружной стороны челюсти. Вывихивают зуб из лунки путем раскачивания.

Удаление нижнего клыка. Корень этого зуба шире и длиннее, чем у резцов. Он сдавлен с боков, имеет конусовидную форму. На боковых поверхностях проходят хорошо выраженные продольные бороздки. Верхушка корня бывает искривлена, очень редко раздваивается на язычную и губную части. Наружная стенка альвеолы тоньше, чем внутренняя.

Положение больного при удалении нижнего клыка такое же, как и при удалении нижних резцов. Врач становится справа и впереди больного. При удалении левого клыка больной поворачивает голову несколько вправо, а правого — влево. Размещение пальцев левой руки врача аналогично положению при удалении нижних резцов.

Для удаления клыка используют щипцы, предназначенные для удаления нижних малых коренных зубов, имеющие более широкие щечки. Вывихивают зуб, раскачивая его вначале в губную, затем в язычную сторону.

Удаление нижних малых коренных зубов. Эти зубы имеют один закругленный, несколько сдавленный с боков (особенно в верхней части) корень. Иногда он искривлен. Корень второго малого коренного зуба более массивный и длинный, раздвоение его в области верхушки встречается очень редко. Щечная стенка альвеолы в этих зубах несколько тоньше, чем язычная, или обе стенки почти одинаковой толщины.

При удалении правых малых коренных зубов врач стоит справа и немного позади больного. Обхватив левой рукой его голову, он вводит в полость рта I и II пальцы и захватывает ими с двух сторон альвеолярный отросток. Одновременно II пальцем оттягивает угол рта и отодвигает щеку, I пальцем — язык. Остальными пальцами левой руки поддерживает нижнюю челюсть за подбородок^

Удаляя малые коренные зубы с левой стороны, врач становится справа и впереди больного, поворачивает его голову к себе. II пальцем левой руки он

отодвигает щеку, III пальцем - язык, I пальцем поддерживает нижнюю челюсть за подбородок.

Щипцы для удаления малых коренных зубов по форме и устройству такие же, как и для удаления нижних резцов, только с более широкими щечками.

Удаление нижних больших коренных зубов. Первый и второй нижний большие коренные зубы имеют два корня: передний и задний. Корни сдавлены в переднезаднем направлении, плоские. Передний корень более длинный и толстый, нередко имеет небольшой дугообразный изгиб вперед. Задний корень прямой, отклонен кзади. В ряде случаев наблюдается значительное расхождение и искривление корней.

Положение больного, врача и пальцев левой руки такое же, как при удалении малых коренных зубов (рис. 35, г). Удаление выполняют клювовидными или изогнутыми по плоскости щипцами. Они имеют широкие щечки с треугольными выступами (шипами) на концах. Щипцы накладывают и продвигают так, чтобы треугольные выступы (шипы) щечек вошли в промежуток между корнями. Вывихнутый из лунки зуб извлекают вверх и в щечную сторону.

Удаление третьего большого коренного зуба. Этот зуб также имеет передний и задний корни. Они могут срастаться в один корень конусовидной формы. Часто корни значительно искривлены и загнуты назад. В некоторых случаях этот зуб имеет три и более расходящихся или сросшихся корня. С наружной стороны альвеола имеет очень толстый компактный слой кости (за счет косой линии), с внутренней — тонкий.

>

Аномалии зуба (размеров, формы, прорезывания), особенности строения кости создают нередко большие трудности при его удалении. Положение больного, врача и пальцев его левой руки такое же, как при удалении малых и больших коренных зубов. Удаление производят клювовидными щипцами или щипцами, изогнутыми по плоскости, имеющими на конце щечек треугольные выступы.

Вывихивают зуб плавными движениями, смещая его вначале в язычную, затем в щечную сторону. Иногда удалить зуб щипцами не удастся, тогда применяют элеваторы. Извлекают зуб из лунки вверх и в сторону щеки.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр. При этом оцениваются знания как студента «больного»- правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента «врача»- на сколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия и уровня сложности. В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов правильности проведения этапов обследования больных интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

V. Преподавательские заметки

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам содержащим контрольными вопросы (приложение 1), Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме кратко. Четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками.(45 минут).

2. Решение контрольных тестов ,ситуационных задач Каждому студенту дается по одному тесту(приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-4 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение - задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность имитирования их, оценивает знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия (приложение 2). Дается 5-7 минут обдумывания, и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остаётся в стороне от усвоения темы занятия.(45минут)

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на последовательность этапов обследования: осмотр, пальпацию, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель проводит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи второго уровня для контроля усвоения данной темы (приложение 4) (15минут).

4. В конце занятий подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

- а контрольные вопросы
- б темы самостоятельных работ
- с перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VI. Раздаточный материал

1. контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4)
2. ситуационные задачи (приложение 2)
3. тесты I уровня сложности (приложение 3)
4. тесты II уровня сложности (приложение 4)

VII. Оснащение практического занятия

- 1 инструменты для обследования
- 2 диапроектор слайды
- 3 муляжи
- 4 плакаты, альбомы
- 5 череп
- 6 рентгенологические снимки больных
- 7 Набор щипцов для удаления зубов на нижней челюсти

VIII. Виды контроля знаний , умений и навыков

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал.

Дастся возможность улучшить оценку в течение недели после дополнительной подготовки в неурочное время

IX. Самостоятельная работа

- щипцы , используемые для удаления нижнего зуба мудрости
- способы обезболивания при удалении нижних резцов

X. Контрольные вопросы

1. Анатомическое строение нижней челюсти
2. Анатомическое строение зубов нижней челюсти

3. Тактика удаления нижнего резца и щипцы
4. Тактика удаления нижнего клыка и щипцы
5. Тактика удаления нижних малых коренных зубов , щипцы
6. Тактика удаления нижних больших коренных зубов , щипцы
7. Особенности удаления третьего большого коренного зуба
8. Положение больного и врача при удалении зубов нижней челюсти справа
9. Положение больного и врача при удалении зубов нижней челюсти слева

XI. Литература

Хирургическая стоматология Т.Г.Робустова стр.110-112

Тесты I- го уровня

1 .При помощи бормашины удаляют моляры нижней челюсти

- А) полуиррезавный 8 зуб
 - Б) зубы с резко искривленными корнями
 - В) при гиперцементозе верхушечной части корня
 - Г) при народоните IV стадии
 - Д) при периодонтите зуба с разделенными корнями
- 1АБВ, 2БВГ, 3ВГД, 4АГД, 5БГД

2.Во время удаления правых малых и больших коренных зубов нижней челюсти врач находится:

- А) справа и несколько кзади от больного
- Б) справа и спереди от больного
- В) справа от больного
- Г) слева от больного
- Д) слева и несколько кзади от больного

Ситуационная задача 1

Больной 28 лет поступил с жалобами на 6 нижний зуб и боли при накусывании. Местно- зуб под пломбой, розового цвета, на рентгенограмме- разрежение костной ткани в области бифуркации.

- 1 .Предварительный диагноз.
- 2.Тактика лечения.

Ситуационная задача 2.

Больная 60 лет поступила с жалобами на подвижность нижнего 4 зуба, невозможность накусывания. Местно: подвижность 3 степени, коронковая часть сохранена. При пальпации отмечается гнойное отделяемое из десневых карманов.

- 1.О каком заболевании следует думать?
- 2.Тактика лечения больного?
- 3.Какой инструмент Вы используете для удаления зуба?

ТЕМА №17

УДАЛЕНИЕ КОРНЕЙ ЗУБОВ ЩИПЦАМИ, ЭЛЕВАТОРАМИ И С ПОМОЩЬЮ БОРМАШИНЫ. ОБРАБОТКА РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА.

I. Цель занятия

- ознакомить студентов с методами удаления корней зубов щипцами ,элеваторами и бормашиной
- ознакомить с методами обработки раны после удаления зуба

II. Задачи практического занятия

- рассмотреть принципы удаления корней на верхней челюсти щипцами
- рассмотреть принципы удаления корней на нижней челюсти щипцами
- рассмотреть принципы удаления корней прямым элеватором

- рассмотреть принципы удаления корней угловым элеватором

III. Ожидаемые результаты

- знать удаления корней зубов с помощью щипцов и элеваторов
- знать удаление корней зубов с помощью бормашины
- уметь выбрать щипцы и элеваторы для удаления корней и зубов
- уметь пользоваться бормашиной и бором при удалении корней и зубов
- уметь проводить послеоперационный уход за лункой зуба

IV. Содержание практического занятия

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание на проблемах и вопросах удаления корней зубов щипцами, элеваторами и бормашиной.

Перечень рассматриваемых вопросов

1. Удаление корней зубов щипцами
2. Удаление корней зубов элеваторами
3. Удаление корней зубов с помощью бормашины
4. Обработка раны после удаления и уход за ней

Краткое изложение рассматриваемых вопросов

Перед наложением щипцов тщательно отделяют круговую связку и десну со всех сторон от удаляемого корня.

Удаление корней зубов верхней челюсти. Операцию производят специальными щипцами, различающимися по форме и строению. При удалении резцов и клыка применяют прямые щипцы, малых коренных зубов — S-образные, больших коренных зубов — штыковидные. Штыковидными щипцами можно удалять корни всех зубов верхней челюсти. Устройство щечек щипцов для удаления корней позволяет продвинуть их глубоко под десну и надежно захватить выступающую часть корня или участок кости вместе с корнем.

При удалении корней больших коренных зубов, соединенных перемычкой, пользуются штыковидными щипцами с широкими щечками. Одну щечку накладывают на небный корень, другую — на перемычку между щечными корнями или на передний щечный корень. Путем постепенного, раскачивания в щечную и небную сторону часто удается удалить все три корня или небный и передний щечный. Если во время удаления корни разъединяются, то их удаляют по одному вращательными движениями штыковидными щипцами с более узкими щечками.

Удаление корней зубов нижней челюсти. Корни всех зубов нижней челюсти удаляют щипцами, изогнутыми по ребру, реже — по плоскости с узкими, тонкими и сходящимися щечками. Ширина и толщина их бывают различными.

Удаление корней нижних резцов обычно не представляет трудности, так как они короткие, а стенки лунок тонкие. Техника вмешательства не отличается от таковой при удалении зубов.

У клыка массивный и длинный корень и более толстые стенки лунки, поэтому удалить корень его труднее, чем корень резцов. Удаление выполняют щипцами с более широкими щечками. Вывихивание производят путем раскачивания в губную и язычную сторону в сочетании с легкими вращательными движениями.

У нижних малых коренных зубов корень короче, чем у клыка, но более толстые стенки лунки. Из-за значительной толщины стенок лунки удаление их может оказаться сложным. Продвинуть глубоко щечки щипцов под десну и захватить корень не всегда возможно. Щечки щипцов часто упираются в толстый край лунки, продвинуть их глубже не удастся. Поэтому корни малых коренных зубов нередко приходится удалять, наложив щипцы на край лунки. Вывихивают их путем раскачивания в щечную и язычную сторону. Фоома корня позволяет производить и вращательные движения.

Удаление корней нижнего третьего большого коренного зуба из-за их анатомической формы, непостоянного числа и особенностей расположения в

альвеолярном отростке может представлять значительные сложности. Поэтому перед оперативным вмешательством необходимо с помощью рентгенографии получить сведения о топографии корней, их числе, форме и состоянии окружающей их кости.

Элеваторы применяют в тех случаях, когда удалить щипцами корни зубов, а в некоторых случаях и зубы невозможно. Чаще всего это бывает при расположении корня в глубине лунки. Использование в этих случаях щипцов нередко сопровождается значительным повреждением слизистой оболочки и костной ткани альвеолярного отростка, однако захватить корень все же не удастся. Вмешательство элеватором менее травматично. Иногда удаление нижнего третьего большого коренного зуба и зубов, расположенных вне зубного ряда (особенно со стороны твердого неба), выполнить элеватором легче, чем щипцами.

Положение больного в кресле и врача при использовании элеваторов такое же, как при удалении зубов щипцами. Перед удалением следует тщательно отделить со всех сторон десну от шейки зуба.

Удаление корней зубов прямым элеватором. Этим элеватором удаляют одиночные корни зубов верхней челюсти, имеющие коническую форму, а также разъединенные корни верхних больших коренных зубов.

Во время операции ручку элеватора держат правой рукой, концевую фалангу II пальца помещают на соединительный стержень рядом со щечкой. I и II пальцами левой руки врач захватывает альвеолярный отросток с наружной и внутренней стороны соответственно удаляемому зубу. Это позволяет контролировать введение элеватора, не опасаясь повреждения окружающей слизистой оболочки при случайном соскальзывании инструмента.

Элеватор вводят между удаляемым корнем и стенкой лунки или корнями верхних больших коренных зубов. Вогнутая часть щечки должна быть обращена к корню, выпуклая — к стенке лунки. Надавливая на ручку и одновременно вращая ее вокруг продольной оси то в одну, то в другую сторону, продвигают щечку элеватора в глубь лунки (рис. 37). При этом волокна периодонта, удерживающие корень, частично разрываются и корень немного смещается к противоположной стенке лунки.

Удаление корней зубов угловым элеватором. Угловым элеватором удаляют разъединенные корни нижних больших коренных зубов, редко — корни других зубов нижней челюсти. Ручку элеватора держат всеми пальцами и ладонью правой кисти, иногда помещают I палец на соединительный стержень. Расположение пальцев левой руки такое же, как при удалении нижних зубов щипцами.

Щечку элеватора вводят в периодонтальную щель вогнутой поверхностью к удаляемому корню или в промежуток между корнями большого коренного зуба. Ручка и соединительный стержень элеватора находятся со щечной стороны. Щечку внедряют вглубь между корнем и стенкой лунки, надавливая правой рукой на ручку, а I пальцем левой руки на соединительный стержень возле щечки. При этом щечка элеватора действует как клин, смещая корень в противоположную сторону и расширяя пространство между корнем и стенкой лунки. Одновременно с продвижением щечки поворачивают элеватор вдоль его продольной оси. В это время вогнутая часть щечки выталкивает корень из лунки.

Удаление зубов штыковидным элеватором (Леклюза). Шты-ковидный элеватор предназначен для удаления третьего нижнего большого коренного зуба при устойчивых первом и втором зубах. При отсутствии третьего большого коренного зуба им можно удалить второй большой коренной зуб нижней челюсти, если соседние с ним зубы достаточно устойчивы. Но к этому прибегают очень редко.

При удалении зуба этим элеватором положение больного и врача и его левой руки такое же, как при удалении нижних больших коренных зубов щипцами. Кистью левой руки удерживают нижнюю челюсть за подбородок, а I палец этой руки помещают на жевательную поверхность удаляемого и соседних зубов. Это

позволяет контролировать прилагаемое врачом усилие, удерживать опорный зуб от смещения и защитить от повреждения слизистую оболочку и органы полости рта при случайном соскальзывании инструмента.

Удаление зубов прямым элеватором. Прямым элеватором, кроме корней зубов, можно удалить третий нижний большой коренной зуб или зубы, прорезавшиеся вне зубного ряда.

При удалении третьего нижнего большого коренного зуба щечку элеватора вводят со щечной стороны, так же как и шты-ковидный элеватор, в межзубной промежутке между вторым и третьим зубами.

УДАЛЕНИЕ КОРНЕЙ ЗУБОВ С ПОМОЩЬЮ БОРМАШИНЫ

Корень зуба или его часть, оставшуюся в лунке, удалить щипцами и элеваторами иногда невозможно. Чаще это бывает, когда во время удаления зуба или травмы происходит перелом верхушечного отдела корня и все попытки извлечь его из глубины лунки описанными выше способами оказываются безуспешными. Нередко удалить корень не удается из-за значительного искривления его, гиперцементоза или аномалии формы и положения, а также когда он находится в глубине альвеолярного отростка и полностью покрыт костью и слизистой оболочкой. В этих случаях проводят операцию выпиливания корня. Она заключается в удалении бором наружной стенки лунки. После этого корень не сложно удалить щипцами или элеватором.

При удалении толстого наружного компактного слоя кости у нижних больших коренных зубов применяют другую методику (рис. 39). Небольшим шаровидным или конусовидным бором просверливают ряд отверстий в наружной стенке альвеолярного отростка по периферии удаляемого участка кости. Затем соединяют их между собой фиссурным бором; выпиленный участок кости легко отделяют элеватором или узким распатором. Окончательное выделение корней от прикрывшей их кости производят борами. При сохранявшейся межкорневой перемычке ее распиливают фиссурным бором. Угловым элеватором вывихивают вначале один из корней, а затем второй корень.

После извлечения корня из лунки острой хирургической ложкой удаляют из нее грануляционную ткань, мелкие костные осколки и опилки. Фрезой сглаживают острые края кости. В конце оперативного вмешательства рану обрабатывают 3 % раствором перекиси водорода и высушивают тампонами. Отслоенный слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и закрепляют швами из кетгута. В лунку удаленного корня рыхло вводят небольшую полоску марли, пропитанную йодоформной смесью¹. В первые сутки назначают анальгетики.

ОБРАБОТКА РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И УХОД ЗА НЕЙ

После извлечения зуба из лунки следует осмотреть его и убедиться, что все корни зуба и их части удалены полностью. Затем небольшой острой хирургической ложечкой обследуют вначале дно лунки и удаляют разрастания патологической грануляционной ткани или оставшуюся гранулему, а также попавшие туда во время удаления осколки кости или зуба. Затем проверяют целостность стенок лунки.

После удаления зуба в результате разрыва сосудов в тканях, окружающих его корень, из лунки происходит небольшое кровотечение. Оно обычно останавливается через 2—5 мин, кровь свертывается, лунка заполняется кровяным сгустком, защищающим ее от попадания инфекции из полости рта. В ряде случаев лунка не заполняется кровью, тогда в нее рыхло вводят полоску йодоформной марли. Удаляют марлю на 5—7-й день, когда стенки лунки покрываются грануляционной тканью.

После удаления зуба рана заживает вторичным натяжением. За счет сокращения отслоенной круговой связки зуба происходит сближение краев десны. Одновременно начинается организация кровяного сгустка в лунке, замещение его грануляционной, затем остеонной тканью. Процесс нормального заживления лунки протекает безболезненно. На 3—4-й день начинается развитие грануляционной ткани и к 14-му дню альвеола заполнена созревающей грануляционной тканью. В последующем в сроки от 1 до 4 мес происходит образование остеонной, а затем костной ткани.

Одновременно с образованием костной ткани происходит рассасывание краев лунки приблизительно на $\frac{1}{3}$ длины корня.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр. При этом оцениваются знания как студента «больного»- правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента «врача»- на сколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия и уровня сложности. В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов правильности проведения этапов обследования больных интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

V. Преподавательские заметки

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам содержащим контрольными вопросы (приложение 1), Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме кратко. Четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками.(45 минут).

2. Решение контрольных тестов ,ситуационных задач Каждому студенту дается по одному тесту(приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-4 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение - задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность имитирования их, оценивает знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия (приложение 2). Дается 5-7 минут обдумывания, и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остаётся в стороне от усвоения темы занятия.(45минут)

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на последовательность этапов обследования: осмотр, пальпацию, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель проводит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи второго уровня для контроля усвоения данной темы (приложение 4) (15минут).

4. В конце занятий подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

- a контрольные вопросы
- b темы самостоятельных работ
- c перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VI. Раздаточный материал

1. контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4)

2. ситуационные задачи (приложение 2)
3. тесты I уровня сложности (приложение 3)
4. тесты II уровня сложности (приложение 4)

VII. Оснащение практического занятия

- 1 инструменты для обследования
- 2 диапроектор слайды
- 3 муляжи
- 4 плакаты, альбомы
- 5 череп
- 6 рентгенологические снимки больных
- 7 набор щипцов , элеваторов

VIII. Виды контроля знаний , умений и навыков

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал.

Дастся возможность улучшить оценку в течение недели после дополнительной подготовки в неурочное время

IX. Самостоятельная работа

- фармакологические препараты , ускоряющие регенерацию раны
- уход за раной

X. Контрольные вопросы

1. Инструменты для удаления корней верхней челюсти
2. Инструменты для удаления корней нижней челюсти
3. Повторить анатомическое строение зубов верхней челюсти и нижней челюсти
4. Удаление корней центрального и бокового резца верхней челюсти , методика – инструменты
5. Удаление корней малых коренных зубов верхней челюсти , методика – инструменты
6. Удаление корней больших коренных зубов верхней челюсти , методика – инструменты
7. Удаление корня третьего большого коренного зуба верхней челюсти , методика – инструменты
8. Удаление корней нижних резцов и клыка , методика – инструменты
9. Удаление корней нижних малых коренных зубов , методика – инструменты
10. Удаление корней нижних больших коренных зубов , методика – инструменты
11. Удаление корней нижнего третьего большого коренного зуба , методика – инструменты
12. Принципы удаления корней зубов прямым элеватором
13. Принципы удаления корней зубов угловым элеватором
14. Удаление зубов штыковидным элеватором (Леклюза)
15. Принципы удаления корней с помощью бормашины
16. Принципы обработки раны после удаления зуба

XI. Литература

Хирургическая стоматология Т.Г.Робустова стр.113-123

Тесты I–го уровня

1. Виды элеваторов.
 - А). правый, левый, прямой
 - Б). изогнутый по плоскости
 - В). изогнутый по ребру
 - Г). двусторонний
 - Д). для верхней и нижней челюсти

2. Для приготовления йодоформного тампона используют:
- А). йодоформный спирт, эфир, глицерин
 - Б). йод, фурациллин
 - В). фурациллин, йод
 - Г). физиологический раствор, глицерин
 - Д) нет правильного ответа

Ситуационная задача I.

Больной 42 года, при удалении верхнего 2 зуба коронковая часть отломилась. Местно: лунка 2 зуба зияет, слизистая оболочка отечна, гиперемированная, при зондировании - корень зуба в глубине лунки.

1. Метод обезболивания при удалении этого зуба.
2. Дальнейшая тактика врача.
3. Какие инструменты необходимо использовать при удалении этого зуба

Ситуационная задача 2.

Больной 42 лет, поступил с жалобами на разрушенную коронковую часть верхнего 7 зуба, корни не разъединены. Зуб подлежит удалению с целью санации.

1. Какой инструмент вы используете для удаления данного зуба?
2. Выберите метод обезболивания.
3. Особенности удаления данного зуба.

ТЕМА №18

ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА_ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

I. Цель занятия

Ознакомить студентов с осложнениями, возникающими во время удаления зуба

II. Задачи практического занятия

- рассмотреть все виды местных осложнений, возникающие во время удаления зуба

III. Ожидаемые результаты

- знать виды местных осложнений во время удаления зуба
- знать диагностику местных осложнений (перелом коронки, корней, перелом и вывих соседнего зуба) и меры предупреждения.
- знать диагностику осложнений (повреждение десен, мягких тканей, отлом альвеолярного отростка, перелом и вывих челюсти) и меры предупреждения.
- знать диагностику осложнений (прободение дна верхнечелюстной пазухи, проталкивание корня в пазуху) и меры предупреждения
- уметь фиксировать нижнюю челюсть во время удаления зубов
- уметь диагностировать прободение верхнечелюстной пазухи (появление крови с пузырьками воздуха из лунки удаленного зуба)

IV. Содержание практического занятия

- В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание на проблемах и вопросах осложнения, возникающие во время удаления зуба.
- Перечень рассматриваемых вопросов
- 1.Перелом коронки и корня удаляемого зуба
- 2.Перелом и вывих соседнего зуба
- 3.Проталкивание корня зуба в мягкие ткани
- 4.Повреждение десен и мягких тканей
- 5.Отлом участка альвеолярного, вывих нижней челюсти, перелом нижней челюсти

- 6.Прободение дна верхнечелюстной пазухи

Краткое изложение рассматриваемых вопросов

Осложнения могут возникнуть как во время операции, так и спустя какой-то срок после нее! Они бывают общие и местные.

Перелом и вывих соседнего зуба может произойти, если этот зуб поражен кариозным процессом или недостаточно устойчив и его используют в качестве опоры во время работы элеватором. При переломе соседнего зуба надо решить вопрос о целесообразности его сохранения и возможности дальнейшего консервативного лечения. При неполном вывихе следует укрепить зуб шиной, при полном вывихе — произвести реплантацию.

Проталкивание корня зуба в мягкие ткани иногда происходит во время удаления третьего нижнего большого коренного зуба. Этому способствует рассасывание в результате патологического процесса тонкой внутренней стенки альвеолы или отламывание ее во время операции. При грубой работе элеватором, когда альвеолярный отросток не фиксируют пальцами левой руки, вывихнутый корень смещается под слизистую оболочку альвеолярного отростка в язычную сторону. При попытке извлечь корень его часто проталкивают еще глубже в ткани подъязычной, реже — поднижнечелюстной области.

Повреждение десны и мягких тканей полости рта происходит в результате нарушения техники операции и грубой работы врача. Так, при неполном отделении круговой связки от шейки зуба соединенная с ним десна может разорваться во время выведения зуба из лунки. Чаще всего это случается при удалении зубов на нижней челюсти. Происходит разрыв слизистой оболочки с язычной стороны лентообразной формы.

Отлом участка альвеолярного отростка. Наложение щечек щипцов на края лунки нередко сопровождается отломом небольшого участка кости. Обычно это не отражается на последующем заживлении.

Иногда в результате патологического процесса в периодонте происходит замещение его костной тканью и корень зуба плотно спаивается со стенкой альвеолы. Во время удаления такого зуба происходит отлом различных по величине участков альвеолярного отростка.

Вывих нижней челюсти может произойти при широком открывании рта и надавливании на челюсть щипцами или элеватором во время удаления нижних малых и больших коренных зубов, что чаще наблюдается у лиц пожилого возраста. Обычно возникает передний односторонний, реже — двусторонний вывих.

Перелом нижней челюсти. Это осложнение весьма редкое и встречается, по данным литературы, в 0,3 % всех случаев переломов нижней челюсти. Перелом нижней челюсти чаще всего происходит вследствие чрезмерного усилия при удалении третьего, реже — второго больших коренных зубов элеватором или долотом. Развитию этого осложнения способствует истончение или рассасывание кости в результате предшествовавшего патологического процесса (радикулярная или фолликулярная киста, амелобластома, хронический остеомиелит и др.). У пожилых людей вследствие атрофии костной ткани челюсти прочность ее снижается.

Прободение (перфорация) дна верхнечелюстной пазухи может произойти во время удаления верхних больших, реже — малых коренных зубов. Этому способствуют анатомические особенности взаимоотношения между корнями этих зубов и дном верхнечелюстной пазухи. При пневматическом типе строения пазухи верхушки корней больших и малых коренных зубов отделены от ее дна тонкой костной перемычкой. В области первого и второго больших коренных зубов толщина ее бывает 0,2—1 мм. Иногда верхушки корней этих зубов вдаются в пазуху и выступают над ее дном.

Проталкивание корня зуба в верхнечелюстную пазуху происходит при неправильном продвижении щипцов или прямого элеватора, когда корень

удаляемого зуба отделен от дна пазухи тонкой костной пластинкой или она в результате патологического процесса полностью рассосалась. Надавливая на корень зуба щечкой инструмента (вместо введения щетки между корнем и стенкой лунки), его смещают в верхнечелюстную пазуху. Иногда при этом отламывается небольшой участок кости и он тоже попадает в пазуху. В ряде случаев во время сведения ручек щипцов при недостаточно глубоко наложении щечек корень выскальзывает из охватывающих его щечек и попадает в пазуху.

Неврит нижнего луночкового нерва возникает вследствие повреждения его в нижнечелюстном канале при удалении больших коренных зубов. Верхушечный отдел корней этих зубов находится в непосредственной близости от нижнечелюстного канала.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр. При этом оцениваются знания как студента «больного»- правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента «врача»- на сколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия и уровня сложности. В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов правильности проведения этапов обследования больных интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

V. Преподавательские заметки

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам содержащим контрольными вопросы (приложение 1), Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответит. Ответ может быть дан в устной или письменной форме кратко. Четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками.(45 минут).
2. Решение контрольных тестов ,ситуационных задач Каждому студенту дается по одному тесту(приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-4 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение - задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность имитирования их, оценивает знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задачи по теме занятия (приложение 2). Дается 5-7 минут обдумывания, и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остаётся в стороне от усвоения темы занятия.(45минут)

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на последовательность этапов обследования: осмотр, пальпацию, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель проводит коррекции. Проверяют правильность заполнения

амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи второго уровня для контроля усвоения данной темы (приложение 4) (15 минут).

4. В конце занятий подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

- а контрольные вопросы
- б темы самостоятельных работ
- с перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VI. Раздаточный материал

1. контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4)
2. ситуационные задачи (приложение 2)
3. тесты I уровня сложности (приложение 3)
4. тесты II уровня сложности (приложение 4)

VII. Оснащение практического занятия

- 1 инструменты для обследования
- 2 диапроектор слайды
- 3 муляжи
- 4 плакаты, альбомы
- 5 череп
- 6 рентгенологические снимки больных
- 7 щипцы, элеваторы, бормашина, долото-молоток.

VIII. Виды контроля знаний, умений и навыков

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал.

Дастся возможность улучшить оценку в течение недели после дополнительной подготовки в неурочное время

IX. Самостоятельная работа

- методы профилактики осложнений
- тактика врача при прободении верхнечелюстной пазухи во время проведения операции удаления зуба.

X. Контрольные вопросы

1. Перелом коронки и корня удаляемого зуба
2. Перелом и вывих соседнего зуба
3. Проталкивание корня зуба в мягкие ткани
4. Повреждение десен и мягких тканей полости рта
5. Отлом участка альвеолярного отростка
6. Вывих нижней челюсти
7. Перелом нижней челюсти
8. Прободение (перфорация) дна верхнечелюстной пазухи
9. Проталкивание корня зуба в верхнечелюстную пазуху
10. Неврит нижнего луночкового нерва
11. Аспирация зуба или корня

XI. Литература

Хирургическая стоматология Т.Г.Робустова стр. 123-130

Тесты

- 1 Дайте определение следующему состоянию:

- А) спазм мозговых сосудов
- Б) аллергическая реакция
- В) сосудистая недостаточность

2. Тактика врача при перфорации верхнечелюстной пазухи

- А) устье закрывается йодоформным тампоном
- Б) тампонада лунки
- В) присыпают порошком анестезина
- Г) закрывают лунку лоскутом из переходной складки
- Д) все ответы верны

Ситуационная задача 1.

Больной 45 лет поступил с просьбой удалить верхний 7 зуб. Во время удаления появилась слабость, головокружение, потемнение в глазах, пульс слабый

1. Ваш диагноз.
2. Тактика оказания помощи.

Ситуационная задача 2.

Больной 22 лет поступил для удаления нижнего 6 зуба. После удаления зуба отмечается обильное кровотечение из лунки.

1. Причина данного осложнения.
2. Какие способы остановки кровотечения Вы знаете?

ТЕМА №19

МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА. ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА. АЛЬВЕОЛИТ, ОГРАНИЧЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, ОСТРЫЕ КРАЯ ЛУНКИ И ЕЕ ОБНАЖЕНИЕ. ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ.

I. Цель занятия

Ознакомить студентов местными осложнениями , возникающими после удаления зуба.

II. Задачи практического занятия

- рассмотреть местные осложнения , возникающие после удаления зуба
- рассмотреть местные причины осложнений , возникающие после удаления зуба
- рассмотреть общие причины осложнений , возникающие после удаления зуба

III. Ожидаемые результаты

1. Знать местные осложнения после удаления зуба
2. Знать методы остановки кровотечения
3. Знать причину , диагностику и лечение альвеолитов
4. Знать проведение ухода за лункой при различных ситуациях
5. Уметь очистить , промыть , рыхло тампонировать лунку зуба
6. Уметь выбрать метод введения кровоостанавливающих препаратов

IV. Содержание практического занятия

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия , акцентирует внимание на проблемах осложнений , возникающих после удаления зубов .

Перечень рассматриваемых вопросов

1. Кровотечение . Местные и общие причины .
2. Общие способы остановки кровотечения .
3. Профилактика кровотечений .
4. Луночковая послеоперационная боль (альвеолит) .
5. Ограниченный остеомиелит лунки .

Краткое изложение рассматриваемых вопросов

Удаление зуба, как всякая другая операция, сопровождается кровотечением. Через несколько минут кровь в лунке свертывается, кровотечение прекращается. Однако в некоторых случаях оно самостоятельно не останавливается, продолжается длительное время (первичное кровотечение). Иногда кровотечение прекращается в обычные сроки, но спустя некоторое время появляется вновь (вторичное кровотечение). Продолжительные кровотечения чаще всего обусловлены местными причинами, реже — общими.

Местные причины. В большинстве случаев первичное кровотечение возникает из сосудов мягких тканей и кости вследствие травматично проведенной операции с разрывом или разрывом десны и слизистой оболочки полости рта, отломом части альвеолы, межкорневой или межальвеолярной перегородки. Кровотечение из глубины лунки обычно связано с повреждением сравнительно крупной зубной веточки нижней альвеолярной артерии. Обильным кровотечением может сопровождаться удаление зуба при развившемся в окружающих тканях остром воспалительном процессе, так как сосуды в них расширены и не спадаются.

Общие причины. Длительные кровотечения после удаления зуба бывают при заболеваниях, характеризующихся нарушением процесса свертывания крови или нарушениями сосудистой системы. К ним относятся геморрагические диатезы: гемофилия, тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа), геморрагический васкулит, геморрагический ангиоматоз (болезнь Рендю-Ослера), ангиогемофилия (болезнь Виллебранда), С-авитаминоз; заболевания, сопровождающиеся геморрагическими симптомами: острый лейкоз, инфекционный гепатит, септический эндокардит, сыпной и брюшной тиф, скарлатина и др.

Местные способы остановки кровотечения. Пинцетом и хирургической ложкой удаляют кровяной сгусток, марлевыми тампонами высушивают лунку и окружающие

участки альвеолярного отростка. Осмотрев рану, определяют причину кровотечения, его характер и локализацию.

Общие способы остановки кровотечения. Одновременно с остановкой кровотечения местными способами применяют средства, повышающие свертывание крови. Их назначают после определения состояния свертывающей и противосвертывающей систем крови (развернутая коагулограмма). В экстренных случаях, до получения коагулограммы, внутривенно вводят 10 мл 10 % раствора кальция хлорида или 10 мл 10 % раствора глюконата кальция, или 10 мл 1 % раствора амбена. Одновременно с этими препаратами вводят внутривенно 2—4 мл 5 % раствора аскорбиновой кислоты. В дальнейшем общую гемостатическую терапию проводят целенаправленно, исходя из показателей коагулограммы.

Профилактика кровотечения. Перед удалением зуба необходимо выяснить, не было ли у больного длительных кровотечений после случайного повреждения тканей и произведенных ранее операций. При склонности к кровотечению перед хирургическим вмешательством делают общий анализ крови, определяют количество тромбоцитов, время свертывания крови и продолжительность кровотечения, составляют развернутую коагулограмму. При отклонении показателей гемостаза от физиологической нормы проводят мероприятия, направленные на повышение функциональной активности свертывающей системы крови (введение раствора кальция хлорида, аминокaproновой и аскорбиновой кислоты, викасола, рутина и других препаратов), консультируют больного у гематолога или терапевта.

Альвеолит — воспаление стенок лунки — развивается чаще всего после травматично проведенной операции, снижающей защитные свойства тканей. Возникновению его способствуют: проталкивание в лунку во время операции зубных отложений или содержимого кариозной полости зуба; оставление в ней патологической ткани, осколков кости и зуба; длительное кровотечение из раны; отсутствие в лунке кровяного сгустка или механическое разрушение его; нарушение больным послеоперационного режима и плохой уход за полостью рта.

Ограниченный остеомиелит лунки зуба. В лунке удаленного зуба появляется острая пульсирующая боль, возникает боль в соседних зубах. Появляется слабость, сильная головная боль. Температура тела 37,6—37,8 °С и выше, иногда бывает озноб. Больной не спит, не может работать.

Сгусток крови в лунке отсутствует, дно и стенки ее покрыты грязно-серой массой со зловонным запахом. Окружающая лунку зуба слизистая оболочка краснеет, отекает, надкостница инфильтрируется, утолщается. Пальпация альвеолярного отростка с вестибулярной и оральной стороны в области лунки и на соседних участках резко болезненна. При перкуссии рядом стоящих зубов возникает боль. Околочелюстные мягкие ткани отечны, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, плотные, болезненные. При остеомиелите лунки одного из нижних больших коренных зубов из-за распространения воспалительного процесса на область жевательной или медиальной крыловидной мышцы открывание рта часто ограничено.

Острые края альвеолы. Луночковая боль может быть вызвана выступающими острыми краями лунки, травмирующими расположенную над ними слизистую оболочку. Острые края альвеолы чаще всего образуются после травматично проведенной операции, а также после удаления нескольких рядом стоящих зубов или одиночно расположенного зуба (за счет атрофии кости на соседних участках). Боль появляется через 1—2 дня после удаления зуба, когда края десны над лункой начинают сближаться. Костные выступы травмируют расположенную над ними слизистую оболочку десны, раздражая находящиеся в ней нервные окончания.

Обнажение участка альвеолы. В результате травмы десны во время удаления зуба может образоваться дефект слизистой оболочки альвеолярного отростка. Появляется обнаженный, не покрытый мягкими тканями участок кости, вызывающий боль при тепловом и механическом раздражении. Обнаженный участок кости надо «скусить» костными кусачками или спилить бором. Рану следует закрыть слизисто-надкостничным лоскутом или марлей, пропитанной йодоформной смесью.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр. При этом оцениваются знания как студента «больного»- правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента «врача»- на сколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия и уровня сложности. В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов правильности проведения этапов обследования больных интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

V. Преподавательские заметки

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам содержащим контрольными вопросы (приложение 1), Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме кратко. Четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками.(45 минут).

2. Решение контрольных тестов ,ситуационных задач Каждому студенту дается по одному тесту(приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-4 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение - задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность имитирования их, оценивает знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задачи по теме занятия (приложение 2). Дается 5-7 минут обдумывания, и решения задачи приступают к обсуждению между

подгруппами. Таким образом, ни один студент не остаётся в стороне от усвоения темы занятия.(45минут)

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на последовательность этапов обследования: осмотр, пальпацию, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель проводит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи второго уровня для контроля усвоения данной темы (приложение 4) (15минут).

4. В конце занятий подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

- a контрольные вопросы
- b темы самостоятельных работ
- c перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VI. Раздаточный материал

1. контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4)
2. ситуационные задачи (приложение 2)
3. тесты I уровня сложности (приложение 3)
4. тесты II уровня сложности (приложение 4)

VII. Оснащение практического занятия

- 1 инструменты для обследования
- 2 диапроектор слайды
- 3 муляжи
- 4 плакаты, альбомы
- 5 череп
- 6 рентгенологические снимки больных
- 7 больные , йодоформный тампон

VIII. Виды контроля знаний , умений и навыков

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал.

Дастся возможность улучшить оценку в течение недели после дополнительной подготовки в неурочное время

IX. Самостоятельная работа студентов

- кровотечение и методы остановки
- оказание помощи при альвеолитах

X. Контрольные вопросы

1. Кровотечение – местные причины .Местные способы остановки кровотечения .
2. Кровотечение – общие причины .Общие способы остановки кровотечения .
3. Профилактика кровотечения .
4. Альвеолит – причина , диагностика , лечение , профилактика .
5. Ограниченный остеомиелит лунки – причина , диагностика , лечение , профилактика.
6. Острые края альвеол – причина , диагностика , лечение , профилактика .
7. Обнажение участка альвеолы – лечение .

8. Неврит нижнего луночкового нерва – клиника , лечение .

XI. Литература

Хирургическая стоматология Т. Г. Робустова стр. 129-139

Тесты

1. Через сколько дней может появиться после операционная боль в области лунки удаленного зуба

- А) 1-3 дня
- Б) 4-5 дня
- В) 6-7 дня
- Г) 8-10 дней
- Д) 3-4 часов

2. Поздним осложнением после удаления зуба является:

- А) перелом коронки зуба
- Б) альвеолит лунки
- В) вывих соседнего зуба
- Г) остеомиелит лунки
- Д) пародонтоз

1) БГ 2) БД 3) АД 4) ЛВ 5) ВД

Ситуационная задача 1.

Больной 48 лет. Во время удаления корней верхнего 6 -го зуба обнаружено сообщение с гайморовой пазухой слева. Местно: корни 6-го удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из пазухи нет. Появилось кровотечение из носа.

- 1) Ваш диагноз.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Определите объем оказываемой помощи.

Ситуационная задача 2

Больной 72 года , 3 дни назад был удален верхний 4 зуб. Беспокоят боли по краям альвеолярных отростков верхней челюсти. Местно: лунка зуба под организовавшимся сгустком. При пальпации определяется болезненность.

- 1. Поставьте диагноз.
- 2. Лечение.

3 курс 6 семестр

Тема 2

Хронический периодонтит. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Исходы. Методы хирургического лечения.

Ситуационная задача №1

Б/я 19 лет жалуется на боли в зубе 7, ноющего характера. Периодически боли стихают. Состояние улучшается. Из анамнеза больной: боли появились около 1 года назад. Ранее у терапевта – стоматолога зуб был лечен, каналы запломбированы, после пломбирования появились боли при накусывании и зуб стал слегка подвижен. На рентгенограмме отмечаются очаг разрежения костной ткани с нечеткими границами. При осмотре полости рта в области зуба на переходной складке имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При осмотре зуба цвет изменен , перкуссия положительная. Имеется подвижность зуба 1 степени. При зондировании свищевой ход проходит до верхушки 7.

- 1) Ваш диагноз, тактика врача.
- А) хронический гранулирующий периодонтит.
- Б) хронический пульпит
- В) хронический фиброзный периодонтит
- Г) хронический гранулематозный периодонтит

2)Какое осложнение может быть при лечении этого зуба.

- А) обострение хронического периодонтита
- Б) периостит
- В) остеомиелит
- Г)флегмона щеки
- Д) лимфаденит

Ситуационная задача.№ 2

Больной 30 лет, обратился сохранить/6 , так как он является опорой мостовидного протеза. Из анамнеза больного : зуб лечен 2 года назад с целью протезированию под мостовидный протез. При осмотре полости рта от /3до /6 на слизистой оболочке с вестибулярной стороны на уровне медиального щечного корня имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При рентгенологическом исследовании /6 определяются тени пломбировочного материала в небном и дистальном корнях на всем протяжении, у медиального щечного корня имеется такая же тень у устья канала, а в области верхушки этого корня отмечается разрежение костной ткани без четких границ размером 0,2 x 0,3 см.

1)Поставьте диагноз.

- А) хронический гранулирующий периодонтит
- Б) хронический гранулематозный
- В) хронический фиброзный
- Г) хронический пульпит

2)Какими хирургическими методами можно сохранить зуб.

- А) резекция верхушки корня зуба
- Б) гемисекция
- В) реплантация
- Г) ампутация

Тема №3. Хронический периодонтит, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, исходы. Методы хирургического лечения. Гранулирующий, гранулематозный и фиброзный периодонтит. Особенности клиники, диагностики и дифференциальной диагностики. Операция реплантация, трансплантация, аллотрансплантация, резекция верхушки корня зуба, гемисекция и ампутация. Показания, методика проведения, исходы.

Цель занятия:

- ознакомить студентов разновидностями хронических периодонтитов;
- ознакомить студентов клиникой, диагностикой и методами лечения хронических периодонтитов.

Задачи:

- рассмотреть разновидности хронических периодонтитов;
- обсудить клинику, диагностику, дифференциальную диагностику хронического фиброзного периодонтитов;

- обсудить клинику, диагностику, дифференциальную диагностику хронического гранулематозного периодонтита;
- разобрать клинику, диагностику, дифференциальную хронического гранулематозного периодонтита;
- разобрать рентгенологическую характеристику хронических периодонтитов;
- обсудить методы хирургического лечения хронических периодонтитов, показание – (реплантация, трансплантация, аллотрансплантация, резекция верхушки корня зуба, гемисекция и ампутация).
- продемонстрировать один из видов хирургического метода лечения периодонтитов.

Ожидаемые результаты:

Студент должен знать разновидности хронических периодонтитов:

- понимать роль хронических периодонтитов в возникновении одонтогенной инфекции;
- уметь различать виды хронических периодонтитов;
- уметь определить показания к хирургическому методу лечения хронических периодонтитов;
- уметь читать рентгеновские снимки;
- должен представить (теоретически) виды лечения хронических периодонтитов.

Содержание практического занятия

В начале занятия преподаватель объясняет актуальность темы занятия, акцентирует внимания студентов что, 85% воспалительных заболеваний является осложнением периодонтитов. В этиологии всех (одонтогенных воспалительных заболеваний лежит расположение различных форм хронических периодонтитов)

В теоретической части, прежде чем рассматривать вопросы изучаемой темы, преподаватель активизирует получение знание об особенностях строения периодонта, функции периодонта, распространение одонтогенной инфекции через апикальные ткани и классификации.

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. разновидности хронических периодонтитов;
2. клиника хронического фиброзного периодонтита;
3. клиника хронического гранулирующего периодонтита;
4. клиника хронического гранулематозного периодонтита;
5. методы хирургического лечения периодонтитов.

Краткое изложение рассматриваемых вопросов.

Хронический периодонтит верхушечный хроническое воспаление в периодонтите, возникающие по переходу острого процесса в хронической или формирующийся, минуя острую стадию.

Хронический периодонтит встречается чаще, чем острый. Различают гранулирующий, гранулематозный и фиброзный периодонтит.

Клиническая картина. При фиброзном периодонтите больные обычно жалоб не предъявляет. При жевании или перкуссии не отмечается чувствительности зуба или болевых ощущений. При обследовании полости рта нужно обнаружить зуб с некротизированной пульпой. Только при редко возникающем обострении процесса появляется болезненность при жевании. Исследование зуба и постукивание по его коронке вдоль продольной оси может быть слабо болезненным. На рентгенограмме выявляется расширение линии периодонтита, главным образом у верхушки отдела корня зуба. Иногда в результате гиперцементоза обнаруживается значительное утолщение верхушечного участка корня. Костная пластинка, ограничивающая расширение линию периодонта, нередко утолщена, склерозирована.

Гранулирующий периодонтит является наиболее активной формой хронического периодонтита и даёт весьма многообразную клиническую картину. Жалобы при гранулирующем периодонтите весьма различным. Чаще больные жалуются на болезненность при приеме твердой и горячей пище, иногда боль усиливается при давлении.

Гранулирующий периодонтит часто дает обострение различной интенсивности.

Активность воспалительного процесса появляется периодическими болями в зубе при надавливании на него или закусывании. При вовлечении в патологический процесс прилегающих мягких тканей на слизистой оболочке возникает свищевой ход. Он располагается чаще на уровне верхушке пораженного зуба в виде точечного отверстия или маленького участка взбухающих грануляций.

Нередко при гранулирующем периодонтите свищевой ход открывается на коже.

При прорастании хронического гранулирующего очага в периодонт надкостницу и в мягкие ткани, окружающие челюсти - подслизистую и подкожную клетчатку, возникает одонтогенная гранулёма. Различают три типа одонтогенной гранулемы:

Поднадкостничную, подслизистую и подкожную. Гранулематозный периодонтит (гранулёма).

Эта форма около верхушечного хронического воспалительного процесса часто развивается из гранулирующего периодонтита и протекает менее активно. Клиническая картина:

Течения гранулематозного периодонтита бывает различным. Нередко гранулёма долго не увеличивается или растет крайнее медленно. При этом больные часто не предъявляют жалоб. Лишь случайно при рентгенологическом исследовании

обнаруживается Гранулематозный очаг. Гранулемы, также как и очаги хронического гранулирующего периодонтита, нередко располагаются не у самой верхушки корня зуба, а несколько сбоку. При этом на поверхности альвеолярного отростка соответственно проекции верхушки корня в результате происходящего перестройке костной ткани и явлении оссифицирующего периостита можно обнаружить небольшое безболезненное выбухание без четких границ. На рентгенограмме при гранулематозном периодонтите в около верхушечной области определяется округлый очаг разрежение костной ткани с четкими равными границами. При правильно проведенном лечении на месте гранулематозного очага определяются изменения, характерные для фиброзного периодонтита, или образование участка склерозированной костной ткани. Фиброзный периодонтит под вниманием лечебных мероприятий, иногда и самопроизвольно может произойти рубцевание гранулирующего.

5. Хирургического лечение хронического периодонтита заключается в удалении зуба, реплантации, операции резекции верхушки корня зуба. Хирургическое лечение в виде удаления зуба проводят по правилам, изложенном в главе V. После удаления зуба при гранулирующем и гранулематозном периодонтитах следует тщательно выскоблить грануляционные разрастание или гранулемы. При наличии свищевого хода на десне следует провести его ревизию и выскоблить грануляции по всей его протяженности. В отдельных случаях целесообразно иссечь свищевой ход и рану зашить, наложив 2-3 кетгутовых шва. ' При хронический гранулирующем периодонтите, осложненном под слизистой, под надкостничной, подкожной гранулемами, после удаления зуба проводят выскабливание гранулематозных разрастаний из - под слизистой оболочки, надкостницы, подкожной клетчатки, кожи. Реплантация зуба - возвращение в лунку удаленного зуба. Операция проводится при безуспешности или невозможности консервативной терапии, нежелательности удаления зуба. Она заключается в удалении зуба, выскабливании патологических тканей из альвеолы и с поверхности корня. После пломбирования каналов и резекции корней, зуб вводят в лунку и фиксируют там. Производят реплантацию преимущественно многокорневых зубов. Удаления зуба производят осторожно, стараясь не травмировать тканей зубной альвеолы и прилегающих мягких тканей. Осторожно проводят кюретаж альвеолы, убирая грануляционные разрастания или гранулему, стараются сохранить волокна периодонта по боковой поверхности альвеолы и круговую связку. Промывают рану теплым изотоническим раствором хлорида натрия с добавлением антибиотиков, фурацилина и рыхло тампонируют стерильной марлей. Удаленный зуб впеменно помещают в какую-либо емкость, содержащую теплый (36,6° C) изотонический раствор хлорида натрия с добавлен 1ем антибиотиков или нитрофурановых препаратов. Пломбируют полость зуба и каналы цементом или бысротвердеющей пластмассой, отпиливают верхушки его корней. После туалета кости зуб помещают в альвеолу и

фиксируют его при помощи проволочной шины, защитной пластинки из быстротвердеющей пластмассы, каппового аппарата на 2-3 нед. Следует обратить внимание на то, что приживление зуба возможно при его покое. Поэтому он должен быть исключен из прикуса, для чего ошлифовывают бугры реплантированного зуба или его антагониста. В послеоперационном периоде назначают анальгин, амидопирин, метиндол и другие препараты, щадящую диету, дают рекомендации по гигиеническому содержанию полости рта, особенно при наложении закрепляющих шин.

Трансплантация зуба - пересадка зуба в другую альвеолу - производится редко. Она показана при удалении разрушенного зуба и при возможности пересадки на его место сверхкомплектного зуба. Методика операции идентична реплантации зуба. Однако исходы не всегда бывают благоприятными. Заживление часто осложняется из-за травмы кости при формировании зубной альвеолы для зуба. Резекция верхушки корня зуба. Эта операция показана, когда невозможно устранить хронический воспалительный процесс в периодонте с помощью Консервативных методов лечения, а также в тех случаях, когда канал зуба закрыт застрявшим в нем инородным телом (головка бора, обломок пульпэкстрактора и др.), препятствующим дальнейшему лечению периодонтита. Она также показана при недостаточном выполнении канала твердеющим пломбировочным материалом (цемент), при перфорации стенки корня в верхушечном отделе во время оперативного вмешательства по поводу хронического остеомиелита, распространявшегося на верхушку корня соседнего зуба. В основном производят резекцию верхушки корня резцов или клыка, а также малых коренных зубов на нижней челюсти, реже - на верхней.

Эта операция не показана при остром периодонтите или обострении хронического периодонтита, в случаях значительной подвижности зуба при заболеваниях пародонта, а также при разрушении коронки зуба. Гемисекция и ампутация корня. Гемисекция - это резекция и удаление одного из корней с патологическим очагом у верхушки. Операцию производят чаще у первых и вторых больших коренных зубов на верхней и нижней челюсти. Показанием к гемисекции является резорбция кости меж корневыми перегородками, перфорация одного из корней.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, учатся проводить опрос больного (сбор анамнеза) осмотр зубов перкуссия, заполнения зубной формулы. Проводить дополнительные методы исследования ОД и рентген.

В аналитической части проводится решение ситуационных задач по теме занятия II уровень сложности (приложение 4)

В конце занятия проводится обсуждение занятия (раскрыта или нет все поставленные задачи) интерпретация ошибок.

Преподавательские заметки.

1. Проводится проверка базового знания студентов по определенным листам, содержащим контрольные вопросы (приложение 1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопросов, на которой студент должен отвечать устно или письменно, кратко, четко, не пользуясь конспектами и учебниками.
 2. Решение контрольных тестов и ситуационных задач. Каждому студенту раздается по одному тексту ситуационных задач. Дается 5-7 листов для подготовки, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждение между студентами. Со стороны педагога отмечается активные студенты, и оцениваются их знания. Студентов разделяя на 4 подгруппы решаются ситуационные задачи. Таким образом, все студенты будут активно участвовать во время усвоения темы.
 3. Практическая часть занятия проводится в поликлиники (в лечебном кабинете). Опрос и обследование больного проводится в стоматологическом приеме под руководством преподавателя. Поводит осмотр, пальпация, инструментальное обследование зубов, зубочелюстной системы. Заполнение истории болезни, решаются ситуационные задачи II уровня.
 4. В конце занятия подводится итог занятия. Преподаватель подчеркивает успех каждого студента, недоработки в теоретической и практической подготовленности, выставляет рейтинговые баллы, объявляя студентам, задает домашнее задание.
1. контрольные вопросы следующей темы.
 2. темы самостоятельной работы.
 3. перечень дополнительной литературы.

Раздаточный материал.

1. Контрольные вопросы для исходного уровня знания (приложение 4)
2. Ситуационные задачи (приложение 2)
3. Тесты I уровня сложности (приложение 3)
4. Тесты II уровня сложности (приложение 4)

Оснащение практического занятия

1. Рентгеновские снимки больных с хроническим периодонтитом.
2. Альбом с заболеваниями зубов
3. Тематические больные
4. Инструменты для обследования (стоматологическое зеркало, пинцет и т.д.)
5. ЭОД аппарат

IX .Виды контроля знаний умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах.

Практическая часть отображается в дневнике. Итоговая оценка объявляется и вставляется в журнал.

Улучшение оценки можно в течении недели неурочное время.

X. Самостоятельная работа студентов.

1. Рентген диагностика хронических форм периодонтита
2. Методика проведения резекции верхушки корня.

XI. Контрольные вопросы

1. Периодонт – анатомия, функции
2. Периодонтит – пути проникновения инфекции
3. Классификация периодонтитов
4. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика хронического фиброзного периодонтита.
5. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика хронического гранулирующего периодонтита
6. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика хронического гранулематозного периодонтита
7. Рентгенологическая характеристика хронических периодонтов.
8. Понятие об обострении хронических периодонтитов.
9. Показания к хирургическим методам лечения хронических периодонтитов.
10. Резекция верхушки корня при хроническом периодонтите
11. Реплантация и его виды
12. Ампутация и гемисекция
13. Исходы хронических периодонтитов.

Литература

1. Робустова Т.Г. – хирургическая стоматология – 1990
2. Шаргородский А.Г. – Воспалительные заболевания челюстно – лицевой области – 1985
3. Боровский П.Ф. – Терапевтическая стоматология – 1989

Тесты I уровня

1. Какой из методов хирургического лечения не проводят при хроническом периодонтите
 - а) резекция верхушки корня
 - б) реплантация зуба
 - в) удаление зуба

- г) гемисекция корня зуба
- д) операция Видмана – Неймана

2. Установите соответствие форм заболевания и лечения, проводимом при них

- 1) острый периостит
 - 2) острый периодонтит
 - 3) острый остеомиелит
 - 4) хронический периодонтит
 - а) резекция верхушки корня
 - б) раскрытие корневого канала
 - в) периостотомия
 - г) вскрытие гнойных очагов, остеоперфорация
- 1) в 2) б 3) г 4) а

3. Показания к гемисекции корня зубов

- а) резорбция кости межкорневой перегородки
 - б) острый периодонтит
 - в) глубокий внутрикостный карман
 - г) перфорация корня
 - д) обострение хронического периодонта
- 1) а, в, г 2) а, д, г 3) а, б 4) в, д 5) г, д

4. Установите соответствие рентген – картины и формы хронического периодонтита

- а) хронический фиброзный периодонтит
 - б) хронический гранулирующий периодонтит
 - в) хронический гранулематозный периодонтит
- 1) в околоверхушечной области округлый очаг разрушения с четкими развитыми границами
- 2) расширение линии периодонтита
- 3) очаг разрежения костной ткани с нечеткими границами в области верхушки зуба
- 1) – в 2) – а 3) – б

II уровень

5. Хирургический метод лечения периодонтитов заключающийся в возвращении в лунку удаленного зуба называется:

- а) трансплантация
- б) аллотрансплантация
- в) гемисекция

- г) ампутация
- д) реплантация

ответ: д.

- 6) Показание к операции резекции верхушки корня.
- а) недопломбировка канала зуба
- б) хронический воспалительный процесс в периодонтите
- в) острый периодонтит
- г) подвижность зуба
- д) пародонтит

Ответ: а.б.

Ситуационные задачи:

1. Больная 19 лет жалуется на боли в зубе. На рентгенограмме отмечается очаг костной ткани с нечеткими границами. При осмотре полости рта в области зуба на переходной складке имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. 1) Ваш диагноз, тактика врача 2) Какое осложнение может быть при лечении этого зуба.

2. Больной 30 лет, обратился с просьбой сохранить /6 так как он является опорой мостовидного протеза. От /3 до /6 на слизистой оболочке на уровне медиального щечного корня имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При рентгенологическом исследовании /6 определяется тень пломбировочного материала в небном и дистальном корнях на всем протяжении, у медиального щечного корня имеется такая же тень у устья канала, а в области верхушки этого корня отмечается разрежение костной ткани без четких границ размером 0,2 x 0,3 см. Поставьте диагноз, какими хирургическими методами можно лечить зуб.

1. Тема 4

(6 семестр): Острый гнойный периостит. Клиническая картина. Профилактика. Лечение. Хронические периоститы челюстей. Особенности. Диагностика и лечение. Дифференциальная диагностика периоститов.

2. Цель занятия:

Ознакомить студентов с этиопатогенезом периостита челюстей, обучить методом диагностики и лечения периостита челюстей.

3. Задачи практического занятия:

1. Повторить анатомическое строение верхней и нижней челюсти.
2. Обсудить и повторить этиопатогенез одонтогенных воспалительных процессов.
3. Повторить пути распространения одонтогенной инфекции.
4. Повторить классификацию воспалительных заболеваний ЧЛЮ.

5. Обсудить этиопатогенез периостита челюстей.
6. Рассмотреть клинику, диф.диагностику периостита челюстей.
1. Ознокомить с методами лечения периостита челюстей.

4. Ожидаемые результаты.

1. Студент должен знать анатомическое строение нижней и верхней челюсти.
2. Студент должен знать путь распространения одонтогенной инфекции.
3. Студент должен знать классификацию воспалительных заболеваний нижней челюсти.
4. Студент должен знать как проводить клинический осмотр больных.
5. Студент должен уметь проводить опрос больного с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.
6. Студент должен знать этиопатогенез периостита челюстей
2. Студент должен знать клинику периостита челюстей.
3. Студент должен уметь диагностировать периостит челюстей и проводить дифференциальную диагностику.

V. Содержание практического занятия.

Вначале занятие преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах, объясняет необходимость изучения диагностики и лечения больных с воспалительными заболеваниями ЧЛЮ: острый гнойный периостит. Клиническая картина. Профилактика. Лечение. Хронические периоститы челюстей. Особенности, диагностика и лечение Дифференциальная диагностика периоститов. В теоретической части, прежде чем рассматривать вопросы изучаемой преподаватель активизирует полученные прежде знания об анатомическом строении верхней и нижней челюсти, пути распространения одонтогенных инфекций.

III. Перечень рассматриваемых вопросов по теме и методы их реализации.

1. этиология и патогенез воспалительных заболеваний, пути распространения одонтогенной инфекции, патанатомия.
2. клиническая картина острого серозного и гнойного периостита.
3. диагностика и диф.диагностика острого периостита челюстей.
4. местное и общее лечение периоститов.

Острый гнойный периостит острое гнойное воспаление надкостницы. Поражается пакоствница альвеолярного отростка, реже тела челюсти, еще реже - небной стороны или подъязычной складки. Чаще процесс развивается на нижней челюсти. Заболевание возникает у лиц молодого и среднего возраста, чаще у мужчин.

Этиология: при исследовании гноя в случае острых гнойных периоститов находят смешенную микрофлору, состоящую из стрептококков различных видов, грамположительных и громотрицательных палочек и нередко гнилостных бактерий.

Патогенез: острый гнойный периостит является осложнением острого или обострения хронического периодонтита. Этот процесс может также возникать при затрудненном прорезывании зубов, нагноении радикулярных кист воспаления полуретинированных, ретинированных зубов, воспаление пародонта. Иногда заболевание развивается после травматического удаления зуба или при активизации инфекции после вмешательства. Общие неблагоприятные факторы: охлаждение, переутомление, стрессовые ситуации – являются фоном для развития воспалительного процесса.

Патологическая анатомия - При развитии острого процесса в надкостнице микроскопически наблюдаются утолщение ее за счёт отека, разволокнения и частичное отторжение от подлежащей кости. Микроскопически она и прилежащая мягкая ткань инфильтрирована лейкоцитами, имеются сосудистые сужения: полнокровие сосудов, стаз и участки кровоизлияния в отдельных местах. В серозном экссудате вокруг микроорганизмов – возникают микроабсцессы – эти очаги сливаются между собой, образуя значительную массу гнойного экссудата, который ещё больше отслаивает надкостницу.

Клиническая картина и лечение. Клиническая картина острого гнойного периостита челюстей может быть разнообразной и зависит от этиологических, патогенетических факторов, локализации и протяженности воспалительного процесса. Чаще поражается надкостница с вестибулярной стороны челюстей. В таких случаях наблюдаются жалобы, но боли, припухлость мягких тканей лица, нарушение общего самочувствия повышение температуры тела. Боль иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва: в ухо, висок глаз. Могут наблюдаться общие жалобы на головную боль, недомогание, плохой сон. Больной нередко сообщает, что вначале появились боли в области зуба, а через 1-3 дня - припухлость ткани. Температура тела 37,3-38 градусов.

В результате интоксикации наблюдается: общая слабость, разбитость, потеря аппетита, бессонница.

Лечение: острого гнойного периостита челюсти должны быть комплексным и состоять из оперативного вскрытия гнояника и консервативной лекарственной терапии и др.

Оперативное лечение: переостотомия - вскрытие поднадкостничного очага и создание оттока. Оперативное вмешательство по поводу острого гнойного периостита производят под местным обезболиванием - проводниковой и инфильтрированной анестезией. При небном абсцессе разрез проводят в области наибольшего выбухания тканей или у средней линии неба в виде треугольной формы, что обеспечивает более свободный отток гноя.

В практической части занятия. Проводиться курация больных по теме, если тематических больных нет студенты, создав группы по 3 человека, один из которых имитирует больного с периоститом челюстей, другой, обследующего врача, проводится опрос больного и осмотр. При этом оцениваются знания как студента – «больного» - правильно ли предъявляет жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента-«врача» - насколько корректно, логично, целенаправленно со знанием темы проводит обследование больного. При обследовании больных

необходимо научить студента проводить пальпацию и различать симптом «флюктуации».

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия II уровня сложности (приложение 4). В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов, правильности проведения этапов обследования больных интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

Преподавательские заметки

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам, содержащим контрольные вопросы. Каждому студенту даётся опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко, чётко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками. (45 мин).

2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту даётся по одному тесту (приложение 3) или ситуационной задачи. Даётся 5-7 мин для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами.

Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления, оценивает их знания. Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия (приложение 2). Через 5-7 мин обдумывания и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Т.о., ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия (45 мин).

3. практическая часть занятия проводится в поликлинике или стационаре.

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекцию. Проверяет правильность заполнения амбулаторных карт, историй болезни. Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля уровня усвоения данной темы (приложении 4) (135- мин).

4. В конце занятия подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

Преподаватель задаёт домашнее задание:

- А) контрольные вопросы следующей темы
- Б) темы самостоятельных работ студентов
- С) перечень дополнительной литературы (24 мин)

Раздаточный материал.

- 1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение-4)
- 2. Ситуационные задачи (приложение-2)

3. Тест I уровня сложности (прил. – 3)
4. Тест II уровня сложности (прил. – 4)

VII Оснащение практического занятия.

Учебная таблица распространения одонтогенной инфекции.

Альбом по воспалительным заболеваниям.

Учебные слайды.

Череп, нижняя челюсть, инструменты для обследования больных (стоматологическое зеркало, пинцет. и др.)

VIII. Виды контроля знаний умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента, и отображается в дневнике по практической работе.

IX. Самостоятельная работа студентов.

1. Дифференциальная диагностика острого периостита челюсти с острым остеомиелитом
2. Принципы лечения периостита челюстей.

X. Контрольные вопросы.

1. Анатомическое строение нижней челюсти и верхней челюсти.
2. Гистология и физиология костной ткани и периоста
3. Связь периодонта с надкостницей
4. Этиология патогенез острого одонтогенного периостита.
5. Методы обследования больных и диагностика острого одонтогенного периостита.
6. Дифференциальная диагностика острого одонтогенного периостита.
7. Причина возникновения периостита.
8. Клиника острого одонтогенного периостита.
9. Лечение острого одонтогенного периостита.
10. Осложнение острого одонтогенного периостита

XI. Литература.

1. Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология» Москва «Медицина» 1990 г.
2. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи» Москва «Медицина» 1985 г.

Тесты I уровня.

1. Острый гнойный периостит альвеолярного отростка верхней челюсти со стороны неба называется.

- А) небный абсцесс
- Б) небный периостит

- В) небный гнойник
- Г) небная флегмона
- Д) небный фурункул

2. Причиной острого гнойного периостита чаще всего является:

- А) осложнение острого или обострения хронического периодонтита
- Б) нагноение радикулярных кист
- В) затруднение прорезывания зубов
- Г) активизация инфекции после травматического удаления зуба
- Д) общие неблагоприятные факторы.

3. Характерный объективный клинический признак острого гнойного периоста:

- А) диффузный болезненный инфильтрат с одной стороны
- Б) муфтообразное утолщение альвеолярного отростка
- В) воспалительный отек
- Г) сглаженность переходной складки
- Д) крепитация

4. Характерный признак оссифицирующего периостита:

- А) наличие свищевого хода
- Б) переходная складка сглажена, отмечается флюктуация
- В) утолщения костной ткани
- Г) пергаментный хруст
- Д) подвижности группа зубов.

Тесты II уровня

5. Для острого гнойного периостита не характерно:

- А) подвижность причинного зуба
- Б) сглаженность переходной складки
- В) флюктуация по переходной складке
- Г) муфтообразное утолщение челюсти
- Д) припухлость мягких тканей лица.

6. Острый гнойный периостит не вызывает:

- А) синегнойная палочка
- Б) стафилококк
- В) стрептококк
- Г) анаэробы
- Д) микобактерия

7. Какой исход не характерен для острого гнойного периостита:

- А) самопроизвольное вскрытие
- Б) остеомиелит
- В) гайморит
- Г) флегмона
- Д) абсцесс.

8. При остром гнойном периостите характерный признак в морфологии местных тканей.

- А) полная отслойка
- Б) некроз надкостницы
- В) отек и утолщение надкостницы
- Г) частичная отслойка ткани
- Д) некроз костной ткани

Ситуационные задачи.

1. Больной в 28 лет обратился в клинику хирургической стоматологии с жалобой на боли в области нижней челюсти. Боле беспокоят 4 дня. На 2 день боли усилились при осмотре: отечность нижней губы. Подбородочной области. Какие зубы могли послужить причиной развития острого одонтогенного периостита. Какие дополнительные методы исследования можно провести?

Ответ:

- 1. Причинные зубы 21 12
- 2. Рентгенологическое исследование
- 3. ЭОД

2. При осмотре больного Е. 21г, внешних изменений нет, региональные лимфатические узлы увеличены. В полости рта на твёрдом небе припухлость в области верхних 5,6 слева овальной формы. Воспалительного отёка нет. Больной жалуется на боли пульсирующего характера, усиливающиеся при разговоре и приеме пищи. Что следует подозревать? Какое лечение необходимо провести?

Ответ:

- 1. Абсцесс твердого неба.
- 2. Разрез треугольной формы с удалением лоскута.
- 3. Общее противовоспалительная терапия
- 4. Удалить причинный зуб

3. При осмотре больного Е. 26 лет объективно: отечность верхней губы, крылья носа подняты, губа выступает вперед. В преддверии гиперемия и отек слизистой. Поражены верхних 1,2,3, слева и верхние 1,2, справа. Ваш предварительный диагноз, тактика и последующее лечение?

Ответ: 1. Острый гнойный периостит верхней челюсти

- 2. Рентген зубов
- 3. Периостотомия с удалением зуба.

4. Балной 36 лет, обратился к стоматологу с жалобами на общее недомогание, температура 38,5, отек щеки справа. Из анамнеза болел в

течение трех дней, сначала болел 5 зуб. При осмотре в подглазничной, щечной области имеется отек, гиперемия кожи, в складку собирается. В полости рта 5 зуб - коронковая часть разрушена, перкуссия болезненна, переходная складка с вестибулярной стороны сглажена, определяется флюктуация.

1 Диагноз

2 План лечения

Ответ: 1. Острый гнойный периостит

2. Периостотомия с удалением 5-го зуба

6. Больная 67 лет обратилась к стоматологу с жалобами на появление время от времени припухлости в области нижней челюсти справа. При осмотре в области 543 зубов имеется припухлость, слизистая гиперемирована, отечна, 543 поражены пародонтитом средней степени тяжести, подвижность III степени.

1. Диагноз

2. План лечения.

I. Тема №5. Одонтогенный остеомиелит челюсти, классификация, этиология, современное представление о патогенезе. Патологическая анатомия. Определенные термины «Остеомиелит», классификация остеомиелитов челюстей, этиология и патанатомия остеомиелитов челюстей, современные теории патогенеза остеомиелита челюстей.

Количество часов-4 часа.

Практическое занятие №5 Количество часов - 3 часа

I. Тема: «Одонтогенный остеомиелит челюстей, классификация, этиология.

Современное представление о патогенезе. Патологическая анатомия»

II. Цель занятия:

Ознакомить студентов с этиологией, патогенезом, остеомиелитом челюстей, классификацией и современными теориями о патогенезе.

III. Задачи.

- Рассмотреть пути распространения одонтогенной инфекции

- Рассмотреть этиологические и патогенетические аспекты

остеомиелита челюсти, разобрать классификацию и современное представление о патогенезе.

- Повторить и укрепить знания о патологической анатомии
остеомиелита.

IV. Ожидаемые результаты.

- Студенты должны освоить причину возникновения одонтогенного
остеомиелита челюсти.

- Понимать роль профилактики стоматологических заболеваний
возникновении остеомиелита челюсти

- Студенты должны знать классификацию остеомиелитов челюсти.
Студенты должны знать роль микрофлоры в патогенезе остеомиелита
челюсти.

- Студенты должны знать роль иммунной системы патогенезе
остеомиелита челюсти

- Студенты должны знать освоить патологическую анатомию острого
гнойного остеомиелита челюстей

V. Содержание практического занятия.

Вначале занятия преподаватель объясняет актуальность темы занятия,
внимание студентов на патологии остеомиелит челюсти, объясняет
необходимость изучения этиологические факторы остеомиелита,
современные представления о патогенезе.

В теоретической части

Преподаватель повторяет вместе со студентами строение челюстей,
признаки воспаления, пути распространения одонтогенной инфекции,
значение околоверхушечных маргинальных зубных очагов.

Перечень рассматриваемых вопросов:

I. Этиология остеомиелитов челюсти

II. Патогенез остеомиелитов челюстей

III. Роль иммунного статуса в возникновении остеомиелита челюстей

IV. Классификация остеомиелитов челюстей

V. Патологоанатомическая характеристика остеомиелита челюстей.

Краткое изложение рассматриваемых вопросов.

I. Возбудители одонтогенных воспалительных заболеваний - это микро
организмы, обычно входят в состав нормальной микрофлоры полости рта. Стафилококки,
стрептококки, энтерококки, диплококки, грамположительные, грамотрицательные палочки,

кроме того, в очагах одонтогенной инфекции иногда обнаруживаются грибы микоплазмы, простейших из семейств сперохет, трихомонад.

Возникновение инфекционно воспалительного процесса во многих определяется состоянием иммунологической реактивности организма. Инфекционный процесс служит проявлением взаимодействия микроорганизма, свойство микробов в известной мере влияет на характер течение воспалительного процесса, обуславливая те или иные особенности проявления заболевания.

II. Каким путём слабопатогенные и непатогенные микроорганизмы проникая из полости рта в периодонт Лестную ткань вызывает там развития бурного инфекционно-воспалительного процесса? Феномен Н. Artnus и Г.М. Сахарова. Правда, при одонтогенных заболеваниях действуют антигены иной природы чем в опытах Артюса Сахарова. В роле антигена у них выступают продукты жизни деятельности микробов структурные элементы микробной клетки

Нарушение кровообращения (микроциркуляция) В конце XIX века А.А Бобров и Е Lexer, обобщив свои клинико-экспериментальные наблюдения, сформулировали так называемую эмболическую теорию гемотогенного остеомиелита.

Нейротрофическая расстройство, возникающие в челюстях при поражении соответствующих нервов, также могут снизить их резистентность к инфекции, способствовать развитию остеомиелита с обширной деструкцией костной ткани. Подобный вывод был сделан Г.И. Семенченко (1956).

Клинически можно определить три стадии течения процесса: острую, подострую и хроническую и выделяют ограниченное и диффузное поражение.

При диффузном остеомиелите нижней челюсти следует различать:

1. Поражение тела челюсти
2. Поражение ветви челюсти изолированное или с поражением альвеолярного отростка и тела челюсти
3. Поражение половины нижней челюсти, все нижние челюсти на верхней челюсти остеомиелит чаще бывает ограниченными

III. Патологическая анатомия.

Микроскопически в начальных стадиях острого гнойного остеомиелита отдельные участки костного мозга отмечаются своей темно красной окраской. В дальнейшем при наступившем гнойном расплавлении костного мозга среди этих темно красных участков появляется желтоватые очажки, постепенно сливающийся друг с другом распространяющийся на другие прилежащие отделы кости. Микроскопически в костном мозге обнаруживаются множественные, различных размеров очаги гнойной инфильтрации и гнойного расплавления тканей, содержащие значительное число микроорганизмов. Постепенно гнойные очаги сливаются между собой. В участках пораженной кости

обнаруживаются значительные изменения сосудов: расширение, стаз, тромбоз и гнойное расплавление тромбов. В окружности пораженного участка кости наблюдается расширение сосудов, многочисленные кровоизлияния. Костный мозг находится в стадии инфильтрации серозным экссудатом.

IV. В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты имитируют больного. Студенты учатся проводить опрос больного (сбор анамнеза) исключительно под наблюдением врача учатся правильно заполнять форма №43, зубную формулу

Заключительный раздел – П.3 – освоение практических навыков (2го порядка)

Проводится демонстрация фантомов, альбомов в конце обучают требуемые действия студентов порядок везения дневников порядок заполнения истории болезни – и т.п.

В аналитической части занятия проводится разбор клинического случая, решения ситуационных задач I и II порядка. В конце занятия преподаватель даёт обобщение по остеомиелиту челюстей. Обсуждает рассмотренных истории болезни, рентгеновские снимки, интерпретация ситуационных задач и тестов с выявлением допущенных ошибок каждым студентом.

V. Преподавательские заметки.

1. занятие начинается с проверки базового знания студентов группе. Для чего всем присутствующим раздаются опросные листы с напечатанными контрольными вопросами, каждому студенту указывается номер вопроса которого он должен разъяснить при этом требуется конкретнее короткие ответы на поставленные вопросы. Категорический запрещается пользоваться конспектами, учебниками.

2. решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту или ситуационной задаче. Дается 5-7 минут обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать тесты и ситуационно задачи со студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов клиническое мышление и оценивать знания по подготовленным критериям, студенты из 12 человек разделяется на 3 под группы, и в каждой дается по одной ситуационной задаче по теме и обсуждается.

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете)

Обследование больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обсуждения проводятся последовательно обучая студентов. Анализируя полученные данные студента с преподавателем ставит предварительный диагноз.

В конце занятия. Проводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки, ошибки в теоретической, практической части

занятия и вставляет рейтинговый балл. Объявляя его студентам. Преподаватель отвечает на вопросы студентов объявляя домашняя задания и тема для GPC

Раздаточный материал.

1-контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.(приложение тор)

2. ситуационные задачи (приложение 2)
3. тесты 1 уровня сложности (при 3)
4. тесты 2 уровня сложности (при 4)

Оснащение практического занятия.

1. Альбом по воспалительным заболеваниям
2. Диaproектор и слайды
3. Муляжи челюстей
4. Инструменты для обследования больных

Виды контроля знания умения и навыков.

Оценка теоретических знания проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течение недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

Самостоятельная работа студентов

1. Теория получения остеомиелита по Дерижанову
2. Патологическая анатомическая характеристика острого одонтогенного остеомиелита челюсти.

Контрольные вопросы

1. Анатомические строения верхней и нижней челюсти
2. Пути проникновения одонтогенной инфекции
3. Понятие остеомиелит
4. Этиология остеомиелита
5. Патогенез остеомиелитов
6. Патологическая анатомия
7. Классификация остеомиелитов
8. Статистика

Литература

- 1 Основная: учебник «Хирургическая стоматология» под редакцией Т.Г.

Робустовой

П.Г. Шагородский «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области»

Соловьев М.М, И.А. Худояров «Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области».

Острый остеомиелит.

тест I уровня

- 1) причина развития одонтогенной остеомиелита челюстей является воспалительные
 - а) Лимфоузлы
 - б) Слюнные железы
 - в) Периапикальные ткани
 - г) Верхнечелюстная пазуха
 - д) Место перелома челюсти
- 1) По этиологии остеомиелит наиболее часто встречается
 - а) Одонтогенный
 - б) Гематогенный
 - с) Травматический
 - д) Стоматогенный
 - е) Риногенный
- 2) Установите соответствие автора и теории возникновения остеомиелита
 - а) Инфекционно – эмболическая теория
 - б) Нейротрофическая теория
 - с) Теория сенсibilизации
 1. Боброва – Лексера
 2. Дерижанова
 3. Семенченко

1)а 2) с 3) б
3. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является:
 1. Обострение хронического периодонтита
 - Перелом челюсти
 - Острый лимфаденит
 - Острый периостит
 - Травма плохо поставленным протезом

А, г 2) б, в 3) г, д 4) б, д 5) а, в
- 4) острую фазу одонтогенного остеомиелита дифференцируют с:
 - а) острым периодонтитом
 - б) острым гнойным периоститом
 - в) нагноившейся дермоидной кистой
 - г) лимфангиомой

д) нейрофиброматозом

1) а, б в 2) г, д 3) а 4) в, г 5) а, б

2. контрольные тесты

I уровень

5. Установите соответствие путей распространения гнойно–воспалительных процессов:

Гематогенный путь

Лимфогенный путь

Контактный

1) По лимфатическим сосудам

2) По кровеносным сосудам

3) По системе костных каналов

а) 2 б) 1 с) 3

В этиологии гнойно – воспалительных процессов ЧЛЮ не участвует

Анаэробы

Вирусы

Специфическая инфекция

Кишечная инфекция

Кокковая флора

Какой классификацией мы пользуемся при изучении острых одонтогенных процессов

Евдокимова – Васильева

Лукьяненко

Лукомского

Колесова – Грифьяна

Груздева – Соловьева

II уровень

В гнойно – воспалительных заболеваниях основную роль играют:

Микоплазмы

Актиномицеты

Патогенные

Анаэробы

Микобактерии

1) в, г 2) а, б, в, 3) в, д 4) б, в, 5) а, д.

В патогенезе гнойно – воспалительных процессов ЧЛЮ не играет роль

Пол больного

Резистентность организма

Сенсибилизация

Рост больного

Топографо – анатомические особенности тканей ЧЛЮ

1) а, г 2) а, б 3) г, у 4) б, в, г

III уровень

10. Больная в 33 лет поступила с жалобами на припухлость лица, постоянную боль нижней челюсти справа, иррадирующую в ухо, висок онемения нижней губы справа, повышение температуры тела 38 С, слабость.

Анамнез: 2 года назад был пробированный 6 зуб, пломба выпала к врачу не обращалась. Периодически 6 болел. Неделью назад появилась боль нижней челюсти справа. 2 дня назад появилась припухлость лица в области справа шейки и десны, онемение нижней губы появилась боль и подвижность рядом стоящих 875 зуба обратилась к врачу.

1. Ваш диагноз

2. Дайте патологоанатомическую характеристику (фокуса) воспаление

1. Острый одонтогенной остемилит нижней челюсти справа.

2. Участки костного мозга отличается своей тёмной окраской, множественные различных размеров очаги гнойной инфильтрации и.т.д.

11. Больной 40 лет обратился в поликлинику на сильные боли нижней челюсти повышенной температурой 38,8.

Из анамнеза: несколько дней тому назад заболел 7 зуб. При осмотре отметок мягкой тканей и подчелюстной области, кожа в цвете не изменилась, собирается в складку.

В полости рта имеется отёк мягкой ткани десны с вентибюлярной и язычной стороны. Изо рта зловонный запах

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Определите этиологический фактор, объясните путь распространения инфекции.

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти справа.

2. Одонтогенный фактор 7 зуба. По протяжной системе костных тканей.

I. ТЕМА № 7

«ПОДОСТРАЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ СТАДИИ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ. КЛИНИКА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ»

количество часов: 3,0

II. Цели занятия

1. НА ОСНОВАНИИ ИМЕЮЩИХСЯ ЗНАНИЙ ПО ВОПРОСАМ ВОСПАЛЕНИЯ ОБУЧИТЬ СТУДЕНТОВ КЛИНИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПОДОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ.

III. ЗАДАЧИ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

1. УКРЕПИТЬ ЗНАНИЯ СТУДЕНТОВ, ПОЛУЧЕННЫЕ НА ПРЕДЫДУЩИХ ЗАНЯТИЯХ.
2. РАССМОТРЕТЬ КЛИНИКУ И ДИАГНОСТИКУ ПОДОСТРОЙ СТАДИИ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ.
3. РАССМОТРЕТЬ КЛИНИКУ И ДИАГНОСТИКУ ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ.
4. УМЕТЬ ОБСЛЕДОВАТЬ БОЛЬНОГО С ПОДОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ.
5. УМЕТЬ ПРОВОДИТЬ РЕВИЗИЮ, ВЫСКАБЛИВАНИЕ СВИЩЕВЫХ ХОДОВ.
6. УМЕТЬ НАПРАВИТЬ БОЛЬНОГО НА РЕНТГЕНООБСЛЕДОВАНИЕ И ГРАМОТНО ОПИСЫВАТЬ КОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ.
7. УМЕТЬ ОБОСНОВАТЬ ПРОВОДИМОЕ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

IV ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

1. Студент должен хорошо знать анатомические функциональные особенности верхней и нижней челюсти
2. Знать этиологию развития воспалительных явлений в кости (теории остеомиелита Боброва-Лексера, Дерижанова, Семенченко).
3. Знать основные классификации остеомиелита челюстей (Паникаровский-Григорян, Бернадский, Шаргородский, Азимов М.И.).
4. Уметь дифференцировать остеомиелит одонтогенный от травматического
5. Знать клинику подострого и хронического остеомиелита челюсти, уметь дифференцировать с флегмонами и другими воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области
6. Знать факторы и причины перехода острого остеомиелита в подострую и хроническую стадии.
7. Анализировать данные рентгенологического обследования при подострой и хронической стадиях остеомиелита- уметь читать рентгеновские снимки.
8. Знать показания к проведению операции секвестрэктомия – этапы операции, возможные ошибки, осложнения.

V СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

Раскрывая тему, преподаватель используя таблицы и слайды, показывает динамику патанатомических изменений в кости при переходе острой стадии в подострую, а затем и в хроническую. Фактор воспаления, играя защитную роль, пытаясь отделить некротизированный участок от здоровой кости, приводит к образованию демаркационной зоны (линии). Важную роль при переходе острой стадии в хроническую играют образующиеся свищевые ходы, открывающиеся чаще в полости рта и реже, на коже лица. Разбирая вопросы рентгенодиагностики одонтогенного остеомиелита, следует на рентгенограммах показать формы деструктивных изменений в кости при хроническом остеомиелите – так называемая гнездовая форма. Выраженность продуктивных изменений при хроническом остеомиелите нижней челюсти на рентгенограмме характеризуется эндостальной и периостальной перестройкой кости.

В хронической стадии возможны отдельные обострения, характеризующиеся ухудшением общего состояния больного. В одних случаях задержка гноя ведет к

открытию свищевого хода, в других, инфекция, проникая в мягкие ткани околочелюстных пространств, приводит к образованию абсцессов и флегмон.

Сроки секвестрации, в зависимости от локализации очага (альвеолярный или кортикальный участки), занимают от 3-4 до 12-14 недель.

При проведении секвестрэктомии, в виду того что очаги грануляционной ткани часто содержат микрофлору, приходится проводить выскабливание грануляций (некрэктомию).

Среди множества классификаций остеомиелита в последние годы следует выделить Соловьёва М.М. – Худоярова И.А., Шаргородского А.Г., Паникаровского В.В, Григоряна А.С.(1975 год).

Для обозначения первично хронических остеомиелитов целесообразно применять такие же термины в зависимости от преобладания деструктивных или же продуктивных процессов. В то же время следует считать обоснованной попытку М.М.Соловьёва конкретизировать в классификации одонтогенного остеомиелита такое понятие, как «деструкция кости.» Рассматриваются литическая и секвестрирующая форма деструкции.

Лечение должно состоять из удаления причинного гангренозного зуба (если он не был удалён ранее) и секвестрирующихся участков челюсти.

Секвестрэктомию на нижней челюсти проводят через 5-6 недель с момента начала острого процесса, на верхней – через 4-5 недель. (Бернадский Ю.И. 1984)

VI ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ

Исходя из времени, отведенного на практическое занятие (3 часа) и раздаточного материала, заготовленного по теме (контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи) преподаватель стремится к максимальному использованию имеющихся средств обучения для развития и укрепления:

1. теоретических знаний
2. аналитических способностей
3. практических навыков

Такое деление занятия весьма условно, но оно обязательно должно иметь место на каждом занятии.

1. Теоретический раздел. Глубокие теоретические знания являются важнейшим фундаментом в деятельности врача. Касаясь конкретно темы занятия, учитель, направляя и добавляя ответы студентов, должен добиться понимания студентами:
А) патогенеза подострой и хронической стадии одонтогенного остеомиелита челюстей;
Б) клинических проявлений в тканях при отдельных формах остеомиелита
В) дифф. Диагностики отдельных форм остеомиелита между собой и с другими воспалительными процессами ЧЛЮ
Г) Уметь назначить лечение больным с отдельными формами остеомиелита (объём хирургического и медикаментозного вмешательства). Теоретические знания студентов должны составлять около 35-45 % при проведении градации оценки.
2. Аналитический раздел. — должны быть использованы ситуационные задачи в различных вариантах – может быть зачитана ситуационная задача для всей группы, раздаётся по одной ситуационной задаче на двух студентов. При этом на ответ даётся не более 2-3 минут. Привлекая студентов к приёму больных важно обращать внимание (способствовать) на повышение коммуникационной способности обучающихся - проведение опроса больных, умение общения с больным, правильные акценты при сборе анамнеза в зависимости от рассматриваемой патологии, грамотность интерпретирования клинических и лабораторных исследований. Важным элементом аналитического раздела является умение правильно заполнять необходимую медикаментозную документацию.

Студент должен аккуратно и последовательно вести тетрадь, в которой отражены практические занятия и дневник по приёму больных.

При градации оценки аналитический раздел должен составлять 30-35% от оценки.

3. Практические навыки. Опыт показывает, что это один из наиболее сложных аспектов занятия. Для его успешного решения в частности на 3 курсе следует широко использовать имеющиеся наглядные пособия – муляжи, таблицы, фантомы, демонстрацию слайдов. Преподаватель должен отразить уровень усвоения студентом отдельных практических навыков:
1. проведение осмотра полости рта
 2. умение собрать анамнез у больного
 3. уметь провести параллель между пораженным зубом с имеющейся патологией в околозубных тканях.
 4. знать оптимальные сроки для рентгенологического обследования больного
 5. Уметь обосновать назначенное медикаментозное и хирургическое лечение. Важным элементом практического раздела является самостоятельная работа студентов – небольшие доклады и разборы в присутствии всей группы. Практический раздел составляет около 35-45% от общей оценки.

VII. РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов (ПРИЛОЖЕНИЕ №1)
2. Ситуационные задачи (ПРИЛОЖЕНИЕ №2)
3. Тесты первого уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №3)
4. Тесты второго уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №4)

VIII. ОСНАЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

1. Диапроектор и слайды по классификации, клинике и лечению остеомиелита
2. Муляжи (кость на разрезе)
3. Череп, нижняя челюсть
4. Таблицы, плакаты, альбомы по клинике, классификации и лечению остеомиелита челюстей.
5. Рентгено снимки с хронической фазой остеомиелита (литическая и секвестрирующая формы)
6. Инструмент для обследования и операции при секвестрэктомиях
7. Курация больных в палатах и перевязочной

IX ВИДЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, НАВЫКОВ И УМЕНИЙ

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

X. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

1. Рентгенологическая диагностика хронического остеомиелита челюстей.
2. Сроки образования секвестров при хроническом остеомиелите челюстей.

XI КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Факторы, способствующие переходу острой фазы остеомиелита в подострую и хроническую.
2. Патанатомия подострого и хронического остеомиелита челюстей.
3. Клиника подострой фазы остеомиелита
4. Клиника хронического одонтогенного остеомиелита челюстей.
5. Дифференциальная диагностика хронического остеомиелита нижней челюсти с фиброзной дисплазией, остеосаркомой, специфическими поражениями.
6. Медикаментозная терапия при подострых и хронических стадиях одонтогенного остеомиелита.
7. Рентгенодиагностика при различных формах остеомиелита челюстей.
8. Осложнения при различных формах остеомиелита челюстей.
9. Хирургические вмешательства при остеомиелите челюстей. Секвестрэктомия, вскрытие абсцессов и остеофлегмон, показания к проведению.

XII ЛИТЕРАТУРА:

1. БАЖАНОВ Н.Н.,” Хирургическая стоматология . Москва , 1979 .”
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г.”Учебник хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии”, Москва , 2000г.
3. Бернадский Ю.Ю. “ Основы хирургической стоматологии “ Киев , 1984 .
4. Дунаевский В.А. “ Хирургическая стоматология “ Ленинград , 1981 .
5. Евдокимов А.И. , Васильев Г.А. “Хирургическая стоматология “.,Москва , 1964.
6. Заусаев В.И. “Хирургическая стоматология “Москва, 1980 .
7. Робустова Т.Г.”Хирургическая стоматология “ Москва , 1998.
8. Шаргородский А.Г. “ Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи” .

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

4. Одонтогенная инфекция в этиологии воспалительных заболеваний ЧЛО
5. Теории развития остеомиелита
6. одонтогенная инфекция в этиологии развития отдельных форм остеомиелита челюстей
7. дифф. Диагностика подострого остеомиелита с острым периоститом, острым периодонтитом.
8. Роль клинических и лабораторных исследований в диагностике отдельных форм остеомиелита.
9. обследование больного с отдельными клиническими формами остеомиелита.
10. хирургический аспект лечения больного с хроническим остеомиелитом челюсти
11. Медикаментозный аспект лечения больного с хроническим остеомиелитом челюсти
12. Особенности клиники хронического остеомиелита верхней и нижней челюсти
13. особенности клиники и лечения остеомиелита у детей.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

больной 26 лет обратился с жалобами на подвижность 2,3,4 верхние слева, наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, изменение конфигурации лица, постоянную субфебрильную температуру. Из анамнеза известно, что месяц назад после переохлаждения появились сильные боли в области нижней челюсти слева и резкое повышение температуры, обращался в поликлинику по месту жительства, где был сделан разрез по переходной складке слева и назначены антибиотики. Самочувствие улучшилось, боли стихли, в дальнейшем к врачу не обращался, состояние удовлетворительное, температура тела 37,1°. Имеется изменение конфигурации лица за счет припухлости нижнего отдела щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется её утолщение. Кожа над утолщенной костью истончена и натянута. Левые подчелюстные лимфоузлы незначительно увеличены и слегка болезненны. В полости рта 1,2,3,4 верхние слева подвижны 2-3 степени, коронковая часть 4 верхнего слева частично разрушена, на слизистой оболочке альвеолярного отростка в области 2,3,4 верхних слева имеется несколько свищевых ходов с гнойным отделяемым. Слизистая оболочка этой области гиперемирована. При рентгенологическом обследовании нижней челюсти слева в области тела определяются очаги деструкции костной ткани, внутри которых видны тени ещё не отделившихся секвестров. Участки костной ткани чередуются с участками остеосклероза.

1. обоснуйте и поставьте диагноз
2. наметьте план лечения

больной 20 лет доставлен с жалобами на сильные боли в подподбородочной области, начавшиеся утром и сопровождающиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40°. При поступлении температура тела 39,5°. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. Кожа этой области в цвете не изменена,

собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта отмечается коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка в подподбородочном отделе нижней челюсти. На слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа имеется образование округлой формы, выступающее над красной каймой, синюшного цвета, мягкое, безболезненное, больного не беспокоит, отмечает медленный рост образования.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза
3. Составьте план лечения
4. Какие данные являются несущественными; имеют ли они значение для составления плана лечения?

ПРИЛОЖЕНИЕ №3

- I. Сколько длится острый период одонтогенного остеомиелита челюсти?
 1. 2-3 недели
 2. 1-2 месяца
 3. 4-6 дней
 4. зависит от возбудителя
 5. зависит от иммунного статуса
- II. Количество выделяемого гноя из очагов в подострой стадии остеомиелита челюсти?
 1. Уменьшается
 2. Увеличивается
 3. Гной отсутствует
 4. Нарастает с формированием свища
 5. Уменьшается с формированием свища
- III. Картина крови в подострой фазе остеомиелита челюсти склонна к?

1. нормализации
2. ухудшению
3. не меняется
4. зависит от возбудителя
5. зависит от иммунного статуса

IV. на рентгенограмме в подострой фазе остеомиелита челюсти?

1. Резорбция кости без четких границ
2. Нет изменений в кости
3. Резорбция кости с четкими границами
4. Кистозная форма поражения
5. Ячеистая форма поражения

V. Температура тела у больных с хроническим остеомиелитом челюсти может повышаться до?

1. 37,5
2. 38,5
3. 39,5
4. 40,5
5. не бывает выше нормы

ПРИЛОЖЕНИЕ №4

I. конфигурация лица при хроническом остеомиелите челюсти?

1. Изменяется
2. Не изменяется
3. Зависит от зоны поражения
4. Зависит от возраста
5. Зависит от причинного зуба

II Открывание рта при хроническом остеомиелите челюсти?

1. Ограничено при поражении угла и ветви нижней челюсти
2. Ограничено
3. Не ограничено
4. Имеет место воспалительный тризм
5. Развивается рубцовая контрактура

III Картина крови при хроническом остеомиелите челюсти?

1. Идет дальнейшая нормализация
2. Напоминает острую фазу
3. Напоминает подострую фазу
4. Претерпевает глубокие изменения
5. Соответствует картине воспаления в организме

IV Устойчивая секвестральная капсула при хроническом остеомиелите нижней челюсти

образуется у?

1. Крепких, практически здоровых людей
2. Ослабленных больных
3. Стариков
4. У больных с пониженной регенеративной способностью
5. У больных с эндокринными нарушениями

V Для клиники гнездной формы хронического остеомиелита челюсти характерно?

1. Длительное течение, обострения
2. Быстрое выздоровление
3. Множество секвестров
4. Быстрая резорбция секвестров
5. Тяжелое состояние больного

III. Тема № 8

«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА, ОСТРОГО ПЕРИОСТИТА И ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ.»

количество часов: 3,0 часа

IV. Цель занятия

УМЕТЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ МЕЖДУ СОБОЙ ОСТРЫЙ ПЕРИОДОНТИТ, ОСТРЫЙ ПЕРИОСТИТ И ОСТРЫЙ ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТИ.

V. Задачи практического занятия.

2. ЗНАТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ, ОСТРОГО ПЕРИОСТИТА И ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА
3. УМЕТЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТИ ОТ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ (ТУБЕРКУЛЕЗ, АКТИНОМИКОЗ, СИФИЛИС).

4. ЗНАТЬ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ В КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОДОНТИТЕ, ПЕРИОСТИТЕ И ОСТЕОМИЕЛИТЕ. ЗНАТЬ ПОКАЗАНИЯ К РЕНТГЕН-ОБСЛЕДОВАНИЮ.
5. УМЕТЬ АНАЛИЗИРОВАТЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СНИМКИ.

VI. Ожидаемые результаты:

1. Знать клинику острого периодонтита (хирургическое и терапевтическое лечение).
2. Студент должен знать клинику острого периостита челюсти с удалением и с сохранением зуба).
3. Студент должен знать клинику острого одонтогенного остеомиелита челюсти.
4. Студент должен уметь провести опрос больного (жалобы, anamnesis vitae, morbi)
5. Студент должен уметь провести клиническое обследование (осмотр, пальпация, перкуссия, состояние прикуса и т.д.)
6. Уметь использовать клинические данные и результаты анализов при дифференциальной диагностике острого периодонтита, острого периостита и острого остеомиелита челюсти.
7. Знать показания к R-обследованию при вышеперечисленных одонтогенных воспалительных процессах в мягких тканях.
8. Уметь читать R-снимки при воспалительных процессах в околочелюстных тканях и периодонте.
9. Уметь обосновать показания к удалению (сохранению) причинного зуба

VII. Содержание практического занятия

Дифференциальную диагностику отдельных стадий остеомиелита (острого, подострого и хронического) проводят между собой, а также с другими заболеваниями:

- мигрирующей подкожной гранулемой –
- раком и саркомой челюсти
- специфическими инфекциями – актиномикоз, туберкулез, сифилис
- фиброзной дисплазией и др.

Для острой стадии остеомиелита челюсти характерна выраженность клинических симптомов, наряду с жалобами местной околочелюстной локализации преобладают боли во всем теле, значительная слабость, потеря аппетита, плохой сон, нередко бессонница (см. методичку №6).

В подострой стадии общее состояние больного улучшается, восстанавливается сон, появляется аппетит, нормализуется функция кишечника, нормализуется температура тела (см. методичку №7).

Хроническая фаза одонтогенного остеомиелита основывается на следующих характерных симптомах:

- свищи с гнойным отделяемым
- грануляции у свищевых ходов
- секвестры
- расшатанность ряда зубов
- возможные периодические обострения процесса (см. методичку №7)

Острый остеомиелит нижней челюсти у детей пубертатного периода (12-13 лет) следует дифференцировать с саркомой Юинга, проявляющейся аналогичной симптоматикой.

Мигрирующая подкожная гранулема – является осложнением хронического гранулирующего периодонтита, а свищ может открываться на коже, прилегающей к околочелюстным тканям и даже на шее (редко). Обычно, зонд, введенный в свищевой ход при мигрирующей гранулеме, ведет к лунке причинного зуба.

Рентгенологическое обследование с введением в свищевой ход зонда имеет важное диагностическое значение.

Расшатанность зубов, как симптом, больше бывает выражен при острой форме одонтогенного остеомиелита, однако и при хронической форме в случае выраженных деструктивных изменений в кости может иметь место.

Хронический остеомиелит дифференцируют от специфических заболеваний – актиномикоз, туберкулез, сифилис. Для перечисленных инфекций не характерно острое начало болезни, нет выраженных явлений интоксикации. Нахождение и выделение в посевах возбудителя помогают диагностике. Проводят специфические кожные пробы при туберкулезе, актиномикозе, серодиагностику при сифилисе.

Для фиброзной дисплазии также не характерно острое бурное начало болезни. Важное значение здесь имеют цито-и патоморфологические исследования.

VI ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ

Исходя из времени, отведенного на практическое занятие (3 часа) и раздаточного материала, заготовленного по теме (контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи) преподаватель стремится к максимальному использованию имеющихся средств обучения для развития и укрепления:

1. теоретических знаний
2. аналитических способностей
3. практических навыков

Такое деление занятия весьма условно, но оно обязательно должно иметь место на каждом занятии.

1. Теоретический раздел. Глубокие теоретические знания являются важнейшим фундаментом в деятельности врача. Касаясь конкретно темы занятия, учитель, должен остановиться на вопросах этиологии, патофизиологии, клиники и лечения:

А) острого периодонтита,

Б) острого периостита челюстей.

В) острого одонтогенного остеомиелита челюстей.

Только после такого введения возможен переход к теме «Дифференциальная диагностика острого периодонтита, острого периостита и острого одонтогенного остеомиелита челюстей». Целесообразно ещё раз остановиться на патофизиологии отдельных нозологий, увязать с клиническими изменениями, жалобами больных, рассмотреть лечение в каждом конкретном случае.

теоретические знания студентов должны составлять около 35-45 % при градации оценки.

2. Аналитический раздел. — должны быть использованы ситуационные задачи в различных вариантах – может быть зачитана ситуационная задача для всей группы, раздаётся по одной ситуационной задаче на двух студентов. При этом на ответ даётся не более 2-3 минут. Привлекая студентов к приёму больных важно обращать внимание (способствовать) на повышение коммуникационной способности обучающихся - проведение опроса больных, умение общения с больным, правильные акценты при сборе анамнеза в зависимости от рассматриваемой патологии, грамотность интерпретирования клинических и лабораторных исследований. Важным элементом аналитического раздела является умение правильно заполнять необходимую медикаментозную документацию.

Студент должен аккуратно и последовательно вести тетрадь, в которой отражены практические занятия и дневник по приёму больных.

При градации оценки аналитический раздел должен составлять 30-35% от оценки.

3. Практические навыки. Опыт показывает, что это один из наиболее сложных аспектов занятия. Для его успешного решения в частности на 3 курсе следует широко использовать имеющиеся наглядные пособия – муляжи, таблицы, фантомы, демонстрацию слайдов. Преподаватель должен отразить уровень усвоения студентом отдельных практических навыков: 1. проведение осмотра полости рта
2. умение собрать анамнез у больного
3. уметь провести параллель между пораженным зубом с имеющейся патологией в околозубных тканях.
4. знать оптимальные сроки для рентгенологического обследования больного
5. Уметь обосновать назначенное медикаментозное и хирургическое лечение. Важным элементом практического раздела является самостоятельная работа студентов – небольшие доклады и разборы в присутствии всей группы. Практический раздел составляет около 35-45% от общей оценки.

VII. Раздаточный материал

5. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов (ПРИЛОЖЕНИЕ №1)
6. Ситуационные задачи (ПРИЛОЖЕНИЕ №2)
7. Тесты первого уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №3)
8. Тесты второго уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №4)

VIII. ОСНАЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

8. Диапроектор и слайды по темам: острый периодонтит, острый периостит и острый остеомиелит челюсти.
9. Муляжи (периодонт, челюстная кость)
10. Плакаты, альбомы, таблицы по теме занятия.
11. Череп и нижняя челюсть.
12. Р-снимки с формами хронического периодонтита, остеомиелитом.
13. Инструменты для обследования больных
14. Кабинет, перевязочная для осмотра больных.

IX ВИДЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, НАВЫКОВ И УМЕНИЙ

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

X САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

1. критерии дифференциальной диагностики острого одонтогенного остеомиелита челюстей.
2. характеристика, дифференциально-диагностические признаки острого одонтогенного остеомиелита челюстей

XI КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

9. Этиология острого периодонтита, острого периостита, острого остеомиелита челюсти.
10. Клиника острого периодонтита, периостита, остеомиелита челюсти.
11. Дифференциальная диагностика острого остеомиелита челюсти и острого периодонтита
12. Дифференциальная диагностика острого остеомиелита челюсти и острого периостита.
13. Дифференциальная диагностика острого периодонтита и острого периостита челюсти
14. Патологическая анатомия пораженного участка при периостите, периодонтите, остеомиелите челюсти
15. Рентгенологические укладки, используемые при рентген-диагностике.
16. Особенности обезболивания при воспалительных заболеваниях ЧЛЮ.
17. Бужирование свищей, выявление причинных зубов.

XII. Литература

1. БАЖАНОВ Н.Н., Хирургическая стоматология . Москва , 1979 .”
2. Бернадский Ю.Ю. “ Основы хирургической стоматологии “ Киев , 1984 .
3. Дунаевский В.А. “ Хирургическая стоматология “ Ленинград , 1981 .
4. Евдокимов А.И. , Васильев Г.А. “Хирургическая стоматология “.,Москва , 1964.
5. Заусаев В.И. “Хирургическая стоматология “Москва, 1980 .
6. Лукьяненко В.И. “остеомиелиты челюстей их профилактика и лечение” Ленинград 1968 год.
7. Робустова Т.Г.”Хирургическая стоматология “ Москва , 1998.
8. Соловьев М.М. Худояров И.А. “одонтогенные воспалительные заболевания челюстей и прилежащих тканей” Ташкент 1979 год
9. Шаргородский А.Г. “ Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи” .

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

1. Роль зубов в развитии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
2. Методы обследования больных с острым периодонтитом, периоститом, остеомиелитом челюсти.
3. R-диагностика в дифференциальной диагностике воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
4. Параметры клинических и биохимических анализов при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области.
5. Значимость хирургического лечения при остром периодонтите, периостите, остеомиелите челюсти.
6. Медикаментозное лечение при остром периодонтите, периостите, остеомиелите.
7. Симптоматика острого периостита верхней челюсти.
8. Симптоматика острого периодонтита.
9. Симптоматика острого одонтогенного остеомиелита челюсти.
10. Локализация периостального абсцесса на верхней и нижней челюсти.

Приложение №2

Больной 46 лет, обратился с жалобами на наличие свищевых ходов, гнойным отделяемым и ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выясняется, что периодически боли появлялись и раньше: появлялась припухлость в области нижней челюсти слева, повышалась температура тела до 37,5°, к врачу не обращался. Состояние удовлетворительное, температура тела 37,1°.

Конфигурация лица изменена за счет припухлости мягких тканей нижнего отдела щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется утолщение. Левые подчелюстные лимфоузлы незначительно увеличены и слегка болезненны. В полости рта нижние слева 5,6,7 - коронковая часть разрушена, на слизистой оболочке альвеолярного отростка нижней челюсти слева имеется несколько свищевых ходов с гнойным отделяемым. На рентгенограмме этой области определяются тени мягких секвестров.

1. поставьте и обоснуйте диагноз
2. проведите дифф. Диагностику
3. наметьте план лечения

больной 30 лет обратился с жалобами на подвижность 1,3,4 верхние слева, наличие свищевых ходов с гнойным отделяемым, субфебрильную температуру тела. Из анамнеза известно, что месяц назад после переохлаждения появились сильные боли в области верхней челюсти слева и резкое повышение температуры тела. Обращался в поликлинику по месту жительства, где был сделан разрез по переходной складке на в/ч слева и удалён разрушенный 2 верхний слева зуб, назначена антибиотикотерапия. Самочувствие улучшилось, боли стихли. В дальнейшем к врачу не обращался.

Свищевые ходы в области 1,2,3,4 появились 2 недели назад. Состояние удовлетворительное, температура тела 37,1°. При пальпации левые подчелюстные лимфоузлы незначительно увеличены и слегка болезненны. В полости рта: 1,3,4 верхние слева – II-III степени подвижности, слизистая оболочка этой области слегка гиперемирована, рыхлая, по переходной складке соответственно 1,2,3,4 определяются 2 свищевых хода с гнойным отделяемым.

1. поставьте и обоснуйте диагноз
2. какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести

Больной 50 лет обратился с жалобами на подвижность 2,3,4 нижних слева зубов, наличие свищевых ходов с гнойным отделяемым, изменение конфигурации лица, постоянную субфебрильную температуру тела. Из анамнеза известно, что месяц назад после переохлаждения, появились сильные боли в области нижней челюсти слева и резкое повышение температуры. Обращался в поликлинику по месту жительства, где был сделан

разрез по переходной складке на нижней челюсти слева и назначена антибиотикотерапия. Самочувствие больного улучшилось, боли стихли, в дальнейшем к врачу не обращался. Состояние удовлетворительное, температура тела 37,1°, имеется нарушение конфигурации лица за счет припухлости в нижнем отделе в щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется утолщение. Кожа над утолщенной костью истончена и натянута, левые подчелюстные лимфоузлы незначительно увеличены и слегка болезненны.

В полости рта: 1,2,3,4 нижние слева – II-III степени подвижности, коронковая часть 4 нижнего слева частично разрушена. Слизистая оболочка этой области гиперемирована, рыхлая.

1. поставьте предварительный диагноз
2. какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза
3. составьте план лечения.

Приложение №3

- VI. какая из форм не соответствует классификациям остеомиелита челюсти?
6. Поверхностный
 7. Диффузный
 8. Острый
 9. Подострый
 10. хронический
- VII. при остеофлегмоне первичный фокус воспаления не может находиться в области?
1. Мягких тканей
 2. Надкостницы
 3. Альвеолярного отростка
 4. Тела челюсти
 5. Ряда зубов
- VIII. При одонтогенном абсцессе и флегмоне фокус воспаления расположен в?
6. Мягких тканях
 7. Надкостнице
 8. Альвеолярном отростке
 9. Теле челюсти
 10. В области ряда зубов
- IX. С чем нет необходимости дифференцировать острый остеомиелит челюсти?
1. Актиномикозом
 2. Абсцессом
 3. Флегмоной
 4. Острым гнойным периоститом челюсти
 5. Острым гайморитом

- X. С чем нет необходимости дифференцировать хронический остеомиелит челюсти?
6. Рожистым воспалением
 7. Актиномикотическим поражением челюсти
 8. Туберкулезным поражением челюсти
 9. Сифилитическим поражением
 10. Опухолевым поражением
- XI. Наиболее часто причинными зубами при одонтогенном остеомиелите челюсти являются?
1. Нижние моляры
 2. Верхние моляры
 3. Нижние зубы мудрости
 4. Верхние зубы мудрости

Приложение №4

- I. Симптом выросшего зуба чаще характерен для острого?
6. периодонтита
 7. периостита
 8. остеомиелита
 9. гайморита
 10. лимфаденита
- II. симптом Венсана характерен для?
6. Острого остеомиелита нижней челюсти
 7. Острого остеомиелита верхней челюсти
 8. Глубоких флегмон лица
 9. Поверхностных флегмон лица
 10. Рака слизистой полости рта
- III. гнездную форму хронического остеомиелита нет необходимости дифференцировать с?
1. острым периодонтитом
 2. актиномикозом
 3. туберкулезом
 4. сифилисом
 5. остеомой челюсти
- IV. какое поражение челюсти у детей имеет клинику напоминающую острый остеомиелит челюсти?
6. Саркома Юинга

7. Амелобластома
8. Остеокластома
9. Фиброзная дисплазия
10. Киста челюсти

V. как называется линия, отделяющая секвестр от здоровой кости?

1. демаркационная
2. ограничивающая
3. защитная
4. разделительная
5. контрольная

VIII. Тема № 9

«ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЛИЦА. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ПАТАНАТОМИЯ, КЛИНИКА.»

количество часов: 3,0

IX. Цели занятия

На основе базовых знаний анатомии и других теоретических дисциплин обучить студентов общей характеристике абсцессов и флегмон лица, этиологии и клинике.

III Задачи практического занятия:

6. ЗНАТЬ ЭТИОЛОГИЮ, ПАТОГЕНЕЗ, ПАТАНАТОМИЮ И КЛИНИКУ АБСЦЕССОВ ЧЛО.
7. ЗНАТЬ ЭТИОЛОГИЮ, ПАТОГЕНЕЗ, ПАТАНАТОМИЮ И КЛИНИКУ ФЛЕГМОН ЧЛО.
8. УМЕТЬ ПРОВЕСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО С АБСЦЕССОМ И ФЛЕГМОНОЙ ЧЛО.
9. УМЕТЬ ВЫЯВИТЬ ПРИЧИННЫЙ ЗУБ И ОДОНТОГЕННУЮ ПРИРОДУ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЧЛО.
10. ОБЕСПЕЧИТЬ ЭКСТРЕННУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ БОЛЬНОГО С АБСЦЕССОМ И ФЛЕГМОНОЙ ЧЛО.

IV. Ожидаемые результаты.

18. Знать этиологию абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области.
19. Представлять механизмы развития абсцесса в мягких тканях челюстно-лицевой области.
20. Представлять механизмы развития воспалительных реакций при флегмоне челюстно-лицевой области.
21. Уметь клинически дифференцировать абсцесс от флегмоны.
22. Уметь собрать анамнез у больного с абсцессом или флегмоной челюстно-лицевой области (жалобы, anamnesis vitae, morbi).
23. Уметь провести обследование больного с абсцессом и флегмоной челюстно-лицевой области.
24. Знать объём хирургического вмешательства при абсцессе челюстно-лицевой области
25. Знать объём хирургического вмешательства при флегмоне челюстно-лицевой области
26. Уметь провести консервативный этап лечения при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области.
27. Знать параметры клинических и биохимических показателей, проводить коррекцию лечения.

V. Содержание практического занятия

Абсцесс - это четко ограниченное гнойное воспаление клетчатки с образованием полости. Флегмона - острое разлитое воспаление, с вовлечением подкожной, межмышечной и межфасциальной клетчатки.

В качестве возбудителей при абсцессах и флегмонах на первый план выделяют стафилококки и стрептококки и в меньшей степени другие виды кокков. Возможно ассоциативное участие аэробов и анаэробов.

Патогенез абсцессов и флегмон по различным данным до 95% имеет одонтогенную этиологию - из апикальных очагов зубного периодонта, реже при остром периодонтите, затрудненном прорезывании зубов мудрости, нагноившейся кисты, альвеолите, пародонтите.

Абсцессы и флегмоны могут сопутствовать острому и, чаще, хроническому одонтогенному остеомиелиту, являться осложнением острого периостита челюсти.

Характер развития гнойного процесса с одной стороны, и состояние защитных сил – с другой, определяют во многом клиническую картину болезни при абсцессах, и, особенно – флегмонах – нормэргический, гиперэргический и гипэргический.

При серозном воспалении клетчатки часто используется термин целлюлит (ранее был распространён термин «воспалительный инфильтрат»). При гнойном ограниченном – абсцесс, при гнойном разлитом – флегмона. Лишь после самопроизвольного или оперативного опорожнения очагов острые воспалительные явления стихают. За счёт лейкоцитарной инфильтрации, а затем развивающейся грануляционной ткани, происходит ограничение воспалительного очага. Некротизированные ткани отторгаются и рассасываются. Восстанавливается кровоснабжение, развивается соединительная ткань, занимая погибшие участки ткани.

Клиника: жалобы на боли в поражённом участке, при вовлечении жевательных мышц

ограничение открывания рта и нарушение жевания и другие функциональные нарушения, связанные с топографией поражённого участка. Флегмоны 2-3 областей с тенденцией к распространению имеют часто признаки гиперэргического воспаления, со значительной интоксикацией, что приводит к компенсированному состоянию отдельных систем организма. Определённые сложности при лечении разлитых флегмон имеют место у больных с иммунодефицитными заболеваниями, эндокринными нарушениями – медленное вялое течение. Местный статус часто не коррелирует с тяжёлым общим состоянием больного.

Классификация абсцессов и флегмон, исходя из анатомо-топографических особенностей, условно делит на 2 группы :

1 – околочелюстные абсцессы и флегмоны

а) прилежащие к нижней челюсти

б) прилежащие к верхней челюсти

каждая из этих 2-х подгрупп ещё делится на флегмоны поверхностные :

- подглазничная
- щечная
- поднижнечелюстная
- подподбородочная
- околоушно-жевательная

и флегмоны глубокие:

- подвисочной и крылонебной ямок
- крыловидно-нижнечелюстного пространства
- окологлоточная флегмона
- подъязычная флегмона
- флегмона дна полости рта

2. абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей, куда гной распространяется по протяжению:

- скуловая
- височная
- глазница
- позадищелюстная область
- область шеи
- абсцессы и флегмоны языка

VI. ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ

Исходя из времени, отведенного на практическое занятие(3 часа) и раздаточного материала, заготовленного по теме (контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи) преподаватель стремится к максимальному использованию имеющихся средств обучения для развития и укрепления :

- 1 теоретических знаний
2. аналитических способностей
3. практических навыков.

Такое деление занятия весьма условно, но оно обязательно должно иметь место на каждом занятии.

1 Теоретический раздел

Глубокие теоретические знания являются важнейшим фундаментом в деятельности врача. Касаясь конкретно темы занятия, учитель направляя и добавляя ответы студентов, должен добиться понимания:

- А. Этиология развития воспалительных процессов в мягких тканях ЧЛО
- Б. Знания общих клинических симптомов при абсцессах и флегмонах ЧЛО
- В. Разбираться в патогенезе абсцессов и флегмон ЧЛО

4. 2. Аналитический раздел — должны быть использованы ситуационные задачи в различных вариантах — может быть зачитана ситуационная задача для всей группы, раздаётся по одной ситуационной задаче на двух студентов. При этом на ответ даётся не более 2-3 минут. Привлекая студентов к приёму больных важно обращать внимание (способствовать) на повышение коммуникативной способности у обучающихся - проведение опроса больных, умение общения с больным, правильные акценты при сборе анамнеза в зависимости от рассматриваемой патологии, грамотность интерпретирования клинических и лабораторных исследований. Важным элементом аналитического раздела является умение правильно заполнять необходимую медикаментозную документацию. Студент должен аккуратно и последовательно вести тетрадь, в которой отражены практические занятия и дневник по приёму больных.

При градации оценки аналитический раздел должен составлять 30-35% от оценки.

3. Практические навыки. Опыт показывает, что это один из наиболее сложных аспектов занятия. Для его успешного решения в частности на 3 курсе следует широко использовать имеющиеся наглядные пособия — муляжи, таблицы, фантомы, демонстрацию слайдов. Преподаватель должен отразить уровень усвоения студентом отдельных практических навыков: 1. проведение осмотра полости рта
2. умение собрать анамнез у больного
3. уметь провести параллель между пораженным зубом с имеющейся патологией в околозубных тканях.
4. знать оптимальные сроки для рентгенологического обследования больного
5. Уметь обосновать назначенное медикаментозное и хирургическое лечение. Важным элементом практического раздела является

самостоятельная работа студентов – небольшие доклады и разборы в присутствии всей группы. Практический раздел составляет около 35-45% от общей оценки.

VII РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ

9. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов (ПРИЛОЖЕНИЕ №1)
10. Ситуационные задачи (ПРИЛОЖЕНИЕ №2)
11. Тесты первого уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №3)
12. Тесты второго уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №4)

VIII. ОСНАЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

15. Диапроектор и слайды по абсцессам и флегмонам лица
16. Муляжи
17. Плакаты, альбомы, таблицы
18. Череп и нижняя челюсть
19. Рентгено снимки больных с заболеваниями ВНЧС
20. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель и др.)
21. Кабинет (перевязочная) для приёма больных.

IX ВИДЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, НАВЫКОВ И УМЕНИЙ

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

X. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

1. варианты течения абсцессов и флегмон в зависимости от уровня реактивности больного. (гипэргический, гиперэргический, нормэргический типы течения воспалительных заболеваний) .

XI .КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Этиология абсцессов и флегмон ЧЛО
2. Клиника острого воспаления
3. Одонтогенный абсцесс – клиника, диагностика, лечение
4. Диф.диагностика абсцессов (аденоабсцесс, лимфаденит, mts. При опухолях и т.д.).
5. Одонтогенная флегмона – клиника, диагностика, лечение

6. Диф. Диагностика флегмон ЧЛО с инфекционными заболеваниями, для которых характерно хроническое течение (сифилис, туберкулез, актиномикоз, СПИД)
7. Принципы классификации абсцессов и флегмон
8. Разлитая флегмона – предрасполагающие факторы, план лечения
9. Патанатомия пораженного участка
10. Общие принципы обследования больных с абсцессами и флегмонами ЧЛО (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, клинико-лабораторные исследования)
11. Изменения в клинических и лабораторных анализах при абсцессах и флегмонах ЧЛО

XII Рекомендуемая литература :

1. БАЖАНОВ Н.Н.,” Хирургическая стоматология . Москва , 1979 .”
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г.”Учебник хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии”, Москва , 2000г.
3. Бернадский Ю.Ю. “ Основы хирургической стоматологии “ Киев , 1984 .
4. Дунаевский В.А. “ Хирургическая стоматология “ Ленинград , 1981 .
5. Евдокимов А.И. , Васильев Г.А. “Хирургическая стоматология “.,Москва , 1964.
6. Заусаев В.И. “Хирургическая стоматология “Москва, 1980 .
7. Робустова Т.Г.”Хирургическая стоматология “ Москва , 1998.
8. Шаргородский А.Г. “ Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи” .

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний

1. Особенности строения мягких тканей лица
2. Клиника острого воспаления
3. Нарушения функций при флегмонах челюстно-лицевой области

4. Одонтогенный фактор в этиологии абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области
5. Анатомические зоны лица в свете флегмон мягких тканей лица
6. Клиника абсцесса челюстно-лицевой области
7. Клиника флегмоны челюстно-лицевой области
8. Судьба причинного зуба
9. Понятие о разлитой флегмоне лица
10. Вскрытие флегмон лица
11. Профилактика абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области

ПРИЛОЖЕНИЕ №2

больной 62 лет обратился в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в подъязычной области, резко усиливающиеся при приеме пищи и разговоре. Из анамнеза: в течение 15 лет страдает хроническим пародонтитом, однако у пародонтолога не наблюдается. Зубы постепенно расшатываются, больной обращался к хирургу-стоматологу для их удаления. Три дня назад появились ноющие боли во фронтальной группе зубов нижней челюсти и в области десны. Постепенно боли усиливались, сместились в подъязычную область. Объективно: в подподбородочной области пальпируется единичный резко болезненный увеличенный лимфатический узел. 1 нижний справа – подвижность 2-ой степени, 1 нижний слева – подвижность 3-4 степени. Вертикальная перкуссия центральных нижних резцов отрицательная. Горизонтальная перкуссия – положительная. Слизистая оболочка десны с вестибулярной и язычной сторон в области нижних центральных резцов отечна, цианотична, слабоболезненна. Определяются глубокие пародонтальные карманы в области центральных нижних резцов с гнойным отделяемым. В подъязычной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфильтрат, занимающий всю область. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. В центре инфильтрата определяется очаг флюктуации. Слюна из правого и левого вартоновых протоков выделяется чистая в очень незначительном количестве.

1. Поставьте диагноз .
2. Укажите анатомические границы подъязычной области
3. Составьте план лечения
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза

больной 44 лет обратился с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в подъязычной области. Боли усиливаются при приеме пищи и разговоре. Из анамнеза: 3 дня назад после переохлаждения появилась слабоболезненная припухлость в подъязычной области. Больной самостоятельно применял теплые ротовые полоскания содовым раствором, но несмотря на это припухлость увеличивалась в размерах, болезненность усиливалась. Перенесенные и сопутствующие заболевания: хронический холецистит, хронический гиперацидный гастрит, язвенная болезнь 12-ти перстной кишки в стадии рубцевания. Объективно: при внешнем осмотре определяется увеличение в размерах левой поднижнечелюстной слюнной железы по сравнению с правой. Консистенция железы мягкая, при пальпации усиливается болезненность в подъязычной области. Коронка нижнего 1 справа на половину разрушена, при перкуссии незначительная болезненность. В подъязычной области определяется резко болезненный инфильтрат с четкими границами. Слизистая оболочка над ним резко гиперемирована, коллатеральный отек выражен незначительно. В центре инфильтрата определяется очаг флюктуации. Устье левого вартонова протока расширено при стимуляции слюноотделения из него выделяется мутная слюна с примесью хлопьевидного гноя в незначительном количестве. При рентгенологическом исследовании дна полости рта конкрементов не обнаружено, а в области 1 нижнего справа у верхешки корня определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами 0,3х0,3см

1. Поставьте диагноз . проведите его обоснование
2. Составьте план лечения
3. Опишите методику оперативного вмешательства
4. Укажите не существенные для данного заболевания признаки, с чем по вашему мнению они могут быть связаны?

больной 51 года поступил с жалобами на наличие болезненной припухлости в подъязычной области справа, которая появилась 2 дня назад. Появление припухлости ни с

чем не связывает. Боли усиливаются при приеме пищи, при движении языком. Объективно: увеличенная, слегка плотная, слабоболезненная правая поднижнечелюстная слюнная железа; в подподбородочной области пальпируется увеличенный болезненный лимфоузел. при внутриротовом осмотре 5,6,8 нижние справа и 4,5,6,8 нижние слева отсутствуют. Сохранившиеся зубы интактны, что подтверждено данными рентгенообследования. В подъязычной области определяется болезненный воспалительный инфильтрат, флюктуация. При массировании поднижнечелюстных слюнных желез слюна из правого вартонова протока не выделяется, а слева выделяется в незначительном количестве.

1. каких данных не хватает для постановки диагноза
2. Поставьте предположительный диагноз
3. Составьте план обследования лечения
4. С чем по вашему мнению может быть связано возникновение абсцесса?

ПРИЛОЖЕНИЕ №3

Тесты I уровня сложности

- XII. Абсцессы и флегмоны ЧЛЮ патогенетически чаще?
11. Одонтогенные
 12. Лимфогенные
 13. Гематогенные
 14. Травматические
 15. Нейрогенные
- XIII. При абсцессах и флегмонах ЧЛЮ в качестве возбудителя чаще выделяют?
11. Стафилококки
 12. Стрептококки
 13. Гонококки
 14. Менигококки
 15. Диплококки
- XIV. Наиболее частый возраст поражения при абсцессах и флегмонах ЧЛЮ?
6. 20-30 лет
 7. 10-20 лет
 8. до 10 лет
 9. 30-40 лет
 10. после 40 лет
- XV. отметьте нехарактерный для флегмоны признак?
11. Подвижность ряда зубов
 12. Отек
 13. Инфильтрация
 14. Ассиметрия лица
 15. Флюктуация
- XVI. Причинный зуб при абсцессах и флегмонах ЧЛЮ чаще?
5. Разрушен, слегка подвижен, перкуссия положительная
 6. Коронка неразрушена, зуб без колебаний, перкуссия положительна
 7. Несколько разрушенных зубов на стороне поражения
 8. Зуб 4 степени подвижности, не беспокоит
 9. Зуб под коронкой, перкуссия отрицательна

ПРИЛОЖЕНИЕ №4

Тесты II уровня сложности

- I. Отметьте область, куда гной обычно распространяется из соседних локализаций?
 - 11. височная
 - 12. подвисочная
 - 13. поднижнечелюстная
 - 14. подподбородочная
 - 15. крыловидно-челюстная

- II. Признак, не являющийся стадией развития флегмоны?
 - 11. Невралгия ветвей тройничного нерва
 - 12. Отек
 - 13. Инфильтрация
 - 14. Гнойное расплавление тканей
 - 15. Некроз

- X. Наиболее полные клинические проявления при флегмонах ЧЛО?
 - 6. Ассиметрия лица, недомогание, высокая температура, лейкоцитоз
 - 7. Недомогание, частое мочеиспускание
 - 8. Ограничение открывания рта, кровь в норме
 - 9. Недомогание, высокая температура, изменения в крови
 - 10. Зубная боль, ассиметрия лица, недомогание, высокая температура

- XI. Обязательным этапом при лечении абсцессов и флегмон является?
 - 11. Вскрытие гнойных очагов
 - 12. Дренирование гнойных очагов
 - 13. Орошение гнойных очагов
 - 14. Антибактериальная терапия

15. Дезинтоксикационное лечение

ХII. Замещение некротизированных участков при абсцессах и флегмонах ЧЛО происходит за счет?

1. Грануляционной (соединительной) ткани
2. Эпителиальной ткани
3. Остеогенной ткани
4. Образовавшегося кровяного сгустка
5. Хрящевой ткани

ХIII. Тема № 9

«ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЛИЦА. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ПАТАНАТОМИЯ, КЛИНИКА.»

количество часов: 3,0

ХIV. Цели занятия

На основе базовых знаний анатомии и других теоретических дисциплин обучить студентов общей характеристике абсцессов и флегмон лица, этиологии и клинике.

III Задачи практического занятия:

11. ЗНАТЬ ЭТИОЛОГИЮ, ПАТОГЕНЕЗ, ПАТАНАТОМИЮ И КЛИНИКУ АБСЦЕССОВ ЧЛО.
12. ЗНАТЬ ЭТИОЛОГИЮ, ПАТОГЕНЕЗ, ПАТАНАТОМИЮ И КЛИНИКУ ФЛЕГМОН ЧЛО.
13. УМЕТЬ ПРОВЕСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО С АБСЦЕССОМ И ФЛЕГМОНОЙ ЧЛО.
14. УМЕТЬ ВЫЯВИТЬ ПРИЧИННЫЙ ЗУБ И ОДОНТОГЕННУЮ ПРИРОДУ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЧЛО.
15. ОБЕСПЕЧИТЬ ЭКСТРЕННУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ БОЛЬНОГО С АБСЦЕССОМ И ФЛЕГМОНОЙ ЧЛО.

V. Ожидаемые результаты.

28. Знать этиологию абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области.
29. Представлять механизмы развития абсцесса в мягких тканях челюстно-лицевой области.
30. Представлять механизмы развития воспалительных реакций при флегмоне челюстно-лицевой области.
31. Уметь клинически дифференцировать абсцесс от флегмоны.
32. Уметь собрать анамнез у больного с абсцессом или флегмоной челюстно-лицевой области (жалобы, anamnesis vitae, morbi).
33. Уметь провести обследование больного с абсцессом и флегмоной челюстно-лицевой области.
34. Знать объём хирургического вмешательства при абсцессе челюстно-лицевой области
35. Знать объём хирургического вмешательства при флегмоне челюстно-лицевой области
36. Уметь провести консервативный этап лечения при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области.
37. Знать параметры клинических и биохимических показателей, проводить коррекцию лечения.

V. Содержание практического занятия

Абсцесс - это четко ограниченное гнойное воспаление клетчатки с образованием полости. Флегмона - острое разлитое воспаление, с вовлечением подкожной, межмышечной и межфасциальной клетчатки.

В качестве возбудителей при абсцессах и флегмонах на первый план выделяют стафилококки и стрептококки и в меньшей степени другие виды кокков. Возможно ассоциативное участие аэробов и анаэробов.

Патогенез абсцессов и флегмон по различным данным до 95% имеет одонтогенную этиологию - из апикальных очагов зубного периодонта, реже при остром периодонтите, затрудненном прорезывании зубов мудрости, нагноившейся кисты, альвеолите, пародонтите.

Абсцессы и флегмоны могут сопутствовать острому и, чаще, хроническому одонтогенному остеомиелиту, являться осложнением острого периостита челюсти. Характер развития гнойного процесса с одной стороны, и состояние защитных сил - с другой, определяют во многом клиническую картину болезни при абсцессах, и, особенно - флегмонах - нормэргический, гиперэргический и гипэргический.

При серозном воспалении клетчатки часто используется термин целлюлит (ранее был распространён термин «воспалительный инфильтрат»). При гнойном ограниченном - абсцесс, при гнойном разлитом - флегмона. Лишь после самопроизвольного или оперативного опорожнения очагов острые воспалительные явления стихают. За счёт лейкоцитарной инфильтрации, а затем развивающейся грануляционной ткани, происходит ограничение воспалительного очага. Некротизированные ткани отторгаются и рассасываются. Восстанавливается кровоснабжение, развивается соединительная ткань, занимая погибшие участки ткани.

Клиника: жалобы на боли в поражённом участке, при вовлечении жевательных мышц

ограничение открывания рта и нарушение жевания и другие функциональные нарушения, связанные с топографией поражённого участка. Флегмоны 2-3 областей с тенденцией к распространению имеют часто признаки гиперэргического воспаления, со значительной интоксикацией, что приводит к компенсированному состоянию отдельных систем организма. Определённые сложности при лечении разлитых флегмон имеют место у больных с иммунодефицитными заболеваниями, эндокринными нарушениями - медленное вялое течение. Местный статус часто не коррелирует с тяжёлым общим состоянием больного.

Классификация абсцессов и флегмон, исходя из анатомо-топографических особенностей, условно делит на 2 группы :

1 - околочелюстные абсцессы и флегмоны

а) прилежащие к нижней челюсти

б) прилежащие к верхней челюсти

каждая из этих 2-х подгрупп ещё делится на флегмоны поверхностные :

- подглазничная
- щечная
- поднижнечелюстная
- подподбородочная
- околоушно-жевательная

и флегмоны глубокие:

- подвисочной и крылонебной ямок
- крыловидно-нижнечелюстного пространства
- окологлоточная флегмона
- подъязычная флегмона
- флегмона дна полости рта

2. абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей, куда гной распространяется по протяжению:

- скуловая
- височная
- глазница
- позадищелюстная область
- область шеи
- абсцессы и флегмоны языка

VI. ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ

Исходя из времени, отведенного на практическое занятие(3 часа) и раздаточного материала, заготовленного по теме (контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи) преподаватель стремится к максимальному использованию имеющихся средств обучения для развития и укрепления :

- 1 теоретических знаний
2. аналитических способностей
3. практических навыков.

Такое деление занятия весьма условно, но оно обязательно должно иметь место на каждом занятии.

1 Теоретический раздел

Глубокие теоретические знания являются важнейшим фундаментом в деятельности врача. Касаясь конкретно темы занятия, учитель направляя и добавляя ответы студентов, должен добиться понимания:

- А. Этиология развития воспалительных процессов в мягких тканях ЧЛО
- Б. Знания общих клинических симптомов при абсцессах и флегмонах ЧЛО
- В. Разбираться в патогенезе абсцессов и флегмон ЧЛО

5. 2. Аналитический раздел — должны быть использованы ситуационные задачи в различных вариантах — может быть зачитана ситуационная задача для всей группы, раздаётся по одной ситуационной задаче на двух студентов. При этом на ответ даётся не более 2-3 минут. Привлекая студентов к приёму больных важно обращать внимание (способствовать) на повышение коммуникативной способности у обучающихся - проведение опроса больных, умение общения с больным, правильные акценты при сборе анамнеза в зависимости от рассматриваемой патологии, грамотность интерпретирования клинических и лабораторных исследований. Важным элементом аналитического раздела является умение правильно заполнять необходимую медикаментозную документацию. Студент должен аккуратно и последовательно вести тетрадь, в которой отражены практические занятия и дневник по приёму больных.

При градации оценки аналитический раздел должен составлять 30-35% от оценки.

4. Практические навыки. Опыт показывает, что это один из наиболее сложных аспектов занятия. Для его успешного решения в частности на 3 курсе следует широко использовать имеющиеся наглядные пособия — муляжи, таблицы, фантомы, демонстрацию слайдов. Преподаватель должен отразить уровень усвоения студентом отдельных практических навыков: 1. проведение осмотра полости рта
2. умение собрать анамнез у больного
3. уметь провести параллель между пораженным зубом с имеющейся патологией в околозубных тканях.
4. знать оптимальные сроки для рентгенологического обследования больного
5. Уметь обосновать назначенное медикаментозное и хирургическое лечение. Важным элементом практического раздела является

самостоятельная работа студентов – небольшие доклады и разборы в присутствии всей группы. Практический раздел составляет около 35-45% от общей оценки.

VII РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ

13. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов (ПРИЛОЖЕНИЕ №1)
14. Ситуационные задачи (ПРИЛОЖЕНИЕ №2)
15. Тесты первого уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №3)
16. Тесты второго уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №4)

VIII. ОСНАЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

22. Диапроектор и слайды по абсцессам и флегмонам лица
23. Муляжи
24. Плакаты, альбомы, таблицы
25. Череп и нижняя челюсть
26. Рентгено снимки больных с заболеваниями ВНЧС
27. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель и др.)
28. Кабинет (перевязочная) для приёма больных.

IX ВИДЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, НАВЫКОВ И УМЕНИЙ

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

X. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

2. варианты течения абсцессов и флегмон в зависимости от уровня реактивности больного. (гипэргический, гиперэргический, нормэргический типы течения воспалительных заболеваний) .

XI .КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Этиология абсцессов и флегмон ЧЛО
2. Клиника острого воспаления
3. Одонтогенный абсцесс – клиника, диагностика, лечение
4. Диф.диагностика абсцессов (аденоабсцесс, лимфаденит, mts. При опухолях и т.д.).
5. Одонтогенная флегмона – клиника, диагностика, лечение

6. Диф. Диагностика флегмон ЧЛО с инфекционными заболеваниями, для которых характерно хроническое течение (сифилис, туберкулез, актиномикоз, СПИД)
7. Принципы классификации абсцессов и флегмон
8. Разлитая флегмона – предрасполагающие факторы, план лечения
9. Патанатомия пораженного участка
10. Общие принципы обследования больных с абсцессами и флегмонами ЧЛО (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, клинико-лабораторные исследования)
11. Изменения в клинических и лабораторных анализах при абсцессах и флегмонах ЧЛО

XII Рекомендуемая литература :

1. БАЖАНОВ Н.Н.,” Хирургическая стоматология . Москва , 1979 .”
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г.”Учебник хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии”, Москва , 2000г.
3. Бернадский Ю.Ю. “ Основы хирургической стоматологии “ Киев , 1984 .
4. Дунаевский В.А. “ Хирургическая стоматология “ Ленинград , 1981 .
5. Евдокимов А.И. , Васильев Г.А. “Хирургическая стоматология “.,Москва , 1964.
6. Заусаев В.И. “Хирургическая стоматология “Москва, 1980 .
7. Робустова Т.Г.”Хирургическая стоматология “ Москва , 1998.
8. Шаргородский А.Г. “ Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи” .

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний

12. Особенности строения мягких тканей лица
13. Клиника острого воспаления
14. Нарушения функций при флегмонах челюстно-лицевой области

15. Одонтогенный фактор в этиологии абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области
16. Анатомические зоны лица в свете флегмон мягких тканей лица
17. Клиника абсцесса челюстно-лицевой области
18. Клиника флегмоны челюстно-лицевой области
19. Судьба причинного зуба
20. Понятие о разлитой флегмоне лица
21. Вскрытие флегмон лица
22. Профилактика абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области

ПРИЛОЖЕНИЕ №2

больной 62 лет обратился в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в подъязычной области, резко усиливающиеся при приеме пищи и разговоре. Из анамнеза: в течение 15 лет страдает хроническим пародонтитом, однако у пародонтолога не наблюдается. Зубы постепенно расшатываются, больной обращался к хирургу-стоматологу для их удаления. Три дня назад появились ноющие боли во фронтальной группе зубов нижней челюсти и в области десны. Постепенно боли усиливались, сместились в подъязычную область. Объективно: в подподбородочной области пальпируется единичный резко болезненный увеличенный лимфатический узел. 1 нижний справа – подвижность 2-ой степени, 1 нижний слева – подвижность 3-4 степени. Вертикальная перкуссия центральных нижних резцов отрицательная. Горизонтальная перкуссия – положительная. Слизистая оболочка десны с вестибулярной и язычной сторон в области нижних центральных резцов отечна, цианотична, слабоболезненна. Определяются глубокие пародонтальные карманы в области центральных нижних резцов с гнойным отделяемым. В подъязычной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфильтрат, занимающий всю область. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. В центре инфильтрата определяется очаг флюктуации. Слюна из правого и левого вартоновых протоков выделяется чистая в очень незначительном количестве.

5. Поставьте диагноз .
6. Укажите анатомические границы подъязычной области
7. Составьте план лечения
8. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза

больной 44 лет обратился с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в подъязычной области. Боли усиливаются при приеме пищи и разговоре. Из анамнеза: 3 дня назад после переохлаждения появилась слабоболезненная припухлость в подъязычной области. Больной самостоятельно применял теплые ротовые полоскания содовым раствором, но несмотря на это припухлость увеличивалась в размерах, болезненность усиливалась. Перенесенные и сопутствующие заболевания: хронических холецистит, хронический гиперацидный гастрит, язвенная болезнь 12-ти перстной кишки в стадии рубцевания. Объективно: при внешнем осмотре определяется увеличение в размерах левой поднижнечелюстной слюнной железы по сравнению с правой. Консистенция железы мягкая, при пальпации усиливается болезненность в подъязычной области. Коронка нижнего 1 справа на половину разрушена, при перкуссии незначительная болезненность. В подъязычной области определяется резко болезненный инфильтрат с четкими границами. Слизистая оболочка над ним резко гиперемирована, коллатеральный отек выражен незначительно. В центре инфильтрата определяется очаг флюктуации. Устье левого вартонова протока расширено при стимуляции слюноотделения из него выделяется мутная слюна с примесью хлопьевидного гноя в незначительном количестве. При рентгенологическом исследовании дна полости рта конкрементов не обнаружено, а в области 1 нижнего справа у верхешки корня определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами 0,3х0,3см

5. Поставьте диагноз . проведите его обоснование
6. Составьте план лечения
7. Опишите методику оперативного вмешательства
8. Укажите не существенные для данного заболевания признаки, с чем по вашему мнению они могут быть связаны?

больной 51 года поступил с жалобами на наличие болезненной припухлости в подъязычной области справа, которая появилась 2 дня назад. Появление припухлости ни с

чем не связывает. Боли усиливаются при приеме пищи, при движении языком. Объективно: увеличенная, слегка плотная, слабоболезненная правая поднижнечелюстная слюнная железа; в подподбородочной области пальпируется увеличенный болезненный лимфоузел. при внутриротовом осмотре 5,6,8 нижние справа и 4,5,6,8 нижние слева отсутствуют. Сохранившиеся зубы интактны, что подтверждено данными рентгенообследования. В подъязычной области определяется болезненный воспалительный инфильтрат, флюктуация. При массировании поднижнечелюстных слюнных желез слюна из правого вартонова протока не выделяется, а слева выделяется в незначительном количестве.

5. каких данных не хватает для постановки диагноза
6. Поставьте предположительный диагноз
7. Составьте план обследования лечения
8. С чем по вашему мнению может быть связано возникновение абсцесса?

ПРИЛОЖЕНИЕ №3

Тесты I уровня сложности

XVII. Абсцессы и флегмоны ЧЛЮ патогенетически чаще?

16. Одонтогенные
17. Лимфогенные
18. Гематогенные
19. Травматические
20. Нейрогенные

XVIII. При абсцессах и флегмонах ЧЛЮ в качестве возбудителя чаще выделяют?

16. Стафилококки
17. Стрептококки
18. Гонококки
19. Менигококки
20. Диплококки

XIX. Наиболее частый возраст поражения при абсцессах и флегмонах ЧЛЮ?

11. 20-30 лет
12. 10-20 лет
13. до 10 лет
14. 30-40 лет
15. после 40 лет

XX. отметьте нехарактерный для флегмоны признак?

16. Подвижность ряда зубов
17. Отек
18. Инфильтрация
19. Ассиметрия лица
20. Флюктуация

XXI. Причинный зуб при абсцессах и флегмонах ЧЛЮ чаще?

10. Разрушен, слегка подвижен, перкуссия положительная
11. Коронка неразрушена, зуб без колебаний, перкуссия положительна
12. Несколько разрушенных зубов на стороне поражения
13. Зуб 4 степени подвижности, не беспокоит
14. Зуб под коронкой, перкуссия отрицательна

ПРИЛОЖЕНИЕ №4

Тесты II уровня сложности

- I. Отметьте область, куда гной обычно распространяется из соседних локализаций?
- 16. височная
 - 17. подвисочная
 - 18. поднижнечелюстная
 - 19. подподбородочная
 - 20. крыловидно-челюстная
- II. Признак, не являющийся стадией развития флегмоны?
- 16. Невралгия ветвей тройничного нерва
 - 17. Отек
 - 18. Инфильтрация
 - 19. Гнойное расплавление тканей
 - 20. Некроз
- XV. Наиболее полные клинические проявления при флегмонах ЧЛО?
- 11. Ассиметрия лица, недомогание, высокая температура, лейкоцитоз
 - 12. Недомогание, частое мочеиспускание
 - 13. Ограничение открывания рта, кровь в норме
 - 14. Недомогание, высокая температура, изменения в крови
 - 15. Зубная боль, ассиметрия лица, недомогание, высокая температура
- XVI. Обязательным этапом при лечении абсцессов и флегмон является?
- 16. Вскрытие гнойных очагов
 - 17. Дренирование гнойных очагов
 - 18. Орошение гнойных очагов
 - 19. Антибактериальная терапия

20. Дезинтоксикационное лечение

XVII. Замещение некротизированных участков при абсцессах и флегмонах ЧЛО происходит за счет?

6. Грануляционной (соединительной) ткани
7. Эпителиальной ткани
8. Osteогенной ткани
9. Образовавшегося кровяного сгустка
10. Хрящевой ткани

Тема №11

«АБСЦЕСС И ФЛЕГМОНА ВИСОЧНОЙ, СКУЛОВОЙ ОБЛАСТЕЙ И ГЛАЗНИЦЫ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ»

количество часов: 3,0

XVIII. Цель занятия

УКРЕПИТЬ У СТУДЕНТА ЗНАНИЯ ПО ТОПОГРАФИИ ВИСОЧНОЙ, СКУЛОВОЙ ОБЛАСТЕЙ И ОРБИТЫ, ОБУЧИТЬ КЛИНИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ВИСОЧНОЙ, СКУЛОВОЙ ОБЛАСТЕЙ И ГЛАЗНИЦЫ.

III. ЗАДАЧИ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

16. ЗНАТЬ КЛИНИКУ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ
17. ЗНАТЬ КЛИНИКУ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТИ
18. ЗНАТЬ КЛИНИКУ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ГЛАЗНИЦЫ
19. УМЕТЬ ОБСЛЕДОВАТЬ БОЛЬНОГО С ФЛЕГМОНОЙ ВИСОЧНОЙ, СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ, ГЛАЗНИЦЫ.
20. УМЕТЬ ОПРЕДЕЛИТЬ ПРИЧИННЫЙ ЗУБ.
21. УМЕТЬ ОБЕСПЕЧИТЬ ЭКСТРЕННУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ БОЛЬНОГО

IV. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

1. Студент должен хорошо ориентироваться в топографии височной области
2. Студент должен хорошо ориентироваться в топографии скуловой области
3. Студент должен хорошо знать границы орбиты, связь с другими пространствами
4. Уметь провести опрос больного, собрать анамнез
5. Уметь предложить адекватные анализы клинического и биохимического исследований для оценки статуса больного.
6. Уметь обобщить данные анамнеза, осмотра и клинико-лабораторных исследований для постановки диагноза.
7. Знать симптоматику при абсцессах и флегмонах височной, скуловой областей и орбиты.
8. Знать локализацию разрезов (наружных и внутриротовых) при вскрытии абсцессов и флегмон височной, скуловой областей и орбиты.
9. Знать поэтапно проведение всего объема хирургического вмешательства при вскрытии абсцессов и флегмон височной, скуловой областей и орбиты.
10. Уметь обосновать назначаемое консервативное лечение.
11. Уметь правильно заполнять необходимую документацию.

V. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ.

Абсцесс и флегмона височной области как правило вторичного происхождения, распространяясь из щечной, околоушножевательной, крыловидно-нижнечелюстного и окологлоточного пространств, часто из подвисочной ямки.

Границы височной области: наружная – височной фасция, внутренняя – чешуйчатая часть височной кости, нижняя – подвисочный гребень большого крыла клиновидной кости, верхняя и задняя – край чешуйчатой части височной кости, передняя – скуловая и лобная кость.

Абсцессы встречаются редко, флегмоны часто. Жалобы на боли, имеет место интоксикация. Припухлость над скуловой дугой захватывает височную ямку, отек распространяется на теменную и височную области. Нарастает ограничение открывания рта. Пальпаторно – плотный болезненный инфильтрат, распространяющийся обычно из нижних или передних отделов височной области. Кожа в складку не собирается. При расплавлении поверхностных тканей определяется флюктуация. Вскрывают флегмону височной области разрезом, параллельным ходу ветвей височной артерии. При глубоком расположении экссудата проводят дугообразный разрез по ходу височной мышцы а также над скуловой дугой.

Флегмон височной области при несвоевременном вскрытии может осложниться остеомиелитом чешуйчатой части височной кости а также проникновением инфекции в мозговые оболочки.

Абсцесс и флегмона скуловой области как правило развиваются при распространении экссудата из щечной и подглазничной областей. Границы соответствуют расположению скуловой кости: верхняя – передненижний отдел височной области и подглазничный край глазницы; нижняя – передне-верхний отдел щечной области; передняя – скуловерхнечелюстной шов; задняя – скуловисочный шов.

При абсцессах боли умеренные, имеется ограниченный плотный инфильтрат, который довольно быстро размягчается.

При флегмонах скуловой области характерны самопроизвольные боли, иррадиирующие в подглазничную и височную области. Отечность распространяется на подглазничную, височную, щечную и околоушножевательную области. При пальпации - плотный болезненный инфильтрат соответственно расположению скуловой кости. Открывание рта ограничено. В преддверии рта по верхнему своду на уровне моляров обнаруживается гиперемированная и отечная слизистая. Постепенно гнойный экссудат размягчается и смещается к наружному углу глаза, где может произойти самопроизвольное вскрытие.

Вскрытие абсцессов и флегмон скуловой области производят в месте наибольшей флюктуации, делая разрез кожи с учетом ветвей лицевого нерва.

Абсцесс и флегмона глазницы. Абсцесс как правило вторичного происхождения, распространяется из пространств, прилежащих к верхней челюсти. Процесс в глазнице часто развивается в результате гнойного тромбоза при карбункуле или фурункулах носогубного треугольника. Границы глазницы соответствуют её стенкам; в дистальном отделе глазницы имеется скопление клетчатки, сообщающейся через нижнеглазничную щель с клетчаткой крылонебной ямки.

При абсцессе – боль в глазнице, головные боли, нарушение зрения. Слизистая конъюнктивы гиперемирована, отечна. Давление на глазное яблоко болезненно, возможен экзофтальм, двоение в глазах (диплопия).

При флегмоне глазницы пульсирующие боли в области глазницы, иррадиирующие в висок, лоб, подглазничную область, резкие головные боли. Подвижность глазного яблока ограничена, инфильтрация век, конъюнктивы опухает и выбухает, хемоз, диплопия, снижение остроты зрения. При исследовании глазного дна – расширение венул сетчатки. Развитие тромбоза пещеристого синуса твердой мозговой оболочки характерно увеличением коллатерального отека век с обеих сторон, ухудшается общее состояние, явления интоксикации. При воспалительных заболеваниях в области глазницы проводят безотлагательное оперативное вмешательство. Разрез проводят в области нижнего или верхнего века на уровне входа в глазницу, тупо проходя по костной стенке. Возможен (по

показаниям) оперативный подход в глазницу через верхнечелюстную пазуху. Возможно применение нескольких разрезов (подходов).

Прогноз при флегмоне глазницы серьезен для жизни. Возможно поражение синусов твердой мозговой оболочки, атрофия зрительного нерва.

VI. ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ

Исходя из времени, отведенного на практическое занятие(3 часа) и раздаточного материала, заготовленного по теме (контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи) преподаватель стремится к максимальному использованию имеющихся средств обучения для развития и укрепления :

1. теоретических знаний
2. аналитических способностей
3. практических навыков.

Такое деление занятия весьма условно, но оно обязательно должно иметь место на каждом занятии.

1 Теоретический раздел

Глубокие теоретические знания являются важнейшим фундаментом в деятельности врача. Касаясь конкретно темы занятия, учитель направляя и добавляя ответы студентов, должен добиться понимания:

А.Знания топографии височной, скуловой областей и глазницы.

Б. Знания симптомов, связанных с функциональными нарушениями ЧЛЮ

В. Необходимости оперативного вмешательства при абсцессах и флегмонах височной, скуловой областей и глазницы.

2. Аналитический раздел — должны быть использованы ситуационные задачи в различных вариантах — может быть зачитана ситуационная задача для всей группы, раздаётся по одной ситуационной задаче на двух студентов. При этом на ответ даётся не более 2-3 минут. Привлекая студентов к приёму больных важно обращать внимание (способствовать) на повышение коммуникационной способности у обучающихся - проведение опроса больных, умение общения с больным, правильные акценты при сборе анамнеза в зависимости от рассматриваемой патологии, грамотность интерпретирования клинических и лабораторных исследований. Важным элементом аналитического раздела является умение правильно заполнять необходимую медикаментозную документацию.

Студент должен аккуратно и последовательно вести тетрадь, в которой отражены практические занятия и дневник по приёму больных.

При градации оценки аналитический раздел должен составлять 30-35% от оценки.

3. Практические навыки. Опыт показывает, что это один из наиболее сложных аспектов занятия. Для его успешного решения в частности на 3 курсе следует широко использовать имеющиеся наглядные пособия — муляжи, таблицы, фантомы, демонстрацию слайдов. Преподаватель должен отразить уровень усвоения студентом отдельных практических навыков: 1. проведение осмотра полости рта

2. умение собрать анамнез у больного

3. уметь провести параллель между пораженным зубом с имеющейся патологией в околозубных тканях.

4. знать оптимальные сроки для рентгенологического обследования больного

5. Уметь обосновать назначенное медикаментозное и хирургическое лечение. Важным элементом практического раздела является самостоятельная работа студентов — небольшие доклады и разборы в присутствии всей группы. Практический раздел составляет около 35-45% от общей оценки.

VII РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ :

17. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов
(ПРИЛОЖЕНИЕ №!)

18. Ситуационные задачи
(ПРИЛОЖЕНИЕ №2)
19. Тесты первого уровня сложности
(ПРИЛОЖЕНИЕ №3)
20. Тесты второго уровня сложности
(ПРИЛОЖЕНИЕ №4)

VIII. ОСНАЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

29. Диапроектор и слайды по клинике и лечению абсцессов и флегмон височной, скуловой областей и орбиты. острый периодонтит, острый периостит и острый остеомиелит челюсти.
30. Муляжи, где на разрезе даны мышцы, сосуды и нервы
31. Плакаты, альбомы, отображающие клинику заболевания и лечение.
32. Череп и нижняя челюсть.
33. R-снимки зубов и челюстей.
34. Инструменты для обследования больных

IX ВИДЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, НАВЫКОВ И УМЕНИЙ

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

X САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

1. Особенности оперативного доступа при вскрытии флегмоны глазницы.
2. Топографическая анатомия глазницы.

XI КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ.

38. Этиология абсцессов и флегмон височной области
39. Этиология абсцессов и флегмон скуловой области
40. Этиология флегмоны глазницы.
41. Топография височной области
42. Топография скуловой области
43. Топография глазницы
44. Клиника и хирургическое лечение абсцессов и флегмон височной области
45. Клиника и хирургическое лечение абсцессов и флегмон скуловой области
46. Клиника и хирургическое лечение абсцессов и флегмон глазницы
47. Пути инфицирования при развитии абсцессов и флегмон височной, скуловой областей и глазницы.
48. Возможные осложнения при развитии абсцессов и флегмон височной, скуловой областей и глазницы.
49. Особенности хирургических доступов при вскрытии абсцессов и флегмон височной, скуловой областей и глазницы.
50. Медикаментозная терапия при флегмоне височной, скуловой областей и глазницы.

ХII. Рекомендуемая литература :

1. БАЖАНОВ Н.Н.,” Хирургическая стоматология . Москва , 1979 .”
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г.”Учебник хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии”, Москва , 2000г.
3. Бернадский Ю.Ю. “ Основы хирургической стоматологии “ Киев , 1984 .
4. Дунаевский В.А. “ Хирургическая стоматология “ Ленинград , 1981 .
5. Евдокимов А.И. , Васильев Г.А. “Хирургическая стоматология “.,Москва , 1964.
6. Заусаев В.И. “Хирургическая стоматология “Москва, 1980 .
7. Робустова Т.Г.”Хирургическая стоматология “ Москва , 1998.
8. Шаргородский А.Г. “ Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи” .

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ.

1. АНАТОМИЯ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ
2. АНАТОМИЯ СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ
3. АНАТОМИЯ ГЛАЗНИЦЫ (ОРБИТЫ)
4. МЫШЦ И НЕРВЫ, ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ В УКАЗАННЫХ ОБЛАСТЯХ.
5. ПУТИ ПОПАДАНИЯ ИНФЕКЦИИ В ВИСОЧНУЮ, СКУЛОВУЮ ОБЛАСТИ И ГЛАЗНИЦУ.
6. ОДОНТОГЕННЫЕ АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ, СКУЛОВОЙ ОБЛАСТЕЙ И ОРБИТЫ.
7. КЛИНИКА АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ВИСОЧНОЙ, СКУЛОВОЙ ОБЛАСТЕЙ И ОРБИТЫ ГЛАЗА.

8. ПОНЯТИЕ О РАЗЛИТОЙ ФЛЕГМОНЕ ЧЛО
9. ВОЗМОЖНЫЕ ПОДХОДЫ ДЛЯ ВСКРЫТИЯ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ВИСОЧНОЙ И СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ, ОРБИТЫ.
10. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ УКАЗАННЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ.
11. ОБЪЁМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ ЗАТРОНУТЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ.
12. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ВИСОЧНОЙ, СКУЛОВОЙ ОБЛАСТЕЙ И ОРБИТЫ ГЛАЗА.

ПРИЛОЖЕНИЕ №2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

больной 42 лет поступил в клинику с жалобами на постоянные ноющие тупые боли в левой височной области, припухлость в той же области, ограничение открывания рта, болезненность при движении нижней челюсти, более выраженную при боковых движениях, головные боли, общую слабость, недомогание. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад на производстве получил травму: удар в теменную и височную области слева

тупым металлическим предметом (металлическая деталь). Травма сопровождалась разрывом мягких тканей. С диагнозом рвано-ушибленная рана теменно-височной области, сотрясение головного мозга госпитализирован в нейрохирургическое отделение. Произведена первичная хирургическая обработка, ушивание раны, лечение сотрясения. Повреждения костей черепа не было выявлено. После проведенного лечения был выписан, однако сохранились жалобы на припухлость в височной области, слабо болезненную при пальпации. Беспокоило также незначительное ограничение открывания рта. В течение всего последующего времени температура держалась в пределах субфебрильных цифр, часто беспокоили головные боли, однако больной к врачу не обращался. Неделью назад боли в височной области стали усиливаться. Припухлость увеличивалась, прогрессировало ограничение открывания рта. Больной обратился в районную поликлинику к невропатологу. Там же был проконсультирован хирургом и стоматологом. Направлен в челюстно-лицевой стационар.

Объективно: отмечается умеренно болезненный при пальпации воспалительный инфильтрат в левой височной области с нечеткими границами. Кожа над ним слабо гиперемирована, синюшна, в складку не собирается. В передне-верхних отделах височной области определяется небольшой участок флюктуации. Кожа над ним резко гиперемирована, истончена. Открывание рта до 2 см, болезненное. Боковые движения нижней челюсти ограничены и болезненны. При рентгенологическом исследовании костей черепа в области левой височной кости определяются несколько участков разрежения костной ткани от 0,5 до 1,0 см. четкость контуров различная. Внутри участков разрежения определяются участки костной ткани, похожие на тени формирующихся и сформированных секвестров

4. поставьте и обоснуйте диагноз
5. наметьте план лечения
6. укажите анатомические границы височной области

больной 27 лет поступил в клинику с диагнозом «перелом скулоорбитального комплекса слева». Травму получил в автомобильной катастрофе. Из анамнеза: кратковременная потеря сознания. С момента травмы постоянно беспокоит тошнота, потеря аппетита, жидкий стул, головокружение. Дважды была рвота. В клинике произведена операция репозиции скулоорбитального комплекса слева. Фиксация после репозиции удовлетворительная. Дополнительных средств для фиксации не понадобилось. Клинически у больного выражен посттравматический отек левой половины лица, множественные ссадины, мелкие рвано-ушибленные раны, которые были обработаны и ушиты. На 2 этапе после операции состояние больного стало ухудшаться, температура тела повысилась до 38,5°, появился озноб, тошнота усилилась. Стали нарастать боли в области средней зоны лица слева, наиболее интенсивные в области глазницы. Отек обоих век левого глаза увеличился, появилась гиперемия кожи и слизистой оболочки конъюнктивального мешка. появился отек обоих век правого глаза, экзофтальм слева. Острота зрения правого глаза стала прогрессивно снижаться. При одновременном надавливании на оба глазных яблока слева отмечается резкая боль, движения левого глазного яблока резко ограничены. Нистагм правого глаза.

7. поставьте диагноз. Укажите, с чем может быть связано развитие данного патологического состояния.
8. Укажите наиболее серьезные осложнения, которые могут развиваться в данном случае.
9. Опишите методику оперативного вмешательства
10. Какие признаки не существенны для данного заболевания.

больной 28 лет в состоянии алкогольного опьянения был избит неизвестными на улице 5 дней назад. К врачу до настоящего времени не обращался. При обращении жалуется на постоянные ноющие боли в правой височной области, иррадиирующие в затылочную и теменную области и шею. Также жалуется на резко болезненную припухлость в правой височной области, ограничение открывания рта, боли и ограничение боковых движений

нижней челюсти. Наиболее интенсивно перечисленные симптомы нарастают в течение последних суток. При объективном обследовании определяется одутловатость лица за счет множественных отеков, подкожных и внутрикожных гематом. Имеются множественные ссадины, царапины, находящиеся в стадии эпителизации. Открывание рта до 1,5 см; болезненное, боковые движения отсутствуют. При попытке боковых движений возникает резкая боль в правой височной области. В правой височной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфильтрат, занимающий 2/3 области, кожа над ним резко гиперемизирована, в складку не собирается. Определяется флюктуация в центре инфильтрата. При внутриротовом осмотре множественные корни разрушенных зубов, обилие поддесневых и наддесневых зубных отложений, явления выраженного гингивита. При рентгенологическом обследовании кроме множественных очагов хронического периодонтита выявляется гомогенное затемнение обеих верхнечелюстных пазух. Данных за наличие перелома костей лицевого и мозгового черепа не выявлено.

11. поставьте диагноз. Укажите, с чем связано развитие данного заболевания.
12. наметьте план лечения
13. укажите признаки, не существенные для данного заболевания.

ПРИЛОЖЕНИЕ №3
ТЕСТЫ I УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

XXII. Обычное возникновение абсцессов и флегмон височной области?

21. Вторично при распространении из соседних областей
22. Первично, за счет поражения клетчатки височной области
23. За счет верхнего зуба мудрости
24. За счет верхних моляров
25. При нагноении лимфоузла

XXIII. Обычное возникновение абсцессов и флегмон скуловой области?

21. Вторично при распространении гноя из соседних областей
22. Первично, за счет поражения клетчатки скуловой области
23. За счет верхних моляров
24. За счет верхнего зуба мудрости
25. При нагноении лимфоузлов

XXIV. Обычное возникновение абсцесса и флегмоны глазницы?

1. Вторично при распространении гноя из соседних областей
2. Первично, за счет поражения клетчатки орбиты
3. За счет верхних моляров
4. За счет верхних премоляров
5. Гематогенным путём

XXV. Какое образование не соответствует границам скуловой области?

21. Жевательная мышца
22. Подглазничный край глазницы
23. Передневерхний отдел щечной области
24. Скуловерхнечелюстной шов
25. Скуловисочный шов

XXVI. Какое образование не соответствует границам височной области?

6. передняя стенка гайморовой пазухи
7. височная фасция
8. чашуйчатая часть височной кости
9. подвисочный гребень большого крыла клиновидной кости
10. скуловая и лобная кости

ПРИЛОЖЕНИЕ №4
ТЕСТЫ II УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

- I. Флегмону височной области вскрывают разрезом?
6. со стороны кожных покровов височной области
 7. со стороны полости рта
 8. по переходной складке на верхней челюсти
 9. из подвисочной области
 10. по носогубной складке
- II. Флегмону глазницы обычно вскрывают разрезом?
21. Снаружи в области нижнего или верхнего века
 22. У внутреннего угла глаза
 23. У наружного угла глаза
 24. По носогубной складке
 25. Из подвисочной области
- XIX. Оперативное вмешательство при флегмоне скуловой области производят?
21. В месте наибольшей флюктуации
 22. Из щечной области
 23. Со стороны полости рта
 24. По переходной складке на верхней челюсти
 25. По носогубной складке
- XX. Флегмона, способная осложниться поражением синусов твердой мозговой оболочки и отеком мозга?
16. Флегмона орбиты
 17. Щечной области
 18. Скуловой области
 19. Подглазничной области
 20. Позадичелюстной области
- XXI. Отметьте симптомы, не характерные для флегмоны глазницы?
21. Затрудненное открывание рта
 22. Хемоз
 23. Диплопия
 24. Снижение остроты зрения
 25. Ограничение подвижности глазного яблока

«АБСЦЕСС И ФЛЕГМОНА ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ И ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ. ТОПОГРАФИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.»

количество часов: 3,0

XXIII. Цель занятия

Укрепить у студента знания по топографии поднижнечелюстной и подподбородочной областей, обучить клинике, диагностике и лечению абсцессов и флегмон вышеназванных локализаций.

III ЦЕЛИ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

22. ЗНАТЬ КЛИНИКУ И ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ.
23. ЗНАТЬ КЛИНИКУ И ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ПОДПОДБОРОДОЧНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА.
24. УМЕТЬ ОБСЛЕДОВАТЬ БОЛЬНЫХ С АБСЦЕССАМИ И ФЛЕГМОНАМИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО И ПОДПОДБОРОДОЧНОГО ТРЕУГОЛЬНИКОВ.
25. УМЕТЬ ВЫЯВИТЬ ПРИЧИННЫЙ ЗУБ
26. УМЕТЬ ОБЕСПЕЧИТЬ ЭКСТРЕННУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ БОЛЬНОГО

IV. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ:

1. Студент должен хорошо ориентироваться в топографии поднижнечелюстной области.
2. Студент должен хорошо ориентироваться в топографии подподбородочной области (границы).
3. Знать симптомокомплекс при абсцессах и флегмонах поднижнечелюстной области. Должен.
4. Знать симптомокомплекс при абсцессах и флегмонах подподбородочной области.
5. Уметь обобщить данные анамнеза, осмотра и клинико-лабораторного обследования для проведения дифференциальной диагностики и постановки диагноза.
6. уметь провести опрос больного, собрать анамнез.
7. Уметь назначить адекватные анализы клинического и биохимического исследований для оценки статуса больного
8. Знать локализацию разрезов при абсцессах и флегмонах поднижнечелюстной и подподбородочной областей.
9. Знать поэтапно проведение всего объема хирургического вмешательства при вскрытии абсцессов и флегмон поднижнечелюстной и подподбородочной областей.
10. Уметь обосновать назначаемое консервативное лечение.
11. Уметь заполнять необходимую документацию.
12. Знать возможные осложнения и их профилактику.

V. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ.

Абсцесс и флегмона поднижнечелюстной области – одна из частых по сравнению с другими в ЧЛЮ локализациями. Причиной, как правило, служат нижние моляры, реже инфекция проходит из соседних пространств.

Границы поднижнечелюстного треугольника: верхняя – челюстно-подъязычная мышца, нижняя – переднее и заднее брюшко m. Digastricus; наружная – внутренняя поверхность основания нижней челюсти; В поднижнечелюстной области расположена поднижнечелюстная слюнная железа, лимфатические узлы, проходит лицевая артерия и

вена, подъязычный нерв, много рыхлой клетчатки. Часто инфекция в подчелюстной треугольник попадает из соседней подъязычной области. Задние отделы поднижнечелюстной области сообщаются с крыло-челюстным и окологлоточным пространствами.

Абсцесс подчелюстного треугольника и флегмона этой области.

При абсцессе боли локализованные. Ограниченный инфильтрат в переднем или заднем отделе подчелюстного треугольника. Пальпаторно – плотный болезненный инфильтрат, кожа спаяна с подлежащими тканями. В центре отмечается участок флюктуации, особенно при поражении переднего отдела. Открывание рта свободно. Во рту – без изменений.

При флегмоне боли более интенсивные. Припухлость в течение 2-3 суток занимает весь подчелюстной треугольник и прилегающий подподбородочную и позадичелюстную области. Кожа инфильтрирована. В центре плотный болезненный инфильтрат имеется отек соседних щечной и околоушножевательной областей. Открывание рта чаще не нарушено (в зависимости от источника инфицирования – при распространении из подъязычной области имеет место инфильтрация внутренней крыловидной мышцы.)

При поражении соседних подъязычного и крылочелюстного пространств движения ограничены, боли при глотании.

В полости рта слизистая подъязычной складки отечна и гиперемирована.

Оперативное вмешательство в поднижнечелюстной треугольник заключается в проведении разреза со стороны кожи отступя от тела нижней челюсти на 1,5-2,0 см при абсцессах; при флегмонах - 5-6 –м. Рассекают кожу, подкожную клетчатку, подлежащую мышцу шеи, поверхностную и собственную фасции шеи, пальцем делают ревизию области

особенно вокруг слюнной железы.

Опасно распространение гнойного экссудата на шейные отделы, что может привести к поражению средостения и медиастениту, представляющих угрозу для жизни.

Абсцесс и флегмона подподбородочного треугольника – причиной возникновения процессов часто являются резцы и клыки нижней челюсти, но инфекция может исходить из подчелюстной области или корня языка.

Границы подподбородочного треугольника – верхняя – челюстно-подъязычная мышца (m. Mylohyoideus); нижняя – поверхностная фасция шеи, боковые – переднее брюшко двубрюшной мышцы (m. Digastricus). В подподбородочном треугольнике находится жировая клетчатка, лимфоузлы. В подподбородочном треугольнике могут развиваться абсцесс и флегмона.

При абсцессе – появляется болезненность, припухлость, в течении 3-4 дней возникает плотный болезненный инфильтрат. Кожа спаявается, истончается, появляется флюктуация.

При флегмоне быстро появляется разлитой инфильтрат в подподбородочном треугольнике, а также в подчелюстных областях с обеих сторон. Открывание рта в начале процесса свободно, при распространении на соседние области, ограничено, болезненно. Инфильтрат размягчается, появляется флюктуация. При абсцессе и флегмоне подподбородочного треугольника слизистая полости рта обычно не изменена.

Хирургическое вмешательство при абсцессе и флегмоне – производят разрез через кожу от края нижней челюсти к подъязычной кости или дугообразно параллельно основанию нижней челюсти. Ткани рассекают послойно, тупо доходят до челюстно-подъязычной мышцы. Своевременное лечение обычно исключает возможность развития осложнений.

VI. ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ

Исходя из времени, отведенного на практическое занятие(3 часа) и раздаточного материала, заготовленного по теме (контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи) преподаватель стремится к максимальному использованию имеющихся средств обучения для развития и укрепления :

- 1 теоретических знаний
2. аналитических способностей
3. практических навыков.

Такое деление занятия весьма условно, но оно обязательно должно иметь место на каждом занятии.

1 Теоретический раздел

Глубокие теоретические знания являются важнейшим фундаментом в деятельности врача. Касаясь конкретно темы занятия, учитель направляя и добавляя ответы студентов, должен добиться понимания:

- А. Знать топографию поднижнечелюстной и подподбородочной областей .
- Б. Знания симптомов при абсцессах и флегмонах поднижнечелюстной и подподбородочной областей
- В. Необходимости оперативного вмешательства при абсцессах и флегмонах поднижнечелюстной и подподбородочной областей.

2. Аналитический раздел — должны быть использованы ситуационные задачи в различных вариантах — может быть зачитана ситуационная задача для всей группы, раздаётся по одной ситуационной задаче на двух студентов. При этом на ответ даётся не более 2-3 минут. Привлекая студентов к приёму больных важно обращать внимание (способствовать) на повышение коммуникационной способности у обучающихся - проведение опроса больных, умение общения с больным, правильные акценты при сборе анамнеза в зависимости от рассматриваемой патологии, грамотность интерпретирования клинических и лабораторных исследований. Важным элементом аналитического раздела является умение правильно заполнять необходимую медикаментозную документацию.

Студент должен аккуратно и последовательно вести тетрадь, в которой отражены практические занятия и дневник по приёму больных.

При градации оценки аналитический раздел должен составлять 30-35% от оценки.

4. Практические навыки. Опыт показывает, что это один из наиболее сложных аспектов занятия. Для его успешного решения в частности на 3 курсе следует широко использовать имеющиеся наглядные пособия — муляжи, таблицы, фантомы, демонстрацию слайдов. Преподаватель должен отразить уровень усвоения студентом отдельных практических навыков:
 1. проведение осмотра полости рта
 2. умение собрать анамнез у больного
 3. уметь провести параллель между пораженным зубом с имеющейся патологией в околозубных тканях.
 4. знать оптимальные сроки для рентгенологического обследования больного
 5. Уметь обосновать назначенное медикаментозное и хирургическое лечение. Важным элементом практического раздела является самостоятельная работа студентов — небольшие доклады и разборы в присутствии всей группы. Практический раздел составляет около 35-45% от общей оценки.

VII. Раздаточный материал

21. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов (ПРИЛОЖЕНИЕ №1)
22. Ситуационные задачи (ПРИЛОЖЕНИЕ №2)
23. Тесты первого уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №3)
24. Тесты второго уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №4)

VIII. ОСНАЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

35. Диапроектор и слайды по клинике, диагностике и лечению абсцессов и флегмон поднижнечелюстной и подподбородочной областей.
36. Муляжи (где на разрезе даны суставы, сосуды и нервы.)
37. Плакаты, альбомы, таблицы по теме занятия.
38. Череп и нижняя челюсть.
39. Р-снимки зубов и челюстей.
40. Инструменты для обследования больных

IX ВИДЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, НАВЫКОВ И УМЕНИЙ

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

X САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

1. осложнение флегмоны поднижнечелюстной области
2. оперативный доступ при вскрытии абсцесса подподбородочной области

XI КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ.

51. Этиология абсцессов и флегмон поднижнечелюстного треугольника
52. Этиология абсцессов и флегмон подподбородочного треугольника
53. Топография поднижнечелюстного треугольника
54. Топография подподбородочного треугольника
55. Клиника абсцесса и флегмоны поднижнечелюстного треугольника
56. Клиника абсцесса и флегмоны подподбородочного треугольника
57. Оперативный доступ при абсцессе и флегмоне поднижнечелюстного треугольника
58. Оперативный доступ при абсцессе и флегмоне подподбородочного треугольника
59. Виды обезболивания при удалении причинного зуба
60. Пути инфицирования при развитии абсцесса и флегмоны поднижнечелюстного треугольника
61. Пути инфицирования при развитии абсцесса и флегмоны подподбородочного треугольника
62. Возможные осложнения при абсцессе и флегмоне поднижнечелюстного и подподбородочного треугольников
63. Медикаментозная терапия при абсцессах и флегмонах поднижнечелюстного и подподбородочного треугольников

XII Рекомендуемая литература :

1. БАЖАНОВ Н.Н.,” Хирургическая стоматология . Москва , 1979 .”
2. Бернадский Ю.Ю. “ Основы хирургической стоматологии “ Киев , 1984 .
3. Дунаевский В.А. “ Хирургическая стоматология “ Ленинград , 1981 .

4. Евдокимов А.И. , Васильев Г.А. “Хирургическая стоматология “.,Москва , 1964.
5. Заусаев В.И. “Хирургическая стоматология “Москва, 1980 .
6. Робустова Т.Г.”Хирургическая стоматология “ Москва , 1998.
7. Шаргородский А.Г. “ Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи” .

ПРИЛОЖЕНИЕ №1.

Контрольные вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Границы поднижнечелюстной области
2. Границы подподбородочной области
3. Мышцы и нервы, локализованные в указанных областях.
4. Пути попадания инфекции в поднижнечелюстное и подподбородочное пространства.
5. Одонтогенные абсцессы и флегмоны поднижнечелюстного и подподбородочного пространств.
6. Клиника абсцессов и флегмон поднижнечелюстного треугольника.
7. Клиника абсцессов и флегмон подподбородочного треугольника.
8. Понятие о разлитой флегмоне лица.
9. Возможные подходы к вскрытию абсцессов и флегмон поднижнечелюстной и подподбородочной областей.
10. Медикаментозная терапия при абсцессах и флегмонах поднижнечелюстной и подподбородочной областей.
11. Объём хирургического вмешательства при абсцессах и флегмонах поднижнечелюстной и подподбородочной областей.
12. Возможные осложнения при абсцессах и флегмонах поднижнечелюстной и подподбородочной областей, их профилактика, лечение.

ПРИЛОЖЕНИЕ №2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Больная, 39 лет, поступила в клинику с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в правой поднижнечелюстной области, ограниченное болезненное открывание рта, боли в 5 нижнем правом зубе, усиливающиеся при накусывании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0 град. С. Зуб заболел 10 дней назад. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, к врачу не обращалась. Два дня назад появилась и начала быстро увеличиваться болезненная припухлость в правой поднижнечелюстной области. При этом боли в 5 нижнем правом зубе несколько уменьшились. Обратилась к врачу. Объективно: в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат, занимающий всю область. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку. Определяется незначительный участок флюктуации в центре инфильтрата. Коллатеральный отек распространяется на позадичелюстную, нижние отделы щечной области, верхние отделы шеи справа, а также подподбородочную область. Открывание рта на 1,0–1,5 см., болезненное. В полости рта слизистая оболочка челюстно-язычного

желобка и подъязычной области справа отечна, пальпация безболезненна, боли иррадиируют в поднижнечелюстную область. В коронковой части больного зуба имеется глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия болезненная. При рентгенологическом исследовании в области верхушек корней 5 нижнего правого зуба определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами. Зуб ранее лечен, каналы запломбированы неполностью. 1. Поставьте диагноз.

2. Опишите методику оперативного вмешательства.

3. Укажите анатомические границы поднижнечелюстной области.

Больной 25 лет, впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области нижнего 5 слева со смещением. Произведено удаление 5 левого нижнего зуба из линии перелома, наложены бимаксиллярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга. Назначено противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Однако назначения не выполнял, на 2 день самостоятельно снял резиновую тягу. Повторно поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области, выделение гноя через лунку удаленного зуба, незначительные боли при глотании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0-38,5°C. При осмотре в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфильтрат, разлитой 10,0x7,0 см кожа над ним гиперемирована, ограничено собирается в складку, в глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуации. Умеренно выражен коллатеральный отек. Открывание рта ограничено до 0,5 см. болезненно. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение тканей губы, кожи подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Лунка удаленного 5 нижнего слева зуба содержит гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки дна полости рта слева и отсутствие инфильтрации. При рентгенологическом исследовании тело и ветви нижней челюсти слева определяется тень линии перелома, проходящая через лунку удаленного зуба. Положение фрагментов удовлетворительное. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.

2. Укажите, с чем может быть связано развитие данного воспалительного процесса.

3. Укажите признаки, не существенные для диагностики вторичного воспалительного процесса.

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на наличие разлитой резко болезненной припухлости в подподбородочной области, ограниченное болезненное открывание рта, общую слабость, повышение температуры тела до 37,5-38,0°C. Из анамнеза выявлено, что в течение полугода больной обращал внимание на наличие безболезненного опухолевидного образования размером около 1,5x1,5 см в диаметре в подподбородочной области. После перенесенного неделю назад простудного заболевания новообразование стало увеличиваться, появилась болезненность. Постепенно сформировалась разлитая резко болезненная припухлость. Обратилась к стоматологу по месту жительства. Направлен в стоматологический стационар, где поставлен диагноз: флегмона подподбородочной области. олностью.

1. На основании каких клинических симптомов поставлен такой диагноз?

2. Каких сведений не хватает для постановки достоверного диагноза?

3. Что могло послужить причиной развития флегмоны?

4. Составьте план лечения в зависимости от возможного полного диагноза

- XXVII. причиной развития флегмоны поднижнечелюстного треугольника часто являются?
26. Нижние большие коренные зубы
 27. Нижние малые коренные зубы
 28. Нижний зуб мудрости
 29. Распространение из соседних областей
 30. Лимфаденит подчелюстной области
- XXVIII. Какое образование не является границей поднижнечелюстного треугольника?
6. Внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
 7. Челюстно-подъязычная мышца
 8. Переднее брюшко двубрюшной мышцы
 9. Заднее брюшко двубрюшной мышцы
 10. Внутренняя поверхность основания нижней челюсти
- XXIX. Какое образование не является границей поднижнечелюстного треугольника?
26. Латеральная крыловидная мышца
 27. Челюстно-подъязычная мышца
 28. Поверхностная фасция шеи
 29. Переднее брюшко двубрюшной мышцы справа
 30. Переднее брюшко двубрюшной мышцы слева
- XXX. причиной развития абсцесса и флегмоны подподбородочной области часто являются ?
16. нижние резцы и клык
 17. нижние премоляры
 18. нижние моляры
 19. нижний зуб мудрости
 20. лимфаденит подподбородочной области
- XXXI. В каком анатомическом образовании расположена подчелюстная слюнная железа?
26. Поднижнечелюстной треугольник
 27. Подподбородочный треугольник
 28. Челюстно-язычный желобок
 29. Подъязычный валик
 30. Крыловидно-нижнечелюстное пространство

ПРИЛОЖЕНИЕ №4
ТЕСТЫ 2 УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

- I. Оперативное лечение при флегмоне поднижнечелюстного треугольника?
15. Разрез со стороны кожи в поднижнечелюстном треугольнике
 16. Разрез со стороны полости рта в подъязычной области
 17. Подчелюстным разрезом
 18. Со стороны челюстно-язычного желобка
 19. Со стороны подъязычного валика
- II. Оперативное лечение при абсцессе и флегмоне подподбородочного треугольника?
26. Разрез со стороны кожи в подподбородочном треугольнике
 27. Разрез со стороны слизистой в подъязычной области
 28. Подчелюстной разрез
 29. со стороны челюстно-язычного желобка
 30. со стороны подъязычного валика
- III. На какую область чаще распространяется инфекция из подподбородочного треугольника?
26. Поднижнечелюстная
 27. Скуловая
 28. Щечная
 29. Околоушножевательная
 30. подвисочная
- IV. Какой препарат для внутривенного наркоза часто используется в клинике?
1. кетамин (калипсол)
 2. новокаин
 3. лидокаин
 4. сомбревин
 5. циклопропан
- V. При дифдиагностике флегмоны поднижнечелюстного треугольника:
26. Затрудненное дыхание
 27. Отек мягких тканей
 28. Воспалительная контрактура (1 степень)
 29. Флюктуация
 30. Ассиметрия лица

XXIV. Тема №13

«АБСЦЕСС И ФЛЕГМОНА ОКОЛОГЛОТОЧНОГО, КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО И ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВ. ТОПОГРАФИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.»

количество часов:3.0

XXV. Цель занятия

УКРЕПИТЬ У СТУДЕНТА ЗНАНИЯ ПО ТОПОГРАФИИ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО, КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО И ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВ,

ОБУЧИТЬ КЛИНИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ВЫШЕУКАЗАННЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ.

III. ЗАДАЧИ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ.

27. ЗНАТЬ КЛИНИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА.
28. ЗНАТЬ КЛИНИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА
29. ЗНАТЬ КЛИНИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА
30. УМЕТЬ ОБСЛЕДОВАТЬ БОЛЬНЫХ С АБСЦЕССАМИ И ФЛЕГМОНАМИ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО, КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО И ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВ (С ВЫЯВЛЕНИЕМ ИСТОЧНИКА ИНФИЦИРОВАНИЯ)
31. УМЕТЬ ВЫЯВИТЬ ПРИЧИННЫЙ ЗУБ
32. УМЕТЬ ОБЕСПЕЧИТЬ ЭКСТРЕННУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ БОЛЬНОГО

IV. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

1. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ХОРОШО ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ В ТОПОГРАФИИ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА.
2. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ХОРОШО ЗНАТЬ ГРАНИЦЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА.
3. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ХОРОШО ЗНАТЬ ТОПОГРАФИЮ ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА.
4. УМЕТЬ ПРОВЕСТИ ОПРОС БОЛЬНОГО, СОБРАТЬ АНАМНЕЗ
5. УМЕТЬ НАЗНАЧИТЬ АДЕКВАТНЫЕ АНАЛИЗЫ КЛИНИЧЕСКОГО И БИОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ДЛЯ ОЦЕНКИ СТАТУСА БОЛЬНОГО
6. УМЕТЬ ОБОЩИТЬ ДАННЫЕ ОСМОТРА, АНАМНЕЗА, ДАННЫЕ АНАЛИЗОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА.
7. ЗНАТЬ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА.
8. ЗНАТЬ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПРИ ФЛЕГМОНЕ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА
9. ЗНАТЬ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА
10. ЗНАТЬ МЕСТА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РАЗРЕЗОВ ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО, КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО, ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВ.
11. ЗНАТЬ ЭТАПНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО, КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО И ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВ.
12. УМЕТЬ ОБОСНОВАТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ
13. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА.
14. УМЕТЬ ЗАПОЛНЯТЬ НЕОБХОДИМУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ

V. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

В окологлоточном пространстве причиной развития воспалительного процесса может быть тонзиллит или большие коренные зубы нижней (реже верхней) челюсти. Поражение может произойти из-за распространения инфекции из поднижнечелюстного треугольника, подъязычной и позадищелюстной областей, крыловидно-челюстного пространства.

Границы окологлоточного пространства: внутренняя – мышечная оболочка глотки, наружная – медиальная крыловидная мышца и глоточный отдел околоушной слюнной железы, передняя – межкрыловидная фасция и внутренняя поверхность медиальной крыловидной мышцы, задняя – боковая фасция и отростки идущие от предпозвоночной фасции к мышечной оболочке глотки.

Шилоязычная, шилоглоточная, шилоподъязычная мышцы разделяют окологлоточное пространство на передний и задний отделы. **В переднем отделе** много рыхлой жировой клетчатки. **В заднем отделе** пространства находятся внутренняя сонная артерия, внутренняя яремная вена, IX, X, XI, XII черепно-мозговые нервы, лимфоузлы. Клетчатка окологлоточного пространства сообщается с клетчаткой крылонебной и височной ямок, подъязычной области. **При абсцессе** – небольшая отечность под углом нижней челюсти, увеличение лимфоузлов. Открывание рта ограничено и болезненно. Осмотр полости рта затруднен. При помощи шпателя, лобного рефлектора удастся осмотреть рот и зев, где обнаруживается гиперемия и отечность мягкого неба: небно-язычных и небно-глоточных дужек, небного язычка, выбухание боковой стенки глотки.

При флегмоне - боли при глотании, нередко затруднено дыхание, ухудшение общего самочувствия, появление озноба, интоксикации. Под углом края имеется глубокий болезненный инфильтрат. Открывание рта ограничено (3 степень) за счет вовлечения m. Pterigoideus med., шпателем открывают рот, осматривают глотку, слизистую крыловидно-челюстной складки, мягкого неба, отмечают гиперемию и отек, небный язычок резко смещен в здоровую сторону. Инфильтрат распространяется на боковую стенку глотки, отек слизистых подъязычной складки, языка, задней стенки глотки.

Абсцесс вскрывают внутриротовым разрезом слизистой медиальнее крыловидно-челюстной складки и параллельно ее длине на 1,5-2,0 см и на глубину до 0,75 см. далее тупо проникают к гнойнику, дренируют резиновой полоской. Более надежным считается внеротовой наружный разрез в подчелюстной области (ближе к углу).

При вскрытии флегмоны окологлоточного пространства следует сделать ревизию крылочелюстного пространства и подъязычной области. Воспалительный процесс распространяясь по стенке глотки может привести к грозному осложнению – медиастениту, угрожающему жизни больного. При выраженных нарушениях дыхания показано наложение трахеостомы.

В крыловидно-нижнечелюстном пространстве причиной развития воспалительных процессов чаще являются нижние, реже верхние большие коренные зубы. Гнойный процесс может распространяться из подъязычной области, челюстно-язычного желобка, поднижнечелюстного треугольника, дна полости рта, околоушно-жевательной области.

Границы крыловидно-челюстного пространства: наружная – ветвь нижней челюсти, внутренняя – медиальная крыловидная мышца, верхняя – латеральная крыловидная мышца. Спереди пространство граничит с щечной мышцей, сзади прикрыто околоушной слюнной железой. Крыловидно-нижнечелюстное пространство через щель вдоль медиальной крыловидной мышцы сообщается с позадищечной областью и передним отделом окологлоточного пространства, вверху – с височной, подвисочной, крылонебной ямками, внизу – с подчелюстным треугольником. Различают абсцесс и флегмону крыловидно-нижнечелюстного пространства.

При абсцессе воспалительные явления нарастают медленно, захватывают клетчатку только в пределах крылочелюстной складки. Открывание рта ограничено из-за воспалительной контрактуры. В полости рта по крылочелюстной складке резко болезненный инфильтрат. Отек переходит на небноязычную дужку.

При флегмоне быстро нарастают симптомы воспаления. Нередко за 2-3 дня гнойный процесс захватывает всю клетчатку пространства. Болезненный инфильтрат под углом нижней челюсти, появляются болезненные лимфоузлы.

В полости рта гиперемия и отек слизистой в области крыловидно-челюстной складки, небно-язычной дужки, зева. Инфильтрация может захватывать боковую стенку глотки и подъязычную область.

Абсцессы крыловидно-челюстной области вскрывают внутриротовым разрезом по слизистой крылочелюстной складки на 0,5-0,75 см. Этот путь не позволяет иметь широкий доступ и не обеспечивает должного оттока.

Флегмону крыловидночелюстного пространства вскрывают наружным разрезом, окаймляющим угол нижней челюсти. Достигнув внутреннего угла нижней челюсти, отсекают внутреннюю крыловидную мышцу, проникают по внутренней поверхности ветви к гнойнику, орошают, дренируют. При подозрении на вовлеченность окологлоточного пространства, делают его ревизию.

В позадичелюстной области гнойные процессы часто развиваются вторично при распространении процесса из крыловидно-нижнечелюстного и окологлоточного пространств, реже околоушно-жевательной области, поднижнечелюстного треугольника.

Границы позадичелюстной области: верхняя – нижняя стенка слухового прохода и капсула ВНЧС, нижняя – нижний край нижней челюсти, передняя – задний край ветви и внутренней крыловидной мышцы, задняя – сосцевидный отросток височной кости и грудиноключичнососцевидная мышца; внутренняя – шиловидный отросток височной кости с прикрепляющимися мышцами, наружная – жевательная фасция.

В позадичелюстной области имеется доля околоушной слюнной железы. Область сообщается с окологлоточным и крыловиднонижнечелюстным пространствами.

Различают абсцесс и флегмону позадичелюстной области. При внешнем осмотре определяется плотная болезненная припухлость позади ветви нижней челюсти, сглаживающая контурры кости. Кожа спаяна, в складку не собирается. Мочка уха приподнята, болезненность слухового прохода, ограничение открывания рта. При явлениях воспаления в соседних областях заболевание носит характер распространенной флегмоны.

Вскрывают абсцесс и флегмону позадичелюстной области разрезом параллельным переднему краю грудино-ключичнососцевидной мышцы, отступая от заднего края ветви нижней челюсти. Рассекают кожу и фасцию, тупо проникают в позадичелюстную ямку. Вскрывая флегмону, во избежание травмы, учитывают нахождение здесь доли околоушной слюнной железы и ствола лицевого нерва.

VI. ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ

Исходя из времени, отведенного на практическое занятие(3 часа) и раздаточного материала, заготовленного по теме (контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи) преподаватель стремится к максимальному использованию имеющихся средств обучения для развития и укрепления :

- 1 теоретических знаний
2. аналитических способностей
3. практических навыков.

Такое деление занятия весьма условно, но оно обязательно должно иметь место на каждом занятии.

1 Теоретический раздел

Глубокие теоретические знания являются важнейшим фундаментом в деятельности врача. Касаясь конкретно темы занятия, учитель направляя и добавляя ответы студентов, должен добиться понимания:

- А. Знания топографии окологлоточного и крыловиднонижнечелюстного пространств
- Б. Знания симптоматики рассматриваемой патологии
- В. Необходимости оперативного вмешательства при абсцессах и флегмонах окологлоточного и крыловиднонижнечелюстного пространств.

2. Аналитический раздел — должны быть использованы ситуационные задачи в различных вариантах — может быть зачитана ситуационная задача для всей группы, раздаётся по одной ситуационной задаче на двух студентов. При этом на ответ даётся не более 2-3 минут. Привлекая студентов к приёму больных важно обращать внимание (способствовать) на повышение коммуникационной способности у обучающихся - проведение опроса больных, умение общения с больным, правильные акценты при

сборе анамнеза в зависимости от рассматриваемой патологии, грамотность интерпретирования клинических и лабораторных исследований. Важным элементом аналитического раздела является умение правильно заполнять необходимую медикаментозную документацию.

Студент должен аккуратно и последовательно вести тетрадь, в которой отражены практические занятия и дневник по приёму больных.

При градации оценки аналитический раздел должен составлять 30-35% от оценки.

5. Практические навыки. Опыт показывает, что это один из наиболее сложных аспектов занятия. Для его успешного решения в частности на 3 курсе следует широко использовать имеющиеся наглядные пособия – муляжи, таблицы, фантомы, демонстрацию слайдов. Преподаватель должен отразить уровень усвоения студентом отдельных практических навыков:
1. проведение осмотра полости рта
 2. умение собрать анамнез у больного
 3. уметь провести параллель между пораженным зубом с имеющейся патологией в околозубных тканях.
 4. знать оптимальные сроки для рентгенологического обследования больного
 5. Уметь обосновать назначенное медикаментозное и хирургическое лечение. Важным элементом практического раздела является самостоятельная работа студентов – небольшие доклады и разборы в присутствии всей группы. Практический раздел составляет около 35-45% от общей оценки.

VII. Раздаточный материал

25. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов (ПРИЛОЖЕНИЕ №1)
26. Ситуационные задачи (ПРИЛОЖЕНИЕ №2)
27. Тесты первого уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №3)
28. Тесты второго уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №4)

VIII. ОСНАЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

41. Диапроектор и слайды по темам: абсцессы и флегмоны окологлоточного, позадищелюстного и крыловидночелюстного пространств.
42. Муляжи (мышцы, сосуды и нервы)
43. Плакаты, альбомы отображающие абсцессы и флегмоны в ЧЛЮ
44. Череп и нижняя челюсть.
45. Р-снимки зубов и челюстей.
46. Инструменты для обследования больных

IX. ВИДЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, НАВЫКОВ И УМЕНИЙ

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

X. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

1. топография клетчаточных пространств шеи
2. особенности клинического течения абсцессов и флегмон позадищелюстного пространства.

XI. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

64. Этиология абсцессов и флегмон окологлоточного пространства.
65. Этиология абсцессов и флегмон крыловидно-челюстного пространства.
66. Этиология абсцессов и флегмон позадищелюстного пространства.
67. Топография окологлоточного пространства
68. Топография крыловидно-челюстного пространства
69. Топография позадищелюстного пространства
70. Оперативный доступ при вскрытии абсцесса и флегмоны окологлоточного пространства
71. Оперативный доступ при вскрытии абсцесса и флегмоны крыловидно-челюстного пространства
72. Оперативный доступ при вскрытии абсцесса и флегмоны позадищелюстного пространства
73. Виды обезболивания при вскрытии рассматриваемых топографических образований и удалении причинного зуба
74. Возможные осложнения при абсцессе и флегмоне окологлоточного, крыловидно-челюстного и позадищелюстного пространств
75. Медикаментозная терапия при абсцессах и флегмонах рассматриваемых анатомических зон

XII Рекомендуемая литература :

1. БАЖАНОВ Н.Н.,” Хирургическая стоматология . Москва , 1979 .”
2. Бернадский Ю.Ю. “ Основы хирургической стоматологии “ Киев , 1984 .
3. Дунаевский В.А. “ Хирургическая стоматология “ Ленинград , 1981 .
4. Евдокимов А.И. , Васильев Г.А. “Хирургическая стоматология “.,Москва , 1964.
5. Заусаев В.И. “Хирургическая стоматология “Москва, 1980 .
6. Робустова Т.Г.”Хирургическая стоматология “ Москва , 1998.
7. Шаргородский А.Г. “ Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи” .

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ

1. ТОПОГРАФИЯ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА
2. ГРАНИЦЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА
3. ГРАНИЦЫ ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА
4. КОСТНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ И МЫШЦЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ФОРМИРОВАНИИ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРОСТРАНСТВ
5. ПУТИ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В ОКОЛОГЛОТОЧНОЕ, КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОЕ, ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОЕ ПРОСТРАНСТВО.
6. ОДОНТОГЕННЫЕ АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО, КРЫЛОЧИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО, ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВ.
7. КЛИНИКА АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА
8. КЛИНИКА АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА.
9. КЛИНИКА АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА.
10. ЛОКАЛИЗАЦИИ РАЗРЕЗОВ ПРИ ВСКРЫТИИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ОКОЛОГЛОТОЧНОГО, ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОГО И КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВ.
11. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ УКАЗАННЫХ ПРОСТРАНСТВ.
12. ОБЪЁМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО, ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОГО И КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВ.
13. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ, ЛЕЧЕНИЕ.

ПРИЛОЖЕНИЕ №2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационные задачи

1. больная 28 лет обратилась в поликлинику с жалобами на асимметрию лица справа, общее недомогание, повышенную температуру тела (38 градусов). 4 дня назад заболел нижний правый второй моляр. Обращалась к терапевту стоматологу, была наложена пломба. На следующий день после лечения зуба появилась болезненная припухлость в подчелюстной области, резко ограничилось открывание рта.
В полости рта в области крыловидно-нижнечелюстной складки определяется резко болезненный инфильтрат. Слизистая в этом участке резко гиперемирована, отечна, отек переходит на небно-язычную дужку. Леченный зуб под пломбой, частично разрушен, перкуссия слабopоложительна.
 1. проведите диф. диагностику предполагаемой флегмоны
 2. перечислите возможные осложнения
 3. наметьте план лечения
2. больной 32 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на асимметрию лица, общее недомогание, затрудненное дыхание, повышенную температуру тела. Со слов больного, в течении последней недели беспокоит зуб на нижней челюсти справа, к врачу не обращался. При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица за счет припухлости в правой подчелюстной области; пальпаторно в проекции корня языка и глотки отмечается плотный болезненный инфильтрат. В полости рта область крыловидно-нижнечелюстной складки и небно-язычной дужки резко гиперемирована, отечна, пальпаторно определяется плотный болезненный

инфильтрат, небный язычок резко смещен влево. Седьмой нижний правый зуб разрушен, слегка подвижен, перкуссия зуба слабоположительна.

1. проведите диф.диагностику предполагаемого диагноза
 2. перечислите возможные осложнения
 3. наметьте план лечения
3. больной 23 лет обратился в поликлинику с жалобами на болезненную припухлость в области угла нижней челюсти справа, общее недомогание, повышенную температуру тела. Со слов больного в течении последних 10 дней неоднократно обращался к стоматологу по причине затрудненного прорезывания правого нижнего зуба мудрости. Врач, лечивший больного, прибегал к рассечению и иссечению капюшона, была проведена противовоспалительная терапия. Проведен курс антибиотикотерапии и сульфаниламидных препаратов.

Объективно: в подчелюстной области справа пальпируется плотный болезненный инфильтрат с флюктуацией в центре. Отек распространяется на боковую поверхность шеи справа. В полости рта перкуссия восьмого нижнего справа зуба резко положительна, задние бугры коронки прикрыты капюшоном. На рентгенограмме восьмого нижнего справа: костный карман прикрывает дистальную часть коронки, положение зуба относительно седьмого нижнего справа – неудовлетворительное.

1. опишите рентгенологический снимок
2. проведите диф.диагностику предполагаемого диагноза и перечислите возможные осложнения
3. наметьте план лечения

ПРИЛОЖЕНИЕ №3 ТЕСТЫ 1 УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

XXXII. Укажите наружную границу крыловидно-нижнечелюстного пространства?

31. Ветвь нижней челюсти
32. Медиальная крыловидная мышца
33. Латеральная крыловидная мышца
34. Околоушная слюнная железа
35. Жировой комок щеки

XXXIII. Укажите внутреннюю границу крыловидно-нижнечелюстного пространства?

11. Медиальная крыловидная мышца
12. Ветвь нижней челюсти
13. Латеральная крыловидная мышца
14. Жировой комок щеки
15. Околоушная слюнная железа

XXXIV. Локализация воспалительного инфильтрата в полости рта при крыловидно-нижнечелюстной флегмоне?

31. По крыловидно-нижнечелюстной складке

- 32. В области челюстно-язычного желобка
- 33. В области подъязычного валика
- 34. В толще щечной мышцы
- 35. Ближе к корню языка

XXXV. Разрез при вскрытии флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства?

- 21. Окаймляющий угол нижней челюсти
- 22. Подчелюстной разрез
- 23. По крыловидно-челюстной складке
- 24. Внутриротовой
- 25. По наружной поверхности ветви

XXXVI. Укажите внутреннюю границу окологлоточного пространства?

- 31. Мышечная оболочка глотки
- 32. Медиальная крыловидная мышца
- 33. Глоточный отдел околоушной слюнной железы
- 34. Латеральная крыловидная мышца
- 35. Межмышечная фасция

ПРИЛОЖЕНИЕ №4 ТЕСТЫ 2 УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

I. Укажите наружную границу окологлоточного пространства?

- 20. Медиальная крыловидная мышца и глоточный отдел околоушной слюнной железы
- 21. Мышечная оболочка глотки
- 22. Межкрыловидная фасция
- 23. Боковые фасциальные отростки
- 24. Предпозвоночная фасция

II. При какой флегмоне имеет место смещение небного язычка?

- 31. Окологлоточная
- 32. Крыловиднонижнечелюстная
- 33. Подвисочной ямки

- 34. Крылонебной ямки
- 35. Корня языка

III. при какой флегмоне есть угроза распространения воспалительного процесс в переднее средостение?

- 31. Окологлоточная
- 32. Крыловидно-нижнечелюстная
- 33. Подвисочная область
- 34. Крылонебная ямка
- 35. Позадичелюстная

IV. Укажите переднюю границу флегмоны позадичелюстной области?

- 1. задний край ветви нижней челюсти и внутренней крыловидной мышцы
- 2. нижняя стенка слухового прохода
- 3. капсула ВНЧС
- 4. сосцевидный отросток
- 5. шиловидный отросток

V. При вскрытии флегмоны позадичелюстной области возможно травмирование:

- 31. Околоушной слюнной железы и лицевого нерва
- 32. Подъязычного нерва
- 33. Язычного нерва
- 34. Лицевой артерии
- 35. Лицевой вены

XXVI. Тема №14

«АБСЦЕСС И ФЛЕГМОНА ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ, (ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА), РЕТРОМАЛЯРНОГО ПРОСТРАНСТВА.ТОПОГРАФИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.»

количество часов: 3,0

XXVII. Цель занятия

Укрепить у студента знания по топографии подъязычной области и ретромалярного пространства, обучить клинике, диагностике и лечению абсцессов и флегмон подъязычной области и ретромалярного пространства.

III. Задачи практического занятия:

- 33. ЗНАТЬ КЛИНИКУ И ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ (ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА)
- 34. ЗНАТЬ КЛИНИКУ И ЛЕЧЕНИЕ РЕТРОМАЛЯРНОГО ПЕРИОСТИТА (АБСЦЕССА)
- 35. УМЕТЬ ОБСЛЕДОВАТЬ БОЛЬНОГО ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ И РЕТРОМАЛЯРНОГО ПРОСТРАНСТВ.
- 36. УМЕТЬ ВЫЯВИТЬ ПРИЧИННЫЙ ЗУБ
- 37. УМЕТЬ ПРОИЗВЕСТИ РАССЕЧЕНИЕ, ИССЕЧЕНИЕ КАПЮШОНА, УДАЛЕНИЕ НИЖНЕГО ЗУБА МУДРОСТИ.

IV. Ожидаемые результаты:

- 1. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ХОРОШО ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ В ТОПОГРАФИИ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ
- 2. ЗНАТЬ ТОПОГРАФИЮ ПОДЪЯЗЫЧНОГО ВАЛИКА И ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА
- 3. ГРАНИЦЫ РЕТРОМАЛЯРНОГО ПРОСТРАНСТВА
- 4. УМЕТЬ ПРОВЕСТИ ОПРОС БОЛЬНОГО, СОБРАТЬ АНАМНЕЗ

5. УМЕТЬ НАЗНАЧИТЬ ПРОВЕДЕНИЕ АДЕКВАТНЫХ АНАЛИЗОВ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ДИАГНОЗА.
6. УМЕТЬ ОБОЩИТЬ ДАННЫЕ ОСМОТРА, АНАМНЕЗА И АНАЛИЗОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФ. ДИАГНОСТИКИ И ПОСТАНОВКИ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА.
7. ЗНАТЬ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПРИ АБСЦЕССЕ ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА.
8. ЗНАТЬ СИМПТОМОКОМПЛЕКСИ ПРИ АБСЦЕССЕ ПОДЪЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА
9. ЗНАТЬ СИМПТОМОКОМПЛЕКСИ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ
10. ЗНАТЬ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПРИ РЕТРОМАЛЯРНОМ АБСЦЕССЕ
11. ЗНАТЬ МЕСТА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РАЗРЕЗОВ ПРИ ВСКРЫТИИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ И РЕТРОМАЛЯРНОГО ПРОСТРАНСТВА
12. ЗНАТЬ ОБЪЁМ И ЭТАПНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ И РЕТРОМАЛЯРНОГО ПРОСТРАНСТВА.
13. УМЕТЬ НАЗНАЧИТЬ И ОБОСНОВАТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ
14. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ИХ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА.
15. УМЕТЬ ЗАПОЛНЯТЬ НЕОБХОДИМУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ (АМБУЛАТОРНУЮ КАРТУ, ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ).

V. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ.

IV ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ ПО РЕАЛИЗАЦИИ РАССМАТРИВАЕМЫХ ВОПРОСОВ:

Гнойные процессы в подъязычной области чаще возникают в результате распространения инфекции из одонтогенных очагов на нижней челюсти.

Границы подъязычной области – нижняя – челюстно-подъязычная мышца или диафрагма рта, верхняя – слизистая оболочка полости рта, наружная – внутренняя поверхность тела нижней челюсти, внутренняя – подъязычно-язычная и подбородочно-подъязычная мышца. В окружности подчелюстной слюнной железы подъязычное пространство сообщается с поднижнечелюстным треугольником а также окологлоточным и крыловидно-нижнечелюстным пространствами.

Дистальный отдел подъязычной области, располагающийся между боковой поверхностью языка и телом нижней челюсти на уровне больших коренных зубов, носит название челюстно-язычного желобка. Впереди от челюстно-язычного желобка располагается подъязычный валик (передний отдел подъязычной области) – образован подъязычной слюнной железой с окружающей её клетчаткой. Различают абсцессы подъязычной области – переднего и заднего отделов – (подъязычного валика и челюстно-язычного желобка) а также флегмону подъязычной области. Абсцесс и флегмона подъязычной области как правило, начинаются остро.

Абсцессы, соответственно топографии, могут возникать в переднем и заднем отделах подъязычной области. Клинически имеют место самопроизвольные боли, усиливающиеся при глотании и движении языком. Может возникать припухлость в подчелюстной и подподбородочной областях. Открывание рта свободно. В переднем отделе подъязычной области отмечается выбухание подъязычного валика, плотного и болезненного. Слизистая над ним гиперемирована и отечна. Воспаление распространяется на слизистую альвеолярного отростка, подъязычную складку и нижнюю поверхность языка. Часто может иметь место абсцесс и флегмона язычного желобка.

При флегмоне челюстно-язычного желобка больные жалуются на резкие боли при глотании или движении языка, ограничение открывания рта. Припухлость имеет место в

заднем отделе поднижнечелюстного треугольника. Кожа в цвете не изменена, воспаление в сторону медиальнокрыловидной мышцы создает выраженную воспалительную контрактуру нижней челюсти и ограничивает открывание рта. Отодвигая язык с помощью шпателя (зеркала) в сторону удается осмотреть впереди область подъязычного валика и далее – челюстно-язычного желобка. Ткани резко болезненны, инфильтрированы, определяются участки флюктуации. Флегмона подъязычной области бывает одно- и двусторонней.

При наружном обследовании обнаруживается незначительная разлитая припухлость в подподбородочном и наружном отделе поднижнечелюстного треугольника за счет экссудата.

Вследствие глубокого расположения гнойника в поднижнечелюстном и подподбородочном треугольниках флюктуация не определяется. При поражении передних отделов подъязычной области открывание рта слегка ограничено, при вовлечении задних отделов ограничено. Припухлость над языком увеличивается и смещается в здоровую сторону. При двустороннем поражении резко увеличивается в размерах язык, рот у больного полуоткрыт, глотание, разговор, движение языком резко ограничено, а иногда и невозможно. Абсцессы подъязычной области чаще вскрывают разрезом через слизистую, соответственно зубам, к которым прилегает припухлость. Далее тупо вскрывают гнойник. В челюстно-язычном желобке разрез производят в месте наибольшего выбухания и далее гнойник вскрывают тупо во избежание повреждения язычной артерии и вены. Хороший эффект при показаниях даёт сочетание внутриротового и наружного разрезов. Распространение воспалительных явлений на всю подъязычную область, на все ткани дна полости рта может привести к опасным для жизни осложнениям.

Ретромалярным пространством по данным Бернадского Ю.И. называют расстояние между дистальным краем коронки нижнего второго коренного зуба и нижнечелюстным отверстием. Величина этого расстояния имеет большое значение для прорезывания нижних зубов мудрости и как следствие, связана с развитием воспалительных явлений в ретромалярной области.

При отсутствии необходимого места восьмые зубы не могут полностью освободиться от нависающих сверху крылочелюстной складки и костного козырька – образуется капюшон из мягких и твёрдых тканей под которым скапливаются пищевые продукты, микробы, клетки эпителия. Дополнительно присоединяется фактор местной травмы.

Все это приводит к воспалению участка слизистой оболочки – перикоронариту (перикорониту). В случае острого течения перикоронарит легко переходит в ретромалярный периостит (абсцесс), при этом воспаляются мягкие ткани в области крылочелюстной складки, передней нёбной дужки, мягкого нёба, впереди переднего края нижней челюсти и по переходной складке слизистой – над наружной косой линией в пределах восьмого-шестого зубов. Появляется боль в горле. Через несколько дней из под капюшона восьмого зуба начинает появляться гнойный экссудат. Иногда ретромалярный абсцесс может осложниться на уровне премоляров образуя стойкие свищи и тогда могут быть диагностические ошибки. Т.о. до вскрытия абсцесса ретромалярный периостит протекает остро, а после вскрытия – подостро и хронически. В острой фазе всегда имеет место тризм, так как в воспаление вовлекаются жевательная и внутренняя крыловидная мышцы. Переход в хроническую фазу (самопроизвольное вскрытие) может знаменовать собой и развитие хронического кортикального остеомиелита челюсти.

Лечение острого ретромалярного периостита состоит из внутриротового разреза у зуба мудрости, назначения антибиотиков, антисептиков для полоскания. Восьмой зуб, явившийся причиной развития ретромалярного абсцесса, как правило, удаляют, желательно после снятия симптомов острого воспаления.

VI. ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ

Исходя из времени, отведенного на практическое занятие(3 часа) и раздаточного материала, заготовленного по теме (контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи)

преподаватель стремится к максимальному использованию имеющихся средств обучения для развития и укрепления :

- 1 теоретических знаний
2. аналитических способностей
3. практических навыков.

Такое деление занятия весьма условно, но оно обязательно должно иметь место на каждом занятии.

1 Теоретический раздел

Глубокие теоретические знания являются важнейшим фундаментом в деятельности врача. Касаясь конкретно темы занятия, учитель направляя и добавляя ответы студентов, должен добиться понимания:

- А. Знания топографии подъязычной области, челюстно-язычного желобка, ретромолярного пространства.
- Б. Знания симптомов рассматриваемой патологии
- В. Необходимости оперативного вмешательства при абсцессах и флегмонах челюстно-язычного желобка, подъязычной области и ретромолярного пространства.

2. Аналитический раздел — должны быть использованы ситуационные задачи в различных вариантах — может быть зачитана ситуационная задача для всей группы, раздаётся по одной ситуационной задаче на двух студентов. При этом на ответ даётся не более 2-3 минут. Привлекая студентов к приёму больных важно обращать внимание (способствовать) на повышение коммуникационной способности у обучающихся - проведение опроса больных, умение общения с больным, правильные акценты при сборе анамнеза в зависимости от рассматриваемой патологии, грамотность интерпретирования клинических и лабораторных исследований. Важным элементом аналитического раздела является умение правильно заполнять необходимую медикаментозную документацию.

Студент должен аккуратно и последовательно вести тетрадь, в которой отражены практические занятия и дневник по приёму больных.

При градации оценки аналитический раздел должен составлять 30-35% от оценки.

6. Практические навыки. Опыт показывает, что это один из наиболее сложных аспектов занятия. Для его успешного решения в частности на 3 курсе следует широко использовать имеющиеся наглядные пособия — муляжи, таблицы, фантомы, демонстрацию слайдов. Преподаватель должен отразить уровень усвоения студентом отдельных практических навыков:

1. проведение осмотра полости рта
2. умение собрать анамнез у больного
3. уметь провести параллель между пораженным зубом с имеющейся патологией в околозубных тканях.
4. знать оптимальные сроки для рентгенологического обследования больного
5. Уметь обосновать назначенное медикаментозное и хирургическое лечение. Важным элементом практического раздела является самостоятельная работа студентов — небольшие доклады и разборы в присутствии всей группы. Практический раздел составляет около 35-45% от общей оценки.

VII. Раздаточный материал

29. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов (ПРИЛОЖЕНИЕ №1)
30. Ситуационные задачи (ПРИЛОЖЕНИЕ №2)
31. Тесты первого уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №3)
32. Тесты второго уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №4)

VIII. ОСНАЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

47. Диапроектор и слайды по клинике, диагностике, лечению абсцессов и флегмон подъязычной области и ретромалиарного пространства.
48. Муляжи, где на разрезе даны мышцы, сосуды и нервы
49. Плакаты, альбомы отображающие клинику и лечение флегмон ЧЛЮ
50. Череп и нижняя челюсть.
51. R-снимки зубов и костей лица.
52. Инструменты для обследования больных

IX ВИДЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, НАВЫКОВ И УМЕНИЙ

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

X САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

1. топографическая анатомия ретромалиарного пространства.
2. методика вскрытия абсцесса челюстно-язычного желобка.

XI. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

76. Этиология абсцессов и флегмон подъязычной области
77. Этиология ретромалиарного периостита (абсцесса)
78. Топография подъязычной области
79. Топография челюстно-язычного желобка
80. Топография ретромалиарного пространства
81. Оперативный доступ при вскрытии абсцесса и флегмоны подъязычной области (челюстно-язычного желобка)
82. Оперативный доступ при вскрытии ретромалиарного абсцесса
83. Виды обезболивания при вскрытии рассматриваемых анатомических образований.
84. Виды обезболивания при удалении причинных зубов
85. Показания к рассечению, иссечению капюшона, удалению нижнего зуба мудрости.
86. Возможные осложнения при абсцессах и флегмонах подъязычной области и ретромалиарного пространства.
87. Медикаментозная терапия при абсцессах и флегмонах рассматриваемых анатомических образований.

XII Рекомендуемая литература :

1. БАЖАНОВ Н.Н., Хирургическая стоматология . Москва , 1979 .”
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г.”Учебник хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии”, Москва , 2000г.
3. Бернадский Ю.Ю. “ Основы хирургической стоматологии “ Киев , 1984 .
4. Дунаевский В.А. “ Хирургическая стоматология “ Ленинград , 1981 .
5. Евдокимов А.И. , Васильев Г.А. “Хирургическая стоматология “.,Москва , 1964.
6. Заусаев В.И. “Хирургическая стоматология “Москва, 1980 .
7. Робустова Т.Г.”Хирургическая стоматология “ Москва , 1998.
8. Шаргородский А.Г. “ Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи” .

ПРИЛОЖЕНИЕ №1
КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ.

1. ТОПОГРАФИЯ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ
2. ГРАНИЦЫ ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА
3. ГРАНИЦЫ ПОДЪЯЗЫЧНОГО ВАЛИКА
4. ТОПОГРАФИЯ РЕТРОМАЛЯРНОГО ПРОСТРАНСТВА
5. ПУТИ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В ПОДЧЕЛЮСТНУЮ И РЕТРОМАЛЯРНУЮ ОБЛАСТИ
6. ОДОНТОГЕННЫЙ ХАРАКТЕР АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ И РЕТРОМАЛЯРНОГО ПРОСТРАНСТВА
7. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН, ПРИЛЕЖАЩИХ К НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
8. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ
9. КЛИНИКА АБСЦЕССА РЕТРОМАЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ
10. МЕСТА РАЗРЕЗОВ ДЛЯ ВСКРЫТИЯ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ПОДЪЯЗЫЧНОЙ И РЕТРОМАЛЯРНОЙ ОБЛАСТЕЙ.
11. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЛО.
12. ОБЪЁМ И ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВСКРЫТИИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ПОДЪЯЗЫЧНОЙ И РЕТРОМАЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ.
13. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА.

ПРИЛОЖЕНИЕ №2

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Больная, 35 лет, поступила с жалобами на боли при глотании, ограниченное болезненное открывание рта, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Заболевание началось около 2 дней назад после переохлаждения. При осмотре в клинике хирургом стоматологом поставлен диагноз: абсцесс челюстно-язычного желобка справа. Обострение хронического периодонтита нижнего правого 6; зуб удален, вскрыт абсцесс.

1. На основании каких клинических симптомов поставлен данный диагноз
2. При какой локализации воспалительного процесса больные могут предъявлять аналогичные жалобы?
3. Какие серьезные осложнения возможны при вскрытии абсцесса челюстно-язычного желобка; что нужно сделать чтобы их избежать?

Больная, 22 года, поступила с жалобами на резкие боли под языком, ограничение открывания рта за счет болезненности, затруднение при разговоре и пережевывании пищи. Перечисленные симптомы появились 2 дня назад, когда заболел 7 левый нижний зуб. Боли носили постоянный характер, усиливались при накусывании. Симптомы нарастали. Отмечался подъем температуры тела до субфебрильных цифр. Объективно: в левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный резко болезненный подвижный лимфатический узел. Открывание рта до 2 см, резко болезненное. Коронковая часть 7 левого нижнего разрушена на 2/3, перкуссия слабо болезненна. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычного желобка слева отечна, гиперемирована. В области челюстно-язычного желобка слева пальпируется резко болезненный инфильтрат. Движения языком не ограничены, болезненны. При рентгенологическом исследовании в области 7 нижнего левого зуба определяется разрежение костной ткани у верхушек корней и у бифуркации с нечеткими контурами размером 0,3х0,3 см.

1. Поставьте диагноз
2. Наметьте план лечения
3. Укажите границы пораженной анатомической области.

Больной, 57 лет, поступил с жалобами на боли в области правой половины языка, усиливающиеся при разговоре, приеме пищи, затрудненное и болезненное открывание рта. В течение 5 лет наблюдается у отоларинголога по поводу хронического тонзиллита. Дважды ранее проводилось вскрытие паратонзиллярных абсцессов. Неделю назад заболело горло, обратился к ЛОР-врачу. Проводилось лечение по поводу обострения хронического тонзиллита. Несмотря на проводимое лечение около 3-х дней назад появилось чувство заложенности в ухе справа, боли при глотании, незначительно усилились, больше справа. Появилось затруднение при открывании рта, резкая болезненность. Симптомы нарастали, ЛОР врачом направлен на консультацию к стоматологу. Объективно: определяются увеличенные болезненные лимфатические узлы в обеих поднижнечелюстных областях а также в позадичелюстной области справа. Открывание рта на 1,5–2,0 см., резко болезненное. Движения языка не ограничены, болезненны. Определяется отек слизистой оболочки дна полости рта, больше справа,

небных дужек справа и слева. Миндалины увеличены, рыхлые, гиперемированные. Пальпация в области крыловидно-челюстных складок слабоболезненна, инфильтрация не определяется. Пальпируется резко болезненный инфильтрат в области челюстно-язычного желобка справа. Определяется незначительная деформация тела нижней челюсти справа за счет вздутия. Пальпация безболезненна. В 6 нижнем левом – глубокая кариозная полость. Зондирование и перкуссия безболезненны.

1. Составьте план обследования больного
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Какие дополнительные сведения, выявленные при обследовании могут повлиять на план лечения и как?
4. Укажите не существенные для данного заболевания признаки; с чем они связаны.

ПРИЛОЖЕНИЕ №3 ТЕСТЫ 1 УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

XXXVII. Укажите нижнюю границу подъязычной области?

36. Челюстно-подъязычная мышца (диафрагма рта)
37. Внутренняя поверхность тела нижней челюсти
38. Слизистая оболочка полости рта
39. Подбородочно-язычная мышца
40. Подбородочно-подъязычная мышца

XXXVIII. Укажите верхнюю границу подъязычной области?

16. Слизистая оболочка полости рта
17. Челюстно-подъязычная мышца
18. Внутренняя поверхность тела нижней челюсти
19. Подбородочно-язычная мышца
20. Подбородочно-подъязычная мышца

XXXIX. Дистальный отдел подъязычной области носит название?

1. челюстно-язычного желобка
2. ретромалярной области
3. подъязычного валика
4. торусального возвышения
5. окологлоточного пространства

XL. Флегмону подъязычной области вскрывают?

26. Внутриротовым и внеротовым доступом
27. Внутриротовым доступом
28. Внеротовым доступом
29. Подподбородочным разрезом
30. Позадичелюстным разрезом

XLI. Отметьте два признака, характерных для подъязычной флегмоны?

36. Невозможность движения языком
37. Ограничение открывания рта
38. Смещение языка в больную сторону
39. Нарушение секреции слюнных желез
40. Нарушение иннервации языка

ПРИЛОЖЕНИЕ №4
ТЕСТЫ 2 УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

- I. Причиной ретромалярного абсцесса часто служат ?
- 25. Нижние зубы мудрости
 - 26. Верхние зубы мудрости
 - 27. Верхние моляры
 - 28. Нижние моляры
 - 29. Занос инфекции из соседнего пространства
- II. Ретромалярный абсцесс часто является следствием?
- 36. Острого перикоронарита
 - 37. Острого периодонита
 - 38. Хронического периодонтита
 - 39. Острого остеомиелита
 - 40. Хронического остеомиелита
- III. Вскрытие ретромалярного абсцесса проводят?
- 36. На крыловидно-нижнечелюстной складке
 - 37. по переходной складке
 - 38. подчелюстным разрезом
 - 39. окологлоточным разрезом
 - 40. через лунку нижнего третьего моляра
- IV. Профилактикой ретромалярного абсцесса часто служит?
- 1. Удаление нижнего зуба мудрости
 - 2. периостотомия
 - 3. иссечение капюшона
 - 4. рассечение капюшона
 - 5. остеоперфорация
- V. под ретромалярным пространством понимают:
- 36. область позади нижнего второго моляра
 - 37. область позади нижнего третьего моляра
 - 38. область позади нижнего первого моляра
 - 39. пространство позади верхних и нижних моляров

40. пространство позади верхних моляров

XXVIII. Тема №15 АБСЦЕСС И ФЛЕГМОНА ЯЗЫКА. МЫШЕЧНОЕ СТРОЕНИЕ. ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.»

количество часов 3.0

II. Цель занятия:

Разобрать строение языка, представив его как мышечный орган, обучить этиологии, клинике, диагностике и лечению абсцессов и флегмон языка.

III ЗАДАЧИ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

38. ЗНАТЬ СТРОЕНИЕ ЯЗЫКА, ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЯЗЫКА.
39. ЗНАТЬ КЛИНИКУ И ДИАГНОСТИКУ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЯЗЫКА.
40. УМЕТЬ ОБСЛЕДОВАТЬ БОЛЬНЫХ С АБСЦЕССОМ И ФЛЕГМОНОЙ ЯЗЫКА.
41. УМЕТЬ ВЫЯВИТЬ ПРИЧИНУ ВОСПАЛЕНИЯ НА ЯЗЫКЕ, И, ПО ВОЗМОЖНОСТИ, УСТРАНИТЬ ЕЁ.
42. УМЕТЬ ОБЕСПЕЧИТЬ ЭКСТРЕННУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ БОЛЬНОГО С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ ЯЗЫКА.

IV. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

88. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ХОРОШО ПРЕДСТАВЛЯТЬ СЕБЕ СТРОЕНИЕ ЯЗЫКА, КАК МЫШЕЧНОГО ОРГАНА.
89. ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЯЗЫКА (ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР)
90. ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ И ИННЕРВАЦИИ ЯЗЫКА
91. ЗНАТЬ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЯЗЫКА (ВОЗМОЖНЫЕ НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ)
92. УМЕТЬ ПРОВЕСТИ ОБСЛЕДОВАНИЕ, СОБРАТЬ АНАМНЕЗ.
93. УМЕТЬ ОБОБЩИТЬ ДАННЫЕ АНАМНЕЗА ОСМОТРА, РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ АНАЛИЗОВ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА.
94. ЗНАТЬ НЕОТЛОЖНЫЕ РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ НАРУШЕНИИ ДЫХАНИЯ ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ ЯЗЫКА
95. УМЕТЬ ПРОВОДИТЬ ПАЛЬПАЦИЮ ЯЗЫКА – НАХОДИТЬ УЧАСТОК ФЛЮКТУАЦИИ
96. ЗНАТЬ ОБЪЁМ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВСКРЫТИИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЯЗЫКА.
97. ЗНАТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЯЗЫКА СО СПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
98. ЗНАТЬ ДИФФДИАГНОСТИКУ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ
99. УМЕТЬ НАЗНАЧИТЬ И ОБОСНОВАТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ
100. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АБСЦЕССЕ И ФЛЕГМОНЕ ЯЗЫКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА.
101. УМЕТЬ ЗАПОЛНЯТЬ НЕОБХОДИМУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ (АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА, ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ, ОПЕРАЦИОННЫЙ ЖУРНАЛ)

V. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

Воспалительные процессы на языке могут быть одонтогенной, стоматогенной и, реже, тонзиллогенной природы.

При одонтогенном абсцессе или флегмоне причиной часто являются нижние резцы. Абсцесс и флегмона могут развиваться в результате однократных или повторных травм слизистой языка – прикусывание, рыба кость, острые края зубов, ятрогенный фактор. Возможно распространение инфекции из подъязычной, реже из подподбородочной областей.

Язык – мышечный орган. Пучки имеют продольное, поперечное и вертикальное переплетающееся направления. У корня языка между мышечными волокнами имеется прослойки клетчатки. Изнутри клетчатка ограничена подбородочно-язычными, а снаружи – подъязычно-язычными мышцами. В рыхлой клетчатке справа и слева проходят язычные артерии, имеются небольшие лимфатические узлы.

Различают абсцессы спинки, тела, корня языка и флегмону языка.

При абсцессе – движения языка ограничены и болезненны. Затруднена речь, болезненно глотание. Внешне изменений нет. Пальпаторно – болезненность лимфоузлов в подподбородочной ямке подчелюстном треугольнике. Открывание рта относительно свободное.

В полости рта – утолщение половины языка за счет инфильтрации бокового отдела, плотного, резко болезненного, слизистая резко гиперемирована. Отек может распространяться на нижнюю поверхность языка, подъязычную складку. В толще припухлости отмечается болезненный, размягченный участок – флюктуация. Может произойти самопроизвольный прорыв гноя. В других случаях воспаление переходит на другую половину. Абсцесс языка развивается чаще между парными мышцами языка над челюстно-подъязычной мышцей. При абсцессах нередко выражена припухлость в подподбородочной области, кожа не изменена, хорошо собирается в складку. Открывание рта свободное, но болезненное. Язык увеличен в размерах, отечный, плотный, болезненный, подвижность его ограничена. Речь невнятная.

Флегмона тела языка характеризуется распространением воспаления на корень языка; вниз – к шву челюстно-подъязычных мышц; вверх – до переплетения мышц языка.

При флегмоне жалобы на сильные боли в языке, иррадиирующие в ухо, глотку. Резкая болезненность, речь невнятная, затруднено дыхание. Припухлость из подподбородочного треугольника распространяется на передние отделы подчелюстных треугольников.

Регионарные лимфоузлы увеличены, болезненны. В глубине подподбородочной области пальпируется разлитой инфильтрат. Отмечается воспалительная контрактура жевательных мышц. Язык резко увеличен в размерах, движения ограничены, болезненны. Нередко язык выступает изо рта и выбухает вверх, что заставляет больных держать рот открытым. Язык обложен налетом, неприятный запах изо рта. Глотание затруднено.

При вовлечении в процесс надгортанных складок появляется затруднение дыхания. Оперативные вмешательства по поводу абсцесса проводят через участок наибольшего размягчения. Далее тупо проходят через пучки мышц и опорожняют гнойник.

Абсцесс или флегмону корня языка вскрывают в подподбородочном треугольнике по средней линии. Раздвигают края раны, разводят мышцу, тупо проходят сверху, где обнаруживают скопление экссудата. Из эстетических соображений предпочтение отдают дугообразному разрезу.

Гнойные процессы в языке могут распространяться в подъязычную область, на ткани дна полости рта, окологлоточное и крыловидно-нижнечелюстное пространства, опускаться на шею, приводя к стенозу и даже к асфиксии, делая прогноз серьезным.

VI. ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ

Исходя из времени, отведенного на практическое занятие (3 часа) и раздаточного материала, заготовленного по теме (контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи) преподаватель стремится к максимальному использованию имеющихся средств обучения для развития и укрепления :

1. теоретических знаний
2. аналитических способностей
3. практических навыков.

Такое деление занятия весьма условно, но оно обязательно должно иметь место на каждом занятии.

1 Теоретический раздел

Глубокие теоретические знания являются важнейшим фундаментом в деятельности врача. Касаясь конкретно темы занятия, учитель направляя и добавляя ответы студентов, должен добиться понимания:

А. Знания строения языка

Б. Клиники при абсцессах и флегмонах языка

В. Необходимости оперативного вмешательства при абсцессах и флегмонах языка.

2. Аналитический раздел — должны быть использованы ситуационные задачи в различных вариантах — может быть зачитана ситуационная задача для всей группы, раздаётся по одной ситуационной задаче на двух студентов. При этом на ответ даётся не более 2-3 минут. Привлекая студентов к приёму больных важно обращать внимание (способствовать) на повышение коммуникационной способности у обучающихся - проведение опроса больных, умение общения с больным, правильные акценты при сборе анамнеза в зависимости от рассматриваемой патологии, грамотность интерпретирования клинических и лабораторных исследований. Важным элементом аналитического раздела является умение правильно заполнять необходимую медикаментозную документацию.

Студент должен аккуратно и последовательно вести тетрадь, в которой отражены практические занятия и дневник по приёму больных.

При градации оценки аналитический раздел должен составлять 30-35% от оценки.

7. Практические навыки. Опыт показывает, что это один из наиболее сложных аспектов занятия. Для его успешного решения в частности на 3 курсе следует широко использовать имеющиеся наглядные пособия — муляжи, таблицы, фантомы, демонстрацию слайдов. Преподаватель должен отразить уровень усвоения студентом отдельных практических навыков: 1. проведение осмотра полости рта

2. умение собрать анамнез у больного

3. уметь провести параллель между пораженным

зубом с имеющейся патологией в околозубных тканях.

4. знать оптимальные сроки для рентгенологического

обследования больного

5. Уметь обосновать назначенное медикаментозное и хирургическое лечение. Важным элементом практического раздела является самостоятельная работа студентов — небольшие доклады и разборы в присутствии всей группы. Практический раздел составляет около 35-45% от общей оценки.

VII. Раздаточный материал

33. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов (ПРИЛОЖЕНИЕ №1)

34. Ситуационные задачи (ПРИЛОЖЕНИЕ №2)

35. Тесты первого уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №3)

36. Тесты второго уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №4)

VIII. ОСНАЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

53. Диапроектор и слайды по клинике, диагностике, лечению абсцессов и флегмон языка

54. Муляжи, где на разрезе представлены мышцы языка

55. Плакаты, альбомы отображающие клинику и лечение абсцессов и флегмон языка

56. Череп и нижняя челюсть.

57. R-снимки зубов и челюстей.

58. Инструменты для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, языкодержатель)

IX ВИДЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, НАВЫКОВ И УМЕНИЙ

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

X. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

1. Методика вскрытия абсцесса языка.

XI. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Мышечное строение языка
2. Этиология абсцессов и флегмон языка.
3. Клиника абсцессов и флегмон языка
4. Оперативные доступы для вскрытия абсцессов и флегмон языка
5. Виды обезболивания при вскрытии абсцессов и флегмон языка
6. Возможные осложнения при абсцессах и флегмонах языка
7. Возможный объем оперативного и медикаментозного вмешательства при осложнениях.

XII. ЛИТЕРАТУРА

1. БАЖАНОВ Н.Н., Хирургическая стоматология . Москва , 1979 .”
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г.”Учебник хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии”, Москва , 2000г.
3. Бернадский Ю.Ю. “ Основы хирургической стоматологии “ Киев , 1984 .
4. Дунаевский В.А. “ Хирургическая стоматология “ Ленинград , 1981 .
5. Евдокимов А.И. , Васильев Г.А. “Хирургическая стоматология “.,Москва , 1964.
6. Заусаев В.И. “Хирургическая стоматология “Москва, 1980 .
7. Робустова Т.Г.”Хирургическая стоматология “ Москва , 1998.
8. Шаргородский А.Г. “ Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи” .

ПРИЛОЖЕНИЕ №1
КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ

1. ЯЗЫК – МЫШЕЧНЫЙ ОРГАН
2. ИННЕРВАЦИЯ ЯЗЫКА
3. КРОВО- И ЛИМФОСНАБЖЕНИЕ ЯЗЫКА
4. ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НА ЯЗЫКЕ
5. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЯЗЫКА
6. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЯЗЫКА
7. ЯТРОГЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЯЗЫКА
8. ХАРАКТЕР ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ (АЛЛЕРГИЧЕСКИХ) ЯЗЫКА
9. ОСОБЕННОСТИ ВСКРЫТИЯ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЯЗЫКА
10. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ (КРОВОТЕЧЕНИЕ, ЗАТРУДНЕНИЕ ДЫХАНИЯ, НАЛОЖЕНИЕ ТРАХЕОСТОМЫ И Т.Д.)

ПРИЛОЖЕНИЕ №2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Больной, 35 лет, поступил с жалобами на резкие боли в языке, трудности при разговоре, невозможность глотания, пережевывания пищи. Также отмечает появление небольшой припухлости в верхних отделах шеи. Три дня назад травмировал язык в задней трети рыбной костью. Кость была удалена лор-врачем. После возвращения домой боли усилились, появилось ощущение увеличения языка в объеме. Вновь обратился к лор-врачу, однако после осмотра был направлен к стоматологу. Объективно: рот полуоткрыт, вытекает слюна. Определяется отечность задних отделов подподбородочной области и верхних передних отделов шеи. При глубокой пальпации определяется резко болезненный инфильтрат над подъязычной костью. Язык увеличен в объеме, отечен, обложен сероватым налетом. Движения языка кпереди резко болезненны. Резкая болезненность определяется также при надавливании на язык сверху вниз, особенно в задней трети. Слизистая оболочка челюстно-язычных желобков с обеих сторон и подъязычной области отечна, выбухает. При пальпации в области корня языка отмечается обширный,

резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании патологических изменений костной ткани не выявлено.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.
2. Опишите методику оперативного вмешательства.
3. Какие вмешательства необходимо провести дополнительно во избежание развития осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Больной, 45 лет, обратился с жалобами на боли в области корня языка, усиливающиеся при глотании, разговоре, приеме пищи. Боли появились 4 дня назад. Их появление ни с чем не связывает. Постепенно боли нарастали. Из анамнеза выявлено, что полгода назад проводилось оперативное вмешательство по поводу удаления кисты корня языка. Сразу после операции обратил внимание на онемение передних 2/3 языка слева, которое неизменно сохранялось около 3-х месяцев. В течение последнего времени чувствительность стала медленно восстанавливаться.

Объективно: в правой поднижнечелюстной области определяется увеличенный болезненный спаянный с окружающими тканями лимфоузел, открывание рта в полном объеме, болезненное, язык отечен, больше в задней трети, выдвижение его из полости рта резко болезненно. Слизистая оболочка языка в задней трети спинки и боковых поверхностей языка гиперемированы. Слизистая оболочка дна полости рта отечна, обычной окраски. Вертикальное надавливание на область корня языка резко болезненно. В области корня пальпируется воспалительный инфильтрат 3х4 см. полость рта санирована.

1. Поставьте диагноз, укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса?
2. Составьте план лечения.
3. Укажите признаки, не существенные для данного заболевания; с чем они могут быть связаны?

Больная, 60 лет, обратилась к стоматологу в районную поликлинику с жалобами на боли в языке, усиливающиеся при приеме пищи, разговоре, припухлость языка. Данные жалобы появились после того, как 2 дня назад больная прикусила язык. Самостоятельно применяла теплые содовые ротовые ванночки, однако симптомы нарастали. После осмотра стоматолог поставил диагноз: абсцесс передней трети языка справа. Кроме того, обращено внимание на наличие у больной деформации нижней челюсти на уровне 1 нижнего правого зуба за счет вздутия. Пальпация безболезненна, слизистая оболочка в цвете не изменена. Во 2 нижнем правом зубе глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании, перкуссия безболезненна.

1. на основании каких клинических симптомов поставлен данный диагноз. С чем связано абсцедирование?
2. Какова методика оперативного лечения абсцесса данной локализации?

Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем они могут быть связаны, какова дальнейшая тактика врача?

ПРИЛОЖЕНИЕ №3 ТЕСТЫ 1 УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

I При воспалительных поражениях языка различают?

41. Абсцесс и флегмону
42. Абсцесс
43. Флегмону
44. Лимфаденит языка
45. Глоссалгию

- I Абсцесс и флегмону корня языка вскрывают?
21. Разрезом снаружи в подподбородочной треугольнике
 22. Разрезом на языке, в полости рта
 23. Разрезом в челюстно-язычном желобке
 24. Разрезом по переходной складке
 25. В ретромолярной области
- I При абсцессе спинки и тела языка открывание рта?
36. Свободное
 37. Ограниченное
 38. Резко болезненное
 39. Затруднено
 40. невозможно
- I При абсцессе и флегмоне языка речь больного?
31. Невнятная
 32. Не затруднена
 33. Не нарушена
 34. Не изменена
 35. нормальная
- I При флегмоне языка глотание больного?
41. Резко болезненно
 42. Слабо болезненно
 43. Безболезненно
 44. Свободно
 45. Не нарушено

- I При флегмоне языка дыхание больного?
30. Нередко затруднено
 31. Не нарушается
 32. Свободное
 33. Без изменений
 34. Жалоб не предъявляет
- II При абсцессе тела и спинки языка разрез проводят?
41. По краю или спинке языка через участок размягчения
 42. Внутриротовым способом
 43. Внеротовым способом
 44. Подчелюстным разрезом
 45. Подподбородочным разрезом
- III. К какому грозному осложнению может привести флегмона языка?
41. Стеноз дыхательных путей и асфиксия
 42. Вовлечение в процесс подъязычной области
 43. Поражение окологлоточного пространства
 44. Поражение дна полости рта
 45. Поражению крыловидно-челюстного пространства
- IV. Язык как орган принято считать-
21. Мышечным
 22. Соединительнотканым
 23. Смешанным
 24. Лимфоидным
 25. Хрящеподобным
- V. При абсцессе языка в толще его можно пропальпировать?
41. Очаг размягчения и флюктации
 42. Инфильтрацию тканей
 43. Отек тканей
 44. Болезненный очаг
 45. Участок онемения

XXIX. Тема №16 «АБСЦЕСС И ФЛЕГМОНА ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ. ТОПОГРАФИЯ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ»
количество часов:3,0

XXX. Цель занятия
УКРЕПИТЬ У СТУДЕНТА ЗНАНИЯ ПО ТОПОГРАФИИ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ОБУЧИТЬ КЛИНИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ.

III. ЗАДАЧИ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

43. ЗНАТЬ ТОПОГРАФИЮ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
44. ЗНАТЬ КЛИНИКУ И ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

45. УМЕТЬ ОБСЛЕДОВАТЬ БОЛЬНЫХ С АБСЦЕССОМ И ФЛЕГМОНОЙ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
46. УМЕТЬ ВЫЯВИТЬ ПРИЧИННЫЙ ЗУБ.
47. УМЕТЬ ОБЕСПЕЧИТЬ ЭКСТРЕННУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ БОЛЬНОГО С АБСЦЕССОМ И ФЛЕГМОНОЙ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

IV. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

1. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ХОРОШО ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ В ТОПОГРАФИИ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
2. ЖЕВАТЕЛЬНАЯ МЫШЦА – ТОПОГРАФИЯ, ИННЕРВАЦИЯ
3. УМЕТЬ ПРОВЕСТИ ОПРОС БОЛЬНОГО, СОБРАТЬ АНАМНЕЗ.
4. УМЕТЬ НАЗНАЧИТЬ ПРОВЕДЕНИЕ АДЕКВАТНЫХ АНАЛИЗОВ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ДИАГНОЗА.
5. УМЕТЬ ОБОЩИТЬ ДАННЫЕ ОСМОТРА, АНАМНЕЗА, АНАЛИЗОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ПОСТАНОВКИ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА.
6. ЗНАТЬ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПРИ АБСЦЕССЕ И ФЛЕГМОНЕ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ.
7. ЗНАТЬ СИМПТОМАТИКУ СУБМАССЕТЕРИАЛЬНОГО АБСЦЕССА.
8. ЗНАТЬ МЕСТА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РАЗРЕЗОВ ПРИ АБСЦЕССЕ И ФЛЕГМОНЕ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
9. ЗНАТЬ ОБЪЁМ И ЭТАПНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ.
10. УМЕТЬ НАЗНАЧИТЬ И ОБОСНОВАТЬ МЕДИКАМЕНТОЗУЮ ТЕРАПИЮ.
11. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АБСЦЕССЕ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.
12. УМЕТЬ ЗАПОЛНЯТЬ НЕОБХОДИМУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ (АМБУЛАТОРНУЮ КАРТУ, ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ).

V. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ.

Абсцесс и флегмона околоушно-жевательной области чаще является следствием поражения нижних моляров, реже премоляров, а также от верхних моляров.

Границы околоушно-жевательной области: верхняя – нижний край скуловой дуги и скуловой кости, нижняя – основание тела нижней челюсти, передняя – передний край жевательной мышцы, задняя – задний край ветви нижней челюсти.

Особая роль в развитии воспалительных процессов околоушно-жевательной области отведена жевательной мышце, которая является составной частью рассматриваемой области. По заднему краю ветви нижней челюсти и в середине её между волокнами жевательной мышцы расположена рыхлая клетчатка, которая сообщается с позадичелюстным и крыловидно-поднижнечелюстными пространствами. По венозной системе рыхлая клетчатка сообщается с подвисочной и височной областью. Имеется тесная взаимосвязь с ретромолярным треугольником, щечной областью. Такая особенность анатомических связей абсцессов и флегмон околоушно-жевательной области, определяет во многом тяжесть клинической картины поражения, создавая предпосылки для поражения соседних областей.

По локализации очага в околоушно-жевательной области целесообразно выделять:

1. абсцесс нижнего отдела жевательной мышцы
2. флегмону области жевательной мышцы
3. флегмону околоушно-жевательной области

при абсцессах жалобы на самопроизвольные боли, припухлость, ограничение открывания рта. Пальпаторно определяется плотный болезненный инфильтрат в нижних

отдела околоушно-жевательной области. Кожа плохо собирается в складку, напряжена, цвет кожи может быть не изменен. Открывание рта ограничено, контрактура жевательной мышцы I-II степени имеется инфильтрация и болезненность нижнего отдела жевательной мышцы. В первые дни за счет того, что очаг находится под плотной фасцией и мышцей, флюктуация не определяется.

Флегмона околоушно-жевательной области – характеризуется значительными самопроизвольными болями, усиливающимися при открывании рта. Имеет место разлитая припухлость в соответствующей половине лица, прощупывается плотный болезненный инфильтрат всех тканей околоушно-жевательной области и отек соседних тканей. Границы инфильтрата в пределах жевательной мышцы. Отек распространяется на скуловую, височную области, нижнее веко и спускается на поднижнечелюстной треугольник. Кожа гиперемирована, напряжена, в складку не собирается. Открывание рта ограничено, воспалительная контрактура жевательной мышцы III степени. При вовлечении переднего края жевательной мышцы определяется её уплотнение и болезненность.

Выход воспалительных явлений за пределы жевательной мышцы следует трактовать как флегмону околоушно-жевательной области. При этом в процесс вовлекается клетчатка, расположенная между поверхностной и глубокой частью мышцы. Флегмона рассматриваемой области может развиваться при проникновении инфекции из щечной, поднижнечелюстной областей, крыловидно-поднижнечелюстного и окологлоточного пространств, подвисочной ямки.

Разлитая припухлость распространяется от нижнего отдела височной области до поднижнечелюстного треугольника и от ушной раковины до носогубной борозды. Контуры угла и заднего края нижней челюсти сглаживаются. Инфильтрат плотный, болезненный, кожа над ним в складку не собирается, лоснится, багрового цвета. Нередко инфильтрат распространяется на позадичелюстную, щечную области, а отек отмечается в подглазничной, височной, поднижнечелюстной и скуловой областях. Открывание рта резко ограничено.

В полости рта слизистая щеки резко отечна, болезненная, инфильтрирован передний край жевательной мышцы.

Хирургические вмешательства проводят из поднижнечелюстной или позадичелюстной области. После рассечения кожи, подкожной жировой клетчатки, послойно дойдя до угла нижней челюсти снаружи отделяют от кости нижний отдел жевательной мышцы. Тупо проникают вверх по наружной поверхности ветви, или же между пучками мышцы и фасции.

При аденофлегмоне околоушно-жевательной области воспалительный экссудат локализуется обычно поверхностно над мышцей. Во избежание повреждения ветвей лицевого нерва используют радиальные разрезы по ходу ветвей лицевого нерва.

Флегмона околоушно-жевательной области может осложниться дальнейшим распространением воспаления на щечную, скуловую, височную, поднижнечелюстную области, крыловидно-нижнечелюстное пространство, подвисочную ямку. Несвоевременное вскрытие абсцесса и флегмоны околоушно-жевательной области в отдельных случаях может привести к развитию контактного остеомиелита ветви и тела нижней челюсти.

VI. ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ

Исходя из времени, отведенного на практическое занятие(3 часа) и раздаточного материала, заготовленного по теме (контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи) преподаватель стремится к максимальному использованию имеющихся средств обучения для развития и укрепления :

- 1 теоретических знаний
2. аналитических способностей
3. практических навыков.

Такое деление занятия весьма условно, но оно обязательно должно иметь место на каждом занятии.

1 Теоретический раздел

Глубокие теоретические знания являются важнейшим фундаментом в деятельности врача. Касаясь конкретно темы занятия, учитель направляя и добавляя ответы студентов, должен добиться понимания:

А. Знания топографии околоушножевательной области

Б. Знания симптомов при абсцессах и флегмонах околоушножевательной области

В. Необходимости оперативного вмешательства при абсцессах и флегмонах околоушножевательной области

2. Аналитический раздел — должны быть использованы ситуационные задачи в различных вариантах — может быть зачитана ситуационная задача для всей группы, раздается по одной ситуационной задаче на двух студентов. При этом на ответ дается не более 2-3 минут. Привлекая студентов к приёму больных важно обращать внимание (способствовать) на повышение коммуникационной способности у обучающихся - проведение опроса больных, умение общения с больным, правильные акценты при сборе анамнеза в зависимости от рассматриваемой патологии, грамотность интерпретирования клинических и лабораторных исследований. Важным элементом аналитического раздела является умение правильно заполнять необходимую медикаментозную документацию.

Студент должен аккуратно и последовательно вести тетрадь, в которой отражены практические занятия и дневник по приёму больных.

При градации оценки аналитический раздел должен составлять 30-35% от оценки.

8. Практические навыки. Опыт показывает, что это один из наиболее сложных аспектов занятия. Для его успешного решения в частности на 3 курсе следует широко использовать имеющиеся наглядные пособия — муляжи, таблицы, фантомы, демонстрацию слайдов. Преподаватель должен отразить уровень усвоения студентом отдельных практических навыков:

1. проведение осмотра полости рта
2. умение собрать анамнез у больного
3. уметь провести параллель между пораженным зубом с имеющейся патологией в околозубных тканях.
4. знать оптимальные сроки для рентгенологического обследования больного
5. Уметь обосновать назначенное медикаментозное и хирургическое лечение. Важным элементом практического раздела является самостоятельная работа студентов — небольшие доклады и разборы в присутствии всей группы. Практический раздел составляет около 35-45% от общей оценки.

VII. РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ

37. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов (ПРИЛОЖЕНИЕ №1)
38. Ситуационные задачи (ПРИЛОЖЕНИЕ №2)
39. Тесты первого уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №3)
40. Тесты второго уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №4)

VIII. ОСНАЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

59. Диапроектор и слайды «абсцесс и флегмона» околоушно-жевательной области
60. Муляжи, где на разрезе представлены мышцы, сосуды, нервы.
61. Плакаты, альбомы отображающие абсцесс и флегмону околоушно-жевательной области
62. Череп и нижняя челюсть.
63. Р-снимки зубов и челюстей.
64. Инструменты для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель)

IX ВИДЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, НАВЫКОВ И УМЕНИЙ

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

Х.САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

1. Техника операции при вскрытии флегмоны околоушножевательной области
2. осложнения флегмоны субмассетериального пространства.

XI. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

102. Топография околоушно-жевательной области
103. Место и роль жевательной мышцы в развитии абсцессов и флегмоны околоушно-жевательной области
104. Этиология абсцессов и флегмон околоушно-жевательной области
105. Клиника субмассетериального абсцесса
106. Клиника флегмоны околоушно-жевательной области
107. Виды обезболивания при удалении причинного зуба при абсцессе и флегмоне околоушно-жевательной области
108. Виды обезболивания при вскрытии абсцессов и флегмон околоушно-жевательной области
109. Оперативные доступы при вскрытии абсцесса и флегмоны околоушно-жевательной области
110. Возможные осложнения при абсцессе и флегмоне околоушно-жевательной области
111. Роль медикаментозной терапии при абсцессах и флегмонах околоушно-жевательной области

XII. Рекомендуемая литература :

1. БАЖАНОВ Н.Н., Хирургическая стоматология . Москва , 1979 .”
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г.”Учебник хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии”, Москва , 2000г.
3. Бернадский Ю.Ю. “ Основы хирургической стоматологии “ Киев , 1984 .
3. Груздев Н.А “острая одонтогенная инфекция” М., 1978
4. Евдокимов А.И. , Васильев Г.А. “Хирургическая стоматология “.,Москва , 1964.
6. Заусаев В.И. “Хирургическая стоматология “Москва, 1980 .
7. Робустова Т.Г.”Хирургическая стоматология “ Москва , 1998.
8. Шаргородский А.Г. “ Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи”

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

1. ТОПОГРАФИЯ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
2. ТОПОГРАФИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЫ
3. ПУТИ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНУЮ ОБЛАСТЬ
4. РОЛЬ НИЖНЕГО ЗУБА МУДРОСТИ В ЭТИОЛОГИИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
5. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
6. КЛИНИКА АБСЦЕССА СУБМАССЕТЕРИАЛЬНОГО АБСЦЕССА
7. МЕСТА РАЗРЕЗОВ ПРИ ВСКРЫТИИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
8. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ И ЕЁ РОЛЬ В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
9. ЭТАПЫ И ОБЪЁМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
10. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.

ПРИЛОЖЕНИЕ №2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Больной 33 лет, обратился с жалобами на наличие разлитой, резко болезненной припухлости правой половины лица, невозможность открывания рта, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,5°-39,0° С. Из анамнеза выявлено, что 4 дня назад он был избит неизвестными у подъезда своего дома; сознание не терял, тошноты рвоты не было, удар пришелся в правую половину нижней челюсти. 2 дня назад боли усилились, появилось ограничение открывания рта, недомогание, затем озноб. Симптомы нарастали. Обратился в травматологический пункт и был направлен в стоматологический стационар. Объективно: в правой околоушно-жевательной области определяется разлитой без четких границ воспалительный инфильтрат, занимающий всю область, резко болезненный, в глубине – флюктуация. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена, в складку не собирается, открывание рта невозможно, определяются лишь незначительные боковые движения нижней челюсти. В поднижнечелюстной и позадищелюстной областях справа пальпируются увеличенные болезненные лимфоузлы. Выражен коллатеральный отек, распространяющийся на всю правую половину лица. В полости рта: отек слизистой оболочки задних отделов щечной и ретромолярной областей справа, коронковые части 8 и нижнего правого значительно разрушены, перкуссия безболезненна, при рентгенологическом исследовании данных за перелом нижней челюсти не определяется. В области верхушек корней 8 7 нижних правых имеется разрежение костной ткани с нечеткими контурами размером 0,2х0,3 см.

4. Поставьте диагноз
5. Укажите, что послужило причиной развития воспалительного процесса?
6. Составьте план лечения. Опишите методику оперативного вмешательства ?

Больной, 39 лет, поступил с жалобами на наличие незначительной болезненной припухлости в нижних отделах околоушно-жевательной области слева, постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева, усиливающиеся при жевании, ограничение открывания рта. Также беспокоит хруст и неприятные ощущения в области височно-нижнечелюстного сустава, больше слева. Из анамнеза выявлено, что 4 года назад лечился по поводу двустороннего травматического вывиха ВНЧС, после этого через полгода появился хруст и щелканье в суставе. Время от времени возникали неприятные ощущения, чувство дискомфорта, а иногда и незначительные

боли в области сустава слева. Неделю назад перенес «на ногах» простудное заболевание, после чего 2 дня назад обратил внимание на возникшее и впоследствии прогрессирующее ограничение открывания рта. сутки назад появились боли и припухлость в области нижней челюсти слева. Обратился к врачу.

Объективно: в нижних отделах околоушно-жевательной области определяется отек мягких тканей, в глубине которого пальпируется болезненный инфильтрат 3х4 см. кожа в этой области в цвете не изменена, собирается в складку, открывание рта до 1 см, болезненное в области ветви нижней челюсти слева. При боковых движениях нижней челюсти в области ВНЧС определяется хруст, больше выраженный слева. При внутриротовом исследовании: 8 нижний левый отсутствует, слизистая оболочка задних отделов щечной области, ретромоллярной области латерального ската крыловидночелюстной складки в нижних отделах слева отечна, болезненна пальпация снаружки от переднего края ветви нижней челюсти в нижних отделах. При рентгенологическом исследовании тела и ветви н/ч слева определяется левый нижний восьмой ретинированный и дистопированный, вокруг которого определяется разрежение костной ткани с четкими контурами округлой формы размером 2х3 см.

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план лечения, укажите особенности лечения.
3. Опишите методику оперативного вмешательства по поводу вскрытия гнойного очага.
Укажите несущественные для данного заболевания признаки и с чем они связаны?

Больной, 25 лет, повторно поступил в клинику с жалобами на резкое ограничение открывания рта, наличие болезненной припухлости в правой околоушно-жевательной области, боли в области угла нижней челюсти справа при накусывании, повышение температуры тела до 38,0°, общую слабость, недомогание озноб. Полтора месяца назад впервые обратился в клинику, где был поставлен диагноз «перелом нижней челюсти в области угла справа без смещения». Была проведена бимаксиллярная иммобилизация шинами Тигерштедта с зацепными петлями. Интактный 8 правый нижний решено из линии перелома не удалять во избежание смещения фрагментов. Течение заболевания гладкое, однако 7 дней назад появилась припухлость, а затем и боли в правой околоушно-жевательной области. Симптомы нарастали. Повторно обратился в клинику.

Объективно: в правой околоушно-жевательной области пальпируется болезненный инфильтрат размером 5х7 см с нечеткими контурами, кожа над ним гиперемизирована истончена, не собирается в складку. Определяется обширный очаг флюктуации, коллатеральный отек выражен незначительно. Открывание рта до 0,5 см, болезненное. Патологической подвижности фрагментов определить не удалось из-за наличия инфильтрации тканей.

1. Каких данных недостает для постановки окончательного диагноза
2. Поставьте предварительный диагноз, составьте план обследования и лечения.

ПРИЛОЖЕНИЕ №3
ТЕСТЫ I УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

XLII. Укажите верхнюю границу околоушно-жевательной области?

- 46. Нижний край скуловой дуги и кости
- 47. Основание тела нижней челюсти
- 48. Передний край жевательной мышцы
- 49. Задний край ветви нижней челюсти
- 50. Задний край жевательной мышцы

XLIII. Укажите заднюю границу околоушно-жевательной области?

- 41. Задний край ветви нижней челюсти
- 42. Передний край ветви нижней челюсти
- 43. Задний край жевательной мышцы
- 44. Передний край жевательной мышцы
- 45. Основание тела нижней челюсти

XLIV. Укажите нижнюю границу околоушно-жевательной области

- 1. Основание тела нижней челюсти

2. Задний край ветви нижней челюсти
3. Передний край ветви нижней челюсти
4. Задний край жевательной мышцы
5. Передний край жевательной мышцы

XLV. Какая мышца является составляющей околоушно-жевательной области ?

46. M.masseter
47. M. Digastricus (переднее брюшко)
48. M. Digastricus (заднее брюшко)
49. M. Buccalis
50. M. mylohyoideus

XLVI. Открывание рта при флегмоне околоушно-жевательной области ограничено за счёт контрактуры?

11. Жевательной мышцы
12. Двубрюшной мышцы (переднее брюшко)
13. Двубрюшной мышцы (заднее брюшко)
14. Щечной мышцы
15. Диафрагмы рта

ПРИЛОЖЕНИЕ №4 ТЕСТЫ 2 УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

- I. Хирургическое вмешательство при флегмоне околоушно-жевательной области проводят?
 11. Поднижнечелюстным или позадичелюстным разрезом
 12. Поднижнечелюстным
 13. Позадичелюстным
 14. Внутриротовым
 15. По челюстно-язычному желобку
- II. Длительное течение воспалительного процесса в области жевательной мышцы может привести к ?

46. Остеомиелиту кортикального отдела ветви нижней челюсти
47. Лимфадениту подчелюстной области
48. Абсцессу челюстно-язычного желобка
49. Флегмоне языка
50. Асфиксии больного

III. Причиной развития флегмон околоушно-жевательной области часто служат?

46. Нижние большие коренные зубы
47. Нижние малые коренные зубы
48. Верхние большие коренные зубы
49. Верхние малые коренные зубы
50. Неодонтогенной этиологии

IV. Для целенаправленного лечения антибиотиками необходимо ?

26. Исследовать чувствительность микробной флоры к антибиотику
27. Исследовать кровь на кокковую флору
28. Исследовать кровь на лактобактерии
29. Дать развернутый анализ крови
30. Проверить кровь на стерильность

V. Из гормонов надпочечников для коррекции иммунитета при тяжелом течении флегмон часто назначают?

46. Преднизолон
47. Гидрокортизон
48. Эргостерон
49. Синистрол
50. Старкобилин

XXXI. Тема №17

«ФЛЕГМОНА ДНА ПОЛОСТИ РТА. ТОПОГРАФИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.»

количество часов:3,0

XXXII. Цель занятия

УКРЕПИТЬ У СТУДЕНТА ЗНАНИЯ ПО ТОПОГРАФИИ ДНА ПОЛОСТИ РТА, ОБУЧИТЬ КЛИНИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ, И ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА.

XXXIII. ЗАДАЧИ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

48. ЗНАТЬ ТОПОГРАФИЮ СОБИРАТЕЛЬНОГО ПОНЯТИЯ, ИМЕНУЕМОГО «ДНОМ ПОЛОСТИ РТА».
49. ЗНАТЬ КЛИНИКУ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНОЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА.
50. ЗНАТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ АНАЭРОБНОЙ ФЛЕГМОНЕ (ФЛЕГМОНА ЛЮДВИГА)
51. УМЕТЬ ПРОВЕСТИ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО С ФЛЕГМОНОЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА.
52. УМЕТЬ ОБЕСПЕЧИТЬ ЭКСТРЕННУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ БОЛЬНОГО С ФЛЕГМОНОЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА.

XXXIV. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.

1. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ХОРОШО ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ В ТОПОГРАФИИ ДНА ПОЛОСТИ РТА
2. РОЛЬ МЫШЦЫ M. Mylohyoideus В ТОПОГРАФИИ ДНА ПОЛОСТИ РТА

3. АНАТОМИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ ДНА ПОЛОСТИ РТА С ОКОЛОГЛОТОЧНЫМ ПРОСТРАНСТВОМ.
4. УМЕТЬ ПРОВЕСТИ ОПРОС БОЛЬНОГО, СОБРАТЬ АНАМНЕЗ.
5. УМЕТЬ НАЗНАЧИТЬ ПРОВЕДЕНИЕ АДЕКВАТНЫХ АНАЛИЗОВ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ДИАГНОЗА.
6. УМЕТЬ ОБОБЩИТЬ ДАННЫЕ ОСМОТРА, АНАМНЕЗА, ДАННЫЕ АНАЛИЗОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА.
7. ЗНАТЬ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА (НИЖНИЙ ЭТАЖ)
8. ЗНАТЬ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА (ВЕРХНИЙ ЭТАЖ)
9. ЗНАТЬ МЕСТА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РАЗРЕЗОВ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА
10. ЗНАТЬ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ТРАХЕОСТОМЫ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА
11. ЗНАТЬ ОБЪЕМ И ЭТАПНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА
12. ЗНАТЬ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ АНАЭРОБНОЙ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА
13. УМЕТЬ НАЗНАЧИТЬ И ОБОСНОВАТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ
14. ВИДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА
15. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА

V. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ.

Причиной развития флегмоны дна полости рта обычно является распространение инфекции из подъязычной области или из из поднижнечелюстных и подподбородочного треугольников.

Границы: верхняя – слизистая оболочка полости рта; нижняя – кожа двух поднижнечелюстных и подподбородочного треугольников, задняя – корень языка и мышцы, прикрепленные к шиловидному отростку, передненаружная внутренняя поверхность основания нижней челюсти.

Дно полости рта имеет два этажа: верхний, расположенный над челюстно-подъязычной мышцей (m.mylohyoideus) и нижний, находящийся под ней.

Клиника при флегмоне дна полости рта – интенсивные боли, ограничивающие открывания рта, невозможность глотания, затрудненность дыхания и речи. При пальпации – определяется плотный болезненный инфильтрат в обоих поднижнечелюстных и подподбородочном треугольниках. В зависимости от вовлечения в процесс крыловидно-челюстного пространств, различна степень ограничения открывания рта, вместе с тем рот полуоткрыт. Язык увеличен в размерах, приподнят, занимает почти всю полость рта, иногда высунут, обложен налетом. Глотание затруднено, слюна не проглатывается и вытекает из открытого рта. Движения языка резко болезненны, часто невозможны. Слизистая подъязычной области инфильтрирована, отечна, отпечатки зубов на языке. В зависимости от сочетания поражения отдельных составляющих дна полости рта разрезы проводят в поднижнечелюстных областях и в подподбородочном треугольнике. Часто используется воротникообразный разрез с пересечением пучков челюстно-подъязычной мышцы. Иногда наружные разрезы сочетают с внутриротовым – по подъязычным складкам. Распространение процесса при флегмоне дна полости рта может быть в крыловиднонижнечелюстное и окологлоточное пространства, на латеральную и переднюю область шеи с вовлечением сосудисто-нервного пучка и развитием медиастенита.

Особую клиническую картину флегмона дна полости рта имеет при анаэробных возбудителях: *Clostridium Perfringens*, *act. Hystolyticus* и др. в данном случае, как правило, отсутствует гнойный экссудат, характерный для аэробных возбудителей, ткани дряблые,

возможно выделение пузырьков газа, привалирует гнилостно-гангренозный характер воспаления. Топография анаэробной флегмоны дна полости рта сосредоточена в тех же анатомических рамках, что и при аэробной инфекции. Больные жалуются на удушье, выраженную интоксикацию: лихорадка, бессонница, возбуждение, нередко бред. Положение больного вынужденное – боится двигать головой. В зависимости от характера воспаления при пальпации снаружи может определяться флюктуация или же крепитация. Речь невнятная, затруднен прием пищи, больно ослаблен. При таком запущенном варианте в клинике часто используют широкое вскрытие – поднижнечелюстные и подподбородочный треугольники, в полости рта – подъязычные области, при соединении наружных и внутренних разрезов рассекаются пучки челюстно-подъязычной мышцы. Обязательно делают ревизию крыловидно-нижнечелюстного и окологлоточного пространств. При анаэробной флегмоне, как уже говорилось, гноя нет, клетчатка темно-бурого до черного цвета, выделяется мутная, зловонная жидкость, иногда с пузырьками газа. Широко проведенное вскрытие обеспечивает доступ кислорода к тканям и стиханию активности анаэробной флоры. Перекись водорода при промывании раны чередуют с перманганатом калия, а выделяющийся при этом активный кислород способен проникать в пораженную клетчатку. При своевременно начатом лечении снижение температуры тела свидетельствует об улучшении состояния больного. При флегмоне дна полости рта в случае несвоевременного хирургического вмешательства, возможны поражения шейной клетчатки, вовлечение в процесс средостения. Острая дыхательная недостаточность, сепсис (септический шок), также характерны для осложнений при флегмонах дна полости рта. Прогноз может быть серьезным в случаях несвоевременного обращения больного к специалисту.

VI. ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ

Исходя из времени, отведенного на практическое занятие (3 часа) и раздаточного материала, заготовленного по теме (контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи) преподаватель стремится к максимальному использованию имеющихся средств обучения для развития и укрепления:

1. теоретических знаний
2. аналитических способностей
3. практических навыков.

Такое деление занятия весьма условно, но оно обязательно должно иметь место на каждом занятии.

1 Теоретический раздел

Глубокие теоретические знания являются важнейшим фундаментом в деятельности врача. Касаясь конкретно темы занятия, учитель направляя и добавляя ответы студентов, должен добиться понимания:

А. Знания топографии дна полости рта

Б. Знания клинических симптомов при флегмоне дна полости рта

В. Необходимости оперативного вмешательства при абсцессах и флегмонах дна полости рта

2. Аналитический раздел – должны быть использованы ситуационные задачи в различных вариантах – может быть зачитана ситуационная задача для всей группы, раздается по одной ситуационной задаче на двух студентов. При этом на ответ дается не более 2-3 минут. Привлекая студентов к приёму больных важно обращать внимание (способствовать) на повышение коммуникационной способности у обучающихся – проведение опроса больных, умение общения с больным, правильные акценты при сборе анамнеза в зависимости от рассматриваемой патологии, грамотность интерпретирования клинических и лабораторных исследований. Важным элементом аналитического раздела является умение правильно заполнять необходимую медикаментозную документацию.

Студент должен аккуратно и последовательно вести тетрадь, в которой отражены практические занятия и дневник по приёму больных.

При градации оценки аналитический раздел должен составлять 30-35% от оценки.

9. Практические навыки. Опыт показывает, что это один из наиболее сложных аспектов занятия. Для его успешного решения в частности на 3 курсе следует широко использовать имеющиеся наглядные пособия – муляжи, таблицы, фантомы, демонстрацию слайдов. Преподаватель должен отразить уровень усвоения студентом отдельных практических навыков:
1. проведение осмотра полости рта
 2. умение собрать анамнез у больного
 3. уметь провести параллель между пораженным зубом с имеющейся патологией в околозубных тканях.
 4. знать оптимальные сроки для рентгенологического обследования больного
 5. Уметь обосновать назначенное медикаментозное и хирургическое лечение. Важным элементом практического раздела является самостоятельная работа студентов – небольшие доклады и разборы в присутствии всей группы. Практический раздел составляет около 35-45% от общей оценки.

VII. РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ

41. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов (ПРИЛОЖЕНИЕ №1)
42. Ситуационные задачи (ПРИЛОЖЕНИЕ №2)
43. Тесты первого уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №3)
44. Тесты второго уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №4)

VIII. ОСНАЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

65. Диапроектор и слайды по флегмоне дна полости рта
66. Муляжи, где на разрезе представлены мышцы, сосуды, нервы.
67. Плакаты, альбомы отображающие клинику и лечение флегмоны дна полости рта
68. Череп и нижняя челюсть.
69. R-снимки зубов и челюстей.
70. Инструменты для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, языкодержатель, трахеостомическая трубка)

IX ВИДЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, НАВЫКОВ И УМЕНИЙ

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

X. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

1. особенности диагностики гнилостнонекротической флегмоны лица и шеи
2. особенности терапии гнилостнонекротической флегмоны лица и шеи.

XI. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

112. Топография дна полости рта.
113. Анатомические образования, составляющие понятие «дно полости рта».

114. Роль подчелюстных мышц в топографии и клинике воспалительных процессов дна полости рта.
115. Этиопатогенез флегмоны дна полости рта.
116. Клиника флегмоны дна полости рта
117. Виды обезболивания при вскрытии флегмоны дна полости рта.
118. Показания к трахеостоме при вскрытии флегмоны дна полости рта.
119. Оперативные доступы при вскрытии флегмоны дна полости рта.
120. Особенности вмешательства при анаэробной флегмоне.
121. Возможные осложнения при флегмоне дна полости рта.
122. Профилактика флегмоны дна полости рта и её осложнений.

XII. ЛИТЕРАТУРА

1. Бажанов Н.Н., Хирургическая стоматология . Москва , 1979 .”
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г.”Учебник хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии”, Москва , 2000г.
3. Бернадский Ю.Ю. “ Основы хирургической стоматологии “ Киев , 1984
3. Груздев Н.А. “острая одонтогенная инфекция” М., 1978 год
4. Дунаевский В.А. “ Хирургическая стоматология “ Ленинград , 1981 .
5. Евдокимов А.И. , Васильев Г.А. “Хирургическая стоматология “.,Москва , 1964.
6. Заусаев В.И. “Хирургическая стоматология “Москва, 1980 .
7. Робустова Т.Г.”Хирургическая стоматология “ Москва , 1998.
8. Шаргородский А.Г. “ Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи” .

ПРИЛОЖЕНИЕ №1
КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИСХОДНОГО
УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ.

1. ТОПОГРАФИЯ ДНА ПОЛОСТИ РТА
2. КОСТНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ И МЫШЦЫ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ГРАНИЦЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА
3. РОЛЬ ОДОНТОГЕННОГО ФАКТОРА В ЭТИОЛОГИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА
4. ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА - ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ
5. КЛИНИКА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНЕГО ИЛИ НИЖНЕГО ЭТАЖА.
6. ВОЗМОЖНЫЕ МЕСТА РАЗРЕЗОВ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА С ЦЕЛЬЮ ЭВАКУАЦИИ ЭКССУДАТА.
7. РОЛЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
8. ОБЪЁМ И ЭТАПНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА
9. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
10. УМЕНИЕ ЗАПОЛНЯТЬ НЕОБХОДИМУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ.

ПРИЛОЖЕНИЕ №2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

больной 42 лет поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подподбородочной и поднижнечелюстных областях. Затрудненное, резко болезненное открывание рта, болезненность при разговоре, глотании, движении языком, затрудненное дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание озноб. Заболевание началось 2 дня назад после переохлаждения: появилась незначительная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной области. Симптомы быстро нарастали. В анамнезе – аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больного вынужденное: сидит, подавшись вперед и немного опустив голову, рот полуоткрыт, вытекает слюна, температура тела 39,4°; несколько заторможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат без четких границ, занимающий 2 поднижнечелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блестит, не собирается в складку. Дыхание хриплое. Открывание рта до 2 см, резко болезненное. При внутриротовом осмотре: язык приподнят, отечен, движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налета. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отечна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвеолярного отростка. Коронки 6,7 нижних справа и 4,5,6 слева разрушены.

1. Поставьте диагноз обоснуйте его.
2. Укажите возможные причины возникновения заболевания
3. Составьте план обследования и лечения
4. Укажите вид обезболивания под которым планируется проведение оперативного вмешательства.

больной 34 лет поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в подподбородочной и обеих поднижнечелюстных областях, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Беспокоит также затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в 7 нижнем справа, усиливающиеся при накусывании. Боли нарастали, появилась незначительная болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. 2 дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 7 нижний справа по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба припухлость увеличилась, боли и симптомы нарушения функций нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела 38,5°; в обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над инфильтратом гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограниченно собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Открывание рта до 1,5-2 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу, резко болезненно. Слизистая оболочка обеих челюстно-язычных желобков гиперемирована и подъязычной области, отечна, в правой гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 7 нижнего справа заполнена организуемым кровяным сгустком, покрытым фиброзным налетом. На ортопантограмме в области лунки 7 нижнего справа

патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти ближе к её краю на уровне 3 нижнего справа определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами, правильной овальной формы.

1. Поставьте диагноз обоснуйте его.
2. Укажите на признаки, не характерные для данного заболевания, с чем они могут быть связаны
3. Опишите методику оперативного лечения.

больной 38 лет поступил с жалобами на наличие обширно припухлости верхних отделов шеи, одутловатость лица, затруднение дыхания, которое постепенно нарастает. Из анамнеза: полгода назад оперирован по поводу одонтогенного остеомиелита слева. Три дня назад заболел 5 нижний слева, боли носили постоянный характер, усиливались при накусывании. В день обращения в клинику был на приеме у стоматолога по месту работы. Врач обратил внимание на наличие воспалительного инфильтрата в левой поднижнечелюстной области, произвел удаление пятого нижнего слева и направил больного в клинику хирургической стоматологии. К моменту обращения – 18-00 – припухлость резко увеличилась, нарастала дыхательная недостаточность. Объективно: в момент обращения состояние больного тяжелое, положение вынужденное – находится в сидячем положении, подавшись вперед. Выражена дыхательная недостаточность по стенотическому типу. Определяется обширный отек в обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях, распространяющихся на шею. Незначительная отечность лица. Речь невнятна. Пальпация наиболее болезненна в левой поднижнечелюстной области. Слизистая оболочка дна полости рта резко отечна и выбухает. При рентгенологическом исследовании выявлено гомогенное затемнение левой верхнечелюстной пазухи. Поставьте диагноз обоснуйте его.

1. укажите, каких данных не хватает для постановки диагноза?
2. Какие заболевания (патологические состояния) вы можете предположить на основании имеющихся данных.
3. Укажите на признаки, не существенные для данного заболевания
4. Какова лечебная тактика в зависимости от установленного диагноза?

ПРИЛОЖЕНИЕ №3
ТЕСТЫ 1 УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

XLVII. Укажите верхнюю границу при флегмоне дна полости рта?

- 51. Слизистая оболочка дна полости рта
- 52. Кожа правого подчелюстного треугольника
- 53. Кожа левого подчелюстного треугольника
- 54. Корень языка
- 55. Внутренняя поверхность основания челюсти

XLVIII. Укажите заднюю границу при флегмоне дна полости рта?

- 26. Корень языка и мышцы
- 27. Слизистая дна полости рта
- 28. Шиловидный отросток
- 29. Сосцевидный отросток
- 30. Кожа подподбородочной области

XLIX. Укажите нижнюю границу при флегмоне дна полости рта?

- 46. Кожа правого и левого поднижнечелюстных и подподбородочного треугольника
- 47. Корень языка и мышцы
- 48. Слизистая дна полости рта
- 49. Сосцевидный отросток
- 50. Внутренняя поверхность основания нижней челюсти

L. Какая мышца делит дно полости рта на два этажа?

- 36. Челюстно-подъязычная
- 37. Подбородочно-подъязычная
- 38. Подбородочно-язычная
- 39. Крыловидная медиальная
- 40. Крыловидная латеральная

LI. При флегмоне дна полости рта процесс часто распространяется на?

- 51. Окологлоточное пространство

- 52. Поднижнечелюстное пространство
- 53. Подподбородочный треугольник
- 54. Челюстно-язычный желобок
- 55. Подъязычный валик

ПРИЛОЖЕНИЕ №4
ТЕСТЫ 2 УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

- I. Язык при флегмоне дна полости рта?
 - 35. Увеличен, ограничен в движениях
 - 36. Увеличен, легко подвижен
 - 37. Легко подвижный, безболезненный
 - 38. Нарушена иннервация
 - 39. Поражены сосочки
- II. Как называют флегмону дна полости рта при анаэробной флоре?
 - 51. Ангина Людвига
 - 52. Аденофлегмона
 - 53. Остеофлегмона
 - 54. Гематогенная флегмона
 - 55. Вторичная флегмона
- III. Какой из разрезов часто используют при флегмоне дна полости рта?
 - 51. Воротникообразный
 - 52. Подчелюстной
 - 53. Подподбородочный
 - 54. Окаймляющий
 - 55. Позадиушный
- IV. При вскрытии какой флегмоны часто накладывают трахеостому?
 - 31. Дно полости рта
 - 32. Поднижнечелюстного треугольника

- 33. Подподбородочного реугольника
- 34. Подвисочной области
- 35. Позадичелюстной области

V. Отметьте флегмону, которая чаще других дает осложнения в виде медиастенита?

- 51. Флегмона дна полости рта
- 52. Крыловидно-нижнечелюстного пространства
- 53. Позадичелюстного пространства
- 54. Подчелюстного треугольника
- 55. Подвисочной области

XXXV. Тема №17

«ФЛЕГМОНА ДНА ПОЛОСТИ РТА. ТОПОГРАФИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.»

количество часов:3,0

XXXVI. Цель занятия

УКРЕПИТЬ У СТУДЕНТА ЗНАНИЯ ПО ТОПОГРАФИИ ДНА ПОЛОСТИ РТА, ОБУЧИТЬ КЛИНИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ, И ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА.

XXXVII. ЗАДАЧИ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

- 53. ЗНАТЬ ТОПОГРАФИЮ СОБИРАТЕЛЬНОГО ПОНЯТИЯ, ИМЕНУЕМОГО «ДНОМ ПОЛОСТИ РТА».
- 54. ЗНАТЬ КЛИНИКУ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНОЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА.
- 55. ЗНАТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ АНАЭРОБНОЙ ФЛЕГМОНЕ (ФЛЕГМОНА ЛЮДВИГА)
- 56. УМЕТЬ ПРОВЕСТИ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО С ФЛЕГМОНОЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА.
- 57. УМЕТЬ ОБЕСПЕЧИТЬ ЭКСТРЕННУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ БОЛЬНОГО С ФЛЕГМОНОЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА.

XXXVIII. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.

- 16. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ХОРОШО ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ В ТОПОГРАФИИ ДНА ПОЛОСТИ РТА
- 17. РОЛЬ МЫШЦЫ М. Mylohyoideus В ТОПОГРАФИИ ДНА ПОЛОСТИ РТА
- 18. АНАТОМИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ ДНА ПОЛОСТИ РТА С ОКОЛОГЛОТОЧНЫМ ПРОСТРАНСТВОМ.
- 19. УМЕТЬ ПРОВЕСТИ ОПРОС БОЛЬНОГО, СОБРАТЬ АНАМНЕЗ.
- 20. УМЕТЬ НАЗНАЧИТЬ ПРОВЕДЕНИЕ АДЕКВАТНЫХ АНАЛИЗОВ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ДИАГНОЗА.
- 21. УМЕТЬ ОБОБЩИТЬ ДАННЫЕ ОСМОТРА, АНАМНЕЗА, ДАННЫЕ АНАЛИЗОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА.
- 22. ЗНАТЬ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА (НИЖНИЙ ЭТАЖ)
- 23. ЗНАТЬ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА (ВЕРХНИЙ ЭТАЖ)
- 24. ЗНАТЬ МЕСТА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РАЗРЕЗОВ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА
- 25. ЗНАТЬ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ТРАХЕОСТОМЫ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА

26. ЗНАТЬ ОБЪЕМ И ЭТАПНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА
27. ЗНАТЬ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ АНАЭРОБНОЙ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА
28. УМЕТЬ НАЗНАЧИТЬ И ОБОСНОВАТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ
29. ВИДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА
30. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА

V. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ.

Причиной развития флегмоны дна полости рта обычно является распространение инфекции из подъязычной области или из из поднижнечелюстных и подподбородочного треугольников.

Границы: верхняя – слизистая оболочка полости рта; нижняя – кожа двух поднижнечелюстных и подподбородочного треугольников, задняя – корень языка и мышцы, прикрепленные к шиловидному отростку, передненаружная внутренняя поверхность основания нижней челюсти.

Дно полости рта имеет два этажа: верхний, расположенный над челюстно-подъязычной мышцей (m.mylohyoideus) и нижний, находящийся под ней.

Клиника при флегмоне дна полости рта – интенсивные боли, ограничивающие открывания рта, невозможность глотания, затрудненность дыхания и речи. При пальпации – определяется плотный болезненный инфильтрат в обоих поднижнечелюстных и подподбородочном треугольниках. В зависимости от вовлечения в процесс крыловидно-челюстного пространств, различна степень ограничения открывания рта, вместе с тем рот полуоткрыт. Язык увеличен в размерах, приподнят, занимает почти всю полость рта, иногда высунут, обложен налетом. Глотание затруднено, слюна не проглатывается и вытекает из открытого рта. Движения языка резко болезненны, часто невозможны.

Слизистая подъязычной области инфильтрирована, отечна, отпечатки зубов на языке.

В зависимости от сочетания поражения отдельных составляющих дна полости рта разрезы проводят в поднижнечелюстных областях и в подподбородочном треугольнике. Часто используется воротникообразный разрез с пересечением пучков челюстно-подъязычной мышцы. Иногда наружные разрезы сочетают с внутриротовым – по подъязычным складкам. Распространение процесса при флегмоне дна полости рта может быть в крыловиднонижнечелюстное и окологлоточное пространства, на латеральную и переднюю область шеи с вовлечением сосудисто-нервного пучка и развитием медиастенита.

Особую клиническую картину флегмона дна полости рта имеет при анаэробных возбудителях: *Clostridium Perfringens*, *act. Hystolyticus* и др. в данном случае, как правило, отсутствует гнойный экссудат, характерный для аэробных возбудителей, ткани дряблые, возможно выделение пузырьков газа, привалирует гнилостно-гангренозный характер воспаления. Топография анаэробной флегмоны дна полости рта сосредоточена в тех же анатомических рамках, что и при аэробной инфекции. Больные жалуются на удушье, выраженную интоксикацию: лихорадка, бессонница, возбуждение, нередко бред.

Положение больного вынужденное – боится двигать головой. В зависимости от характера воспаления при пальпации снаружи может определяться флюктуация или же крепитация. Речь невнятная, затруднен прием пищи, больно ослаблен. При таком запущенном варианте в клинике часто используют широкое вскрытие – поднижнечелюстные и подподбородочный треугольники, в полости рта – подъязычные области, при соединении наружных и внутренних разрезов рассекаются пучки челюстно-подъязычной мышцы.

Обязательно делают ревизию крыловидно-нижнечелюстного и окологлоточного пространств. При анаэробной флегмоне, как уже говорилось, гноя нет, клетчатка темно-бурого до черного цвета, выделяется мутная, зловонная жидкость, иногда с пузырьками газа. Широко проведенное вскрытие обеспечивает доступ кислорода к тканям и стиханию активности анаэробной флоры. Перекись водорода при промывании раны чередуют с перманганатом калия, а выделяющийся при этом активный кислород способен проникать

в пораженную клетчатку. При своевременно начатом лечении снижение температуры тела свидетельствует об улучшении состояния больного. При флегмоне дна полости рта в случае несвоевременного хирургического вмешательства, возможны поражения шейной клетчатки, вовлечение в процесс средостения. Острая дыхательная недостаточность, сепсис (септический шок), также характерны для осложнений при флегмонах дна полости рта. Прогноз может быть серьезным в случаях несвоевременного обращения больного к специалисту.

VI. ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ

Исходя из времени, отведенного на практическое занятие (3 часа) и раздаточного материала, заготовленного по теме (контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи) преподаватель стремится к максимальному использованию имеющихся средств обучения для развития и укрепления:

1. теоретических знаний
2. аналитических способностей
3. практических навыков.

Такое деление занятия весьма условно, но оно обязательно должно иметь место на каждом занятии.

1 Теоретический раздел

Глубокие теоретические знания являются важнейшим фундаментом в деятельности врача. Касаясь конкретно темы занятия, учитель направляя и добавляя ответы студентов, должен добиться понимания:

- А. Знания топографии дна полости рта
- Б. Знания клинических симптомов при флегмоне дна полости рта
- В. Необходимости оперативного вмешательства при абсцессах и флегмонах дна полости рта

2. Аналитический раздел — должны быть использованы ситуационные задачи в различных вариантах — может быть зачитана ситуационная задача для всей группы, раздаётся по одной ситуационной задаче на двух студентов. При этом на ответ даётся не более 2-3 минут. Привлекая студентов к приёму больных важно обращать внимание (способствовать) на повышение коммуникативной способности у обучающихся — проведение опроса больных, умение общения с больным, правильные акценты при сборе анамнеза в зависимости от рассматриваемой патологии, грамотность интерпретирования клинических и лабораторных исследований. Важным элементом аналитического раздела является умение правильно заполнять необходимую медикаментозную документацию.

Студент должен аккуратно и последовательно вести тетрадь, в которой отражены практические занятия и дневник по приёму больных.

При градации оценки аналитический раздел должен составлять 30-35% от оценки.

10. Практические навыки. Опыт показывает, что это один из наиболее сложных аспектов занятия. Для его успешного решения в частности на 3 курсе следует широко использовать имеющиеся наглядные пособия — муляжи, таблицы, фантомы, демонстрацию слайдов. Преподаватель должен отразить уровень усвоения студентом отдельных практических навыков:

1. проведение осмотра полости рта
2. умение собрать анамнез у больного
3. уметь провести параллель между пораженным зубом с имеющейся патологией в околозубных тканях.
4. знать оптимальные сроки для рентгенологического обследования больного

5. Уметь обосновать назначенное медикаментозное и хирургическое лечение. Важным элементом практического раздела является самостоятельная работа студентов — небольшие доклады и разборы в присутствии всей группы. Практический раздел составляет около 35-45% от общей оценки.

VII. РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ

45. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов (ПРИЛОЖЕНИЕ №1)
46. Ситуационные задачи (ПРИЛОЖЕНИЕ №2)
47. Тесты первого уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №3)
48. Тесты второго уровня сложности (ПРИЛОЖЕНИЕ №4)

VIII. ОСНАЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

71. Диапроектор и слайды по флегмоне дна полости рта
72. Муляжи, где на разрезе представлены мышцы, сосуды, нервы.
73. Плакаты, альбомы отображающие клинику и лечение флегмоны дна полости рта
74. Череп и нижняя челюсть.
75. R-снимки зубов и челюстей.
76. Инструменты для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, языкодержатель, трахеостомическая трубка)

IX ВИДЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, НАВЫКОВ И УМЕНИЙ

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

X. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

9. особенности диагностики гнилостнонекротической флегмоны лица и шеи
10. особенности терапии гнилостнонекротической флегмоны лица и шеи.

XI. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

123. Топография дна полости рта.
124. Анатомические образования, составляющие понятие «дно полости рта».
125. Роль подчелюстных мышц в топографии и клинике воспалительных процессов дна полости рта.
126. Этиопатогенез флегмоны дна полости рта.
127. Клиника флегмоны дна полости рта
128. Виды обезболивания при вскрытии флегмоны дна полости рта.
129. Показания к трахеостоме при вскрытии флегмоны дна полости рта.
130. Оперативные доступы при вскрытии флегмоны дна полости рта.
131. Особенности вмешательства при анаэробной флегмоне.
132. Возможные осложнения при флегмоне дна полости рта.
133. Профилактика флегмоны дна полости рта и её осложнений.

XII. ЛИТЕРАТУРА

1. Бажанов Н.Н., Хирургическая стоматология . Москва , 1979 .”

2. Безруков В.М., Робустова Т.Г. "Учебник хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии", Москва, 2000г.
3. Бернадский Ю.Ю. "Основы хирургической стоматологии" Киев, 1984
11. Груздев Н.А. "острая одонтогенная инфекция" М., 1978 год
12. Дунаевский В.А. "Хирургическая стоматология" Ленинград, 1981.
13. Евдокимов А.И., Васильев Г.А. "Хирургическая стоматология", Москва, 1964.
14. Заусаев В.И. "Хирургическая стоматология" Москва, 1980.
15. Робустова Т.Г. "Хирургическая стоматология" Москва, 1998.
16. Шаргородский А.Г. "Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи".

ПРИЛОЖЕНИЕ №1
КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИСХОДНОГО
УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ.

11. ТОПОГРАФИЯ ДНА ПОЛОСТИ РТА
12. КОСТНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ И МЫШЦЫ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ГРАНИЦЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА
13. РОЛЬ ОДОНТОГЕННОГО ФАКТОРА В ЭТИОЛОГИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА
14. ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА - ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ
15. КЛИНИКА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНЕГО ИЛИ НИЖНЕГО ЭТАЖА.
16. ВОЗМОЖНЫЕ МЕСТА РАЗРЕЗОВ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА С ЦЕЛЮ ЭВАКУАЦИИ ЭКССУДАТА.
17. РОЛЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ

18. ОБЪЁМ И ЭТАПНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА
19. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
20. УМЕНИЕ ЗАПОЛНЯТЬ НЕОБХОДИМУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ.

ПРИЛОЖЕНИЕ №2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

больной 42 лет поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подподбородочной и поднижнечелюстных областях. Затрудненное, резко болезненное открывание рта, болезненность при разговоре, глотании, движении языком, затрудненное дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание озноб. Заболевание началось 2 дня назад после переохлаждения: появилась незначительная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной области. Симптомы быстро

нарастали. В анамнезе – аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больного вынужденное: сидит, подавшись вперед и немного опустив голову, рот полуоткрыт, вытекает слюна, температура тела 39,4°; несколько заторможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат без четких границ, занимающий 2 поднижнечелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блестит, не собирается в складку. Дыхание хриплое. Открывание рта до 2 см, резко болезненное. При внутриротовом осмотре: язык приподнят, отечен, движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налета. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отечна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвеолярного отростка. Коронки 6,7 нижних справа и 4,5,6 слева разрушены.

1. Поставьте диагноз обоснуйте его.
5. Укажите возможные причины возникновения заболевания
6. Составьте план обследования и лечения
7. Укажите вид обезболивания под которым планируется проведение оперативного вмешательства.

больной 34 лет поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в подподбородочной и обеих поднижнечелюстных областях, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Беспокоит также затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в 7 нижнем справа, усиливающиеся при накусывании. Боли нарастали, появилась незначительная болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. 2 дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 7 нижний справа по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба припухлость увеличилась, боли и симптомы нарушения функций нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела 38,5°; в обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над инфильтратом гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограничено собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Открывание рта до 1,5-2 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу, резко болезненно. Слизистая оболочка обеих челюстно-язычных желобков гиперемирована и подъязычной области, отечна, в правой гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 7 нижнего справа заполнена организуемым кровяным сгустком, покрытым фиброзным налетом. На ортопантограмме в области лунки 7 нижнего справа патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти ближе к её краю на уровне 3 нижнего справа определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами, правильной овальной формы.

5. Поставьте диагноз обоснуйте его.
6. Укажите на признаки, не характерные для данного заболевания, с чем они могут быть связаны
7. Опишите методику оперативного лечения.

больной 38 лет поступил с жалобами на наличие обширно припухлости верхних отделов шеи, одутловатость лица, затруднение дыхания, которое постепенно нарастает. Из анамнеза: полгода назад оперирован по поводу одонтогенного остеомиелита слева. Три дня назад заболел 5 нижний слева, боли носили постоянный характер, усиливались при накусывании. В день обращения в клинику был на приеме у стоматолога по месту работы.

Врач обратил внимание на наличие воспалительного инфильтрата в левой поднижнечелюстной области, произвел удаление пятого нижнего слева и направил больного в клинику хирургической стоматологии. К моменту обращения – 18-00 – припухлость резко увеличилась, нарастала дыхательная недостаточность. Объективно: в момент обращения состояние больного тяжелое, положение вынужденное – находится в сидячем положении, подавшись вперед. Выражена дыхательная недостаточность по стенотическому типу. Определяется обширный отек в обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях, распространяющихся на шею. Незначительная отечность лица. Речь невнятна. Пальпация наиболее болезненна в левой поднижнечелюстной области. Слизистая оболочка дна полости рта резко отечна и выбухает. При рентгенологическом исследовании выявлено гомогенное затемнение левой верхнечелюстной пазухи. Поставьте диагноз обоснуйте его.

4. укажите, каких данных не хватает для постановки диагноза?
5. Какие заболевания (патологические состояния) вы можете предположить на основании имеющихся данных.
6. Укажите на признаки, не существенные для данного заболевания
8. Какова лечебная тактика в зависимости от установленного диагноза?

ПРИЛОЖЕНИЕ №3
ТЕСТЫ 1 УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

- LII. Укажите верхнюю границу при флегмоне дна полости рта?
56. Слизистая оболочка дна полости рта
57. Кожа правого подчелюстного треугольника
58. Кожа левого подчелюстного треугольника
59. Корень языка
60. Внутренняя поверхность основания челюсти
- LIII. Укажите заднюю границу при флегмоне дна полости рта?
31. Корень языка и мышцы
32. Слизистая дна полости рта
33. Шиловидный отросток
34. Сосцевидный отросток
35. Кожа подподбородочной области
- LIV. Укажите нижнюю границу при флегмоне дна полости рта?
51. Кожа правого и левого поднижнечелюстных и подподбородочного треугольника
52. Корень языка и мышцы
53. Слизистая дна полости рта
54. Сосцевидный отросток
55. Внутренняя поверхность основания нижней челюсти
- LV. Какая мышца делит дно полости рта на два этажа?
41. Челюстно-подъязычная
42. Подбородочно-подъязычная
43. Подбородочно-язычная
44. Крыловидная медиальная
45. Крыловидная латеральная
- LVI. При флегмоне дна полости рта процесс часто распространяется на?
56. Окологлоточное пространство
57. Поднижнечелюстное пространство
58. Подподбородочный треугольник
59. Челюстно-язычный желобок
60. Подъязычный валик

ПРИЛОЖЕНИЕ №4
ТЕСТЫ 2 УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

- III. Язык при флегмоне дна полости рта?
- 40. Увеличен, ограничен в движениях
 - 41. Увеличен, легко подвижен
 - 42. Легко подвижный, безболезненный
 - 43. Нарушена иннервация
 - 44. Поражены сосочки
- IV. Как называют флегмону дна полости рта при анаэробной флоре?
- 56. Ангина Людвига
 - 57. Аденофлегмона
 - 58. Остеофлегмона
 - 59. Гематогенная флегмона
 - 60. Вторичная флегмона
- III. Какой из разрезов часто используют при флегмоне дна полости рта?
- 56. Воротникообразный
 - 57. Подчелюстной
 - 58. Подподбородочный
 - 59. Окаймляющий
 - 60. Позадиушный
- IV. При вскрытии какой флегмоны часто накладывают трахеостому?
- 36. Дно полости рта
 - 37. Поднижнечелюстного треугольника
 - 38. Подподбородочного треугольника
 - 39. Подвисочной области
 - 40. Позадичелюстной области
- V. Отметьте флегмону, которая чаще других дает осложнения в виде медиастенита?
- 56. Флегмона дна полости рта
 - 57. Крыловидно-нижнечелюстного пространства
 - 58. Позадичелюстного пространства
 - 59. Подчелюстного треугольника
 - 60. Подвисочной области

Тема № 1. Болезнь прорезывания зубов. Причины, клиника, диагностика, лечения. Виды нарушения (аномалии) прорезывания зубов. Ретенция, полу ретенция и дистопия зубов, клиника, особенности диагностики, лечение. Особенности удаления зубов. Возможные осложнения. II. Цель занятия:

Ознакомить студентов с болезнями прорезывания зубов, видами нарушения (аномалии) прорезывания зубов, ретенции, полуретенции и дистопия зубов с клиникой, диагностикой и методами лечения.

III. Задачи практического занятия:

1. Повторить анатомическое строение челюстей
2. Повторить сроки прорезывания зубов.
3. Рассмотреть причины различных нарушений (аномалии) прорезывание зубов.
4. Рассмотреть причину неполного прорезывания зубов (полуретенции) и разобрать клиническую картину.
5. Рассмотреть причину задержки прорезывания зубов (ретенции) и разобрать клиническую картину.
6. Рассмотреть неправильное положение прорезывающегося зуба (дистопия) в зубном ряду и разобрать клиническую картину.
7. Обсудить методы диагностики и лечение аномалии прорезывания зубов.
8. Обсудить осложнение при различных аномалиях прорезывания зубов и осложнение связанные с оперативными вмешательствами.

9. Объяснить студентам роль профилактики при заболевании прорезывания зубов.

IV. Ожидаемые результаты:

1. Студент должен знать анатомическое строение верхней и нижней челюсти.
2. Студент должен знать сроки прорезывания зубов.
3. Уметь провести опрос больного с аномалиями прорезывания зубов (жалобы, анамнез, заболевание, жизни).
4. Научиться провести клиническое обследование больного (осмотр, пальпация тканей и органов зубочелюстной системы) в аномалиях прорезывания зубов.
5. Уметь читать и анализировать рентген снимки с аномалиями прорезывания зубов.
6. Уметь обобщить полученные в результате обследования данные для постановки диагноза.
7. Освоить методы лечения аномалии прорезывания зубов, (ретенция, полуретенции и дистопия зубов).

V. Содержание практических занятий:

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах, объясняет необходимость изучения диагностики и лечения больных с аномалиями прорезывания зубов: ретенции, полуретенции и дистопия.

В теоретической части, прежде чем рассматривать вопросы изучаемой темы преподаватель активизирует полученные прежде знания об анатомических особенностях строения челюстей, сроках прорезывания зубов и различные аномалии прорезывания зубов

Неправильное положение в зубном ряду прорезавшего зуба, или расположение его вне зубного ряда - смещение зуба. Это происходит чаще всего в результате нарушения последовательности и сроков

прорезывания зубов, в связи, с чем они занимают неправильное положение. Чаще наблюдается смещение нижнего зуба мудрости, реже верхнего.

На нижней челюсти смещение зуба мудрости наблюдается часто. Нижней третьей большой коренной зуб чаще из-за недостаточности места в альвеолярном отростке занимает неправильное положение, чаще смещается в сторону преддверия рта, реже - в собственно полость рта к за пределы альвеолярной дуги. Зуб мудрости может занимать наклонное положение по второму моляру, вплоть до горизонтального.

Диагноз ставят на основании клинического исследования и рентгенологических данных. На рентгенограмме определяется положение третьего большого нижнего коренного зуба. Может наблюдаться изменения костной ткани в его окружности, чаще участок резорбции её располагается позади коронки.

Лечение обычно в период смены зубов все виды смещения зубов легко устраняются и, как правило, до 14-15 лет лечение смещение проводится различными ортодонтическими методами. Эти методы применяют и в возрасте после 15 лет. Однако в таких случаях успех ортодонтического лечения непостоянен. Чаще лечение сводится к удалению зубов мудрости на верхней челюсти. Иногда возможно устранение травмы сошлифовыванием бугров.

Удаление смещенного нижнего зуба мудрости проводят чаще в поликлинике, у некоторых больных - в стационаре.

Полуретенированный зуб. Неполное прорезывание через костную ткань челюсти или слизистую оболочку зуба наблюдается в области клыков, вторых резцов на верхней челюсти, нижнего и верхнего зуба мудрости.

Клиническая картина полуретенированного зуба характеризуется появлением прорезывающейся части коронки в каком - либо отделе альвеолярного отростка. В результате постоянной травмы слизистой оболочки,

прилегающей к прорезывающейся части коронки зуба, возникает воспаление вокруг нее. Иногда полуретенированный зуб обнаруживают при появлении воспалительных явлениях в участке альвеолярного отростка верхней или нижней челюсти. При исследовании определяют утолщение альвеолярного отростка, покрытое покрасневшей отечной слизистой оболочкой. Иногда отсутствие одного из постоянных зубов в альвеолярной дуге. На его места может быть молочный зуб. В отдельных случаях ретенированный зуб создает выпячивание наружной стенки альвеолярного отростка или тела челюсти. При этом иногда можно пальпировать контуры зуба или его части. Ретенированные зубы могут вести к нарушению нормального положения соседних зубов, т.е. их смещению. В таких случаях больные обращаются с жалобами на более в области ретенированного зуба. Ретенированные зубы могут давить на нервные волокна и окончания, и в этом случае жалобы на боли являются симптомом поражения нервов -невралгии или неврита. С этим связано нарушение чувствительности - анестезия, парестезия. Ретенированный зуб нередко является источником воспалительных явлений.

Лечения. Тактика хирурга в случаях ретенции зуба без выраженных симптомов воспаления может быть различной.

Сопоставляя данные общего состояния больного, его возраст, расположение ретенированного зуба и травматичность перед стоящей операции, а также опасность осложнений, определяют целесообразность хирургического вмешательства. При отсутствии жалоб больного и

осложнений, связанных с ретенцией зуба, удаление зуба не показано. Возможно динамическое наблюдение за больным.

Удаление ретенированных и полуретенированных зубов представляет определенные трудности. Перед операцией следует определить расположение зуба в толще костной ткани, его отношение к различным образованиям: основанию и каналу нижней челюсти, верхнечелюстной пазухе и носовой полости соседним зубам.

Для определения особенностей расположения ретенированного или полуретенированного зуба следует провести рентгенографию, иногда в нескольких проекциях.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студент, создав группы по 3 человека, один из которых имитирует больного с различными видами нарушения (аномалий) прорезывания зубов, (ретенция, полуретенция, дистония зубов), другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анализ заболевания), осмотр (визуальный, органов полости рта).

При этом оцениваются знания как студента «больного» - правильно строить жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента - «врача» - насколько корректно, логично, целенаправленно со знанием темы проводит обследование больного. При обследовании больных необходимо научить студента проводить оценку расположения зубов в зубном ряду и при патологии.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия II уровня сложности.

В конце занятия проводятся обсуждение полноты теоретических знаний студентов, правильности проведения этапов обследования

больных, интерпретации ситуационных задач, запущенных при этом ошибок каждым из студентов.

VI Преподавательские заметки

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам, содержащим контрольные вопросы (приложение № 1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками.

2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту, или ситуационной задаче.

Дается 5-7 минут для обдумывания и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия .

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

Опрос и осмотр больных проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля уровня усвоения данной темы (приложение 4)

4. В конце занятия подводится итог проделанной работы. Преподаватель - объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выявляет рейтинговый балл, объявляет его. Преподаватель задает домашнее задание:

- а) контрольные вопросы следующей
- темы в) темы самостоятельных работ
- студента с) перечень дополнительной литературы. VII Раздаточный материал.

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4). Ситуационные задачи (приложения 2) Тесты I уровня сложности (приложения 3) Тесты II уровня сложности (приложения 4)

Оснащение практического занятия:

Таблица. Учебные слайды, рентгеновские снимки. Стоматологические инструменты для осмотра полости рта (стоматологическое зеркало, пинцет, зонд).

IX. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течение недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

X. Самостоятельная работа студентов.

Показание к удалению ретенированных зубов.

X1. Контрольные вопросы.

1. Анатомические особенности строения верхней нижней челюсти.
2. Иннервация и васкуляризация нижней челюсти.
3. Методы обезболивание на верхней и нижней челюсти.
4. Дистопия и ретенция зубов причины.
5. Полуретенция зубов, причины.
6. Клинические проявления аномалии прорезывания зубов.
7. Роль рентгенологического исследования при нарушении прорезывания зубов.
8. Показание к хирургическому лечению.
9. Особенности удаления аномалийно расположенных зубов, инструменты.
10. Возможные осложнения

XII. Литература.

1. Учебник «Хирургическая стоматология» под редакцией Т.Г. Робустовой. М., 2001 г.
2. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи» под редакцией А.Г. Шаргородского, М., 1985 г.

Тесты 1 –го уровня

1. Ретенция зубов чаще бывают

- а) верхние клыки
- б) вторые малые нижние коренные зубы
- в) нижние зубы мудрости
- г) первые резцы
- д) первые малые нижние коренные зубы

1)АБВ 2)ГД 3)ВГ 4)БВД 5)АГ

2) Полуретенция зубов чаще бывают

ижний зуб мудрости

г) верхний зуб мудрости

д) все верно

1) ав, 2) гд 3) д, 4) в

2) 3) Какими нарушениям могут проявляться ретенированные зубы:

а) смещение соседних зубов

б) может являться источником воспалительных явлений

в) появление неврологических болей

г) мешать прорезыванию других зубов

д) все верно

Ответ : д.

4) Когда ретенированный зуб удаляют внеротовым способом

а) зуб расположен в ветви нижней челюсти

б) зуб расположен ближе к нижнему краю основания нижней челюсти.

в) зуб расположен ближе к альвеолярной части тела нижней челюсти.

г) зуб находится в основании тела н/ч

Тесты 2 Тесты 2 уровня:

5) Внутриротовым способом удаляют ретенированные зубы, расположенные в:

а) зуб расположен в область альвеолярного отростка

б) в области основания тел н/ч

в) зуб расположен в ветви н/ч

г) зуб расположен ближе к нижнему краю основания нижние челюсти

д) зуб расположен ближе к альвеолярной части тела нижней челюсти

отростке.

- а) видна дистальная часть коронок
- б) медиальная часть обращена вниз и прилегает ко второму малюру
- в) смещение зуба в щечное положение
- г) смещение зуба в сторону преддверия рта
- д) смещение в язычном направлении

1) А,Б

2) А,Г

3)Б,В

4)Б, Г

5)А,Д

7) Удаление третьего нижнего моляра зависит от:

- а) выраженности воспалительных явлений
- б) общей и местной картины заболевания и положения режущегося зуба
- в) от степени воспаленности «капюшона»
- г) от размеров «капюшона»
- д) от степени дистопии зуба

1) А, Б

2) Б, В

3) Б, Г

4) Б, Д

5) А, В 8. При неправильном положении третьего моляра

перикоронарите производится:

1. удаление зуба
2. секвестр эктопия
3. иссечение капюшона
4. аппликации лидокаина
5. разрез по переходной складке

А) 1,3 Б) 4,5 В) 5 Г) 2 Д) 1

9. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является:

- 1) тризм 2) диплопия 3) парез лицевого нерва
- 4) перелом нижней челюсти

Ответ: тризм

10. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является:

- 1) диплопия 2) альвеолоневрит 3) парез лицевого нерва
- 4) перелом н/челюсти

Ситуационные задачи

1. Больной 54 лет, обратился с жалобами на невозможность изготовления костовидного протеза из-за неправильно расположенного 3. Местно: слизистая оболочка в области 421 без особенностей, выбухает, пальпация безболезненна. При рентгенологическом исследовании определяется горизонтальное расположение 3, который упирается режущим краем в верхушку корня 2.

- 1. Поставьте диагноз
- 2. Какие подготовительные мероприятия необходимо провести для операции удаления 3
- 3. Техника оперативного вмешательства

2. больная, 30 лет, обратилась с жалобами на боли в Г7, ранее 7 не лечен. Местно: рот открывается свободно, Г7 интактный, Г8 упирается в Г7 дистальными буграми. 1. Поставьте диагноз

2. Проведите дополнительные методы обследования

3. Техника удаления Г8

3. Больная, 45 лет, обратилась с жалобами на резкие боли в горле, усиливающиеся при глотании, резкое ограничение и болезненность при открывании рта, появившуюся незначительную, но резко болезненную припухлость в области угла нижней челюсти справа. Рот открывается на 2 пальца. Имеются увеличения подчелюстных лимфоузлов.

1. Поставьте диагноз

2. проведите дополнительные методы исследования.

3. Опишите Вашу лечебную тактику.

4. Пациентка 20 лет. Обратилась с жалобами на косметический дефект: высокое расположение 3/3 (дистопия)

1. Поставьте диагноз

2. Какие рекомендации необходимо дать.

Тема № 5 Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи. Причины, клиника, диагностика и тактика врача, лечение.

I. Перфоративный гайморит, причины, диагностика тактики при перфорации дно пазухи.

II. Цель занятия: - Ознакомить студентов с особенностями и взаимоотношениями дна пазухи и корня зубов в /челюсти,

- научить диагностике перфорации дна верхнечелюстной пазухи.
- научить студентов оказанию помощи больным с перфорации дна пазухи в условиях поликлиники.

III. Задачи

1. укрепить знания студентов полученные о гайморитах на предыдущих занятиях.
2. рассмотреть причины перфорации гайморовой пазухи.
3. рассмотреть тактику врача при перфорации гайморовой пазухи.
4. рассмотреть способы закрытия перфорации гайморовой пазухи.

IV. Ожидаемые результаты

- студент должен знать анатомическое строение верхнечелюстной пазухи.
- студент должен знать причину возникновения гайморита
- студент должен знать причину возникновения перфорации дна гайморовой пазухи.
- студент должен знать клинические признаки перфорации гайморовой пазухи.
- студент должен знать, как правильно читать рентгеновые снимки.

- студент должен знать принципы перфорации дна гайморовой пазухи.
- студент должен знать хирургическую тактику при перфорации верхнечелюстной пазухи.

V. Содержание практического занятия.

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность, темы занятия, акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах объясняет необходимость, изучения диагностики и лечения, больных с гайморитами.

В теоретической части, прежде чем рассматривать вопросы изучаемой темы преподаватель активизирует получение прежде знания об особенностях строения гайморовой пазухи и функции, топография.

1. Прободение (перфорация) дна верхнечелюстной пазухи может произойти во время удаления верхних больших, реже малых коренных зубов. Этому способствует анатомические особенности взаимоотношения между корнями этих зубов и дном верхнечелюстной пазухи. При пневматическом типе строения пазухи верхушки корней больших и малых коренных зубов отделены от ее дна тонкой костной перемычкой. В области первого и второго больших коренных зубов толщина её бывает 0,2-1 мм. Иногда верхушки корней этих зубов вдаются в пазухи и выступают над её дном.

В результате хронического периодонтита кость, отделяющая корни зубов от верхнечелюстной пазухи, рассасывается, ткань патологического очага спаивается с её слизистой оболочкой. При удалении такого зуба слизистая оболочка пазухи разрывается, образуется сообщение её с полостью рта через лунку удаленного зуба.

Перфорация дна верхнечелюстной пазухи может произойти и по вине врача. Это бывает при травматичном удалении зуба щипцами или элеватором разъединения корней в области бифуркации долотом, а также во время обследования лунки хирургической ложкой, когда её грубо продвигают вверх, пытаясь с усилием удалить грануляционную ткань со дна лунки.

В случае прободения верхнечелюстной пазухи из лунки удаленного зуба выделяется кровь с пузырьками воздуха. Во время выдоха через нос, закрытие пальцами, воздух со свистом выходит из лунки.

Хирургическая ложка беспрепятственно погружается на большую глубину. В отдельных случаях появляется кровотечение из соответствующей половины носа. При наличии гнойного процесса в пазухе из лунки зуба выделяется гной.

При вскрытии верхнечелюстной пазухи и отсутствии в ней воспалительного процесса следует добиться образования в лунке кровяного сгустка. Для предохранения его от механического повреждения и инфицирования ' её можно изготовить из быстротвердеющей пластмассы или наложить лигатурную в виде восьмерки повязку на два соседних зуба. Используют также съемный протез больного.

Тампонада всей лунки при прободении дна верхнечелюстной пазухи является грубой ошибкой, так как тампон препятствует образованию кровяного сгустка и поэтому способствует формированию постоянного хода в пазуху и развитию гайморита. При значительном дефекте дна верхнечелюстной пазухи добиться образования сгустка в ране не удастся. В этом случае стенки лунки частично скусывается или спиливают, сглаживая острые выступы кости, края десны над лункой, сближают и ушивают наглухо, без натяжения шелковыми или

капроновыми швами. Если таким путем ушить лунку не удастся, производят пластическое закрытие дефекта местными тканями. С наружной стороны альвеолярного отростка выкраивают и отделяют от кости слизисто-надкостичный лоскут трапециевидной формы. Проталкивание корня зуба в верхнечелюстную пазуху происходит при неправильном продвижении щипцов или прямого элеватора, когда корень удаляемого зуба отделен от дна пазухи тонкой костной пластинкой или она в результате патологического процесса полностью рассосалась. Надавливая на корень зуба щечкой инструмента (вместо введения щечки между корнем и стенкой лунки), его смещают (большой) в верхнечелюстную пазуху. Иногда при этом отламывается небольшой участок кости, и он тоже попадает в пазуху. В ряде случаев во время сведения ручек щипцов при недостаточно глубоком наложении щечек корень выскальзывает из охватывающих его щечек и попадает в пазуху.

Когда при удалении корня вскрывается верхнечелюстная пазуха и корень не обнаруживается, делают рентгенограммы придаточных полостей носа и внутри ротовые рентгенограммы в разных проекциях. Рентгенологическое исследование позволяет определить наличие корня в верхнечелюстной пазухе и уточнить его локализацию. В последнее время для этой цели используют волоконную оптику. Ринафибраскоп вводят в дефект дна верхнечелюстной пазухи через лунку удаленного зуба и осматривают её. Так как проталкивание корня в верхнечелюстную пазуху сопровождается перфорацией её дна, то появляются симптомы, характерные для этого осложнения. Иногда корень зуба оказывается смещенным под слизистую оболочку пазухи без нарушения её целости. Если корень попадает в полость кисты верхней челюсти, то клинические признаки прободения дна пазухи

отсутствуют. Корень, попавший в верхнечелюстную пазуху, необходимо удалить в ближайший срок, так как он инфицирует слизистую оболочку пазухи, в результате чего развивается синусит. Нельзя удалять корень зуба из верхнечелюстной пазухи через лунку. Костный дефект дна пазухи при этом вмешательстве увеличивается, условия закрытия его ухудшаются. Поэтому следует одним из описанных выше способов добиваться устранения перфорации дна пазухи. Затем больного направляют в стационар. Корень извлекают через трепанационное отверстие в передненаружной стенке верхнечелюстной пазухи. При развившемся гайморите выполняют все этапы радикальной операции верхнечелюстной пазухи. При необходимости одновременно производят пластическое закрытие дефекта дна пазухи.

В практической части занятия проводится осмотр больных по теме, если тематических больных нет студенты, создав группы по 3 человек, одни из которых имитирует больного с одонтогенным гайморитом и перфорации дна гайморовой пазухи, другой обследующего врага, учатся проводить опрос больного, осмотр. При этом оцениваются знания как студента «больного» - правильно ли строить жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента - «врача» - корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводит обследование больного.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия.

VI. Преподавательские заметки:

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам, содержащим контрольные вопросы (приложение 1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме,

кратко, четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками.

2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач.

Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-7 мин для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия (Приложение 2). Через 5-7 минут обдумывания, и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия (45 минут).

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля уровня усвоения данной темы (Приложение 4)

4. В конце занятия подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет

рейтинговый балл, объявляет его. Преподаватель задает домашнее задание:

- а. контрольные вопросы следующей темы
- б. темы самостоятельных работ студента
- с. перечень дополнительной литературы

VII. РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ

1. контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4)

- 2. ситуационные задачи (приложение 3)
- 3. тесты I уровня сложности (приложения 3)
- 4. тесты II уровня сложности (приложения 4)

VIII. ОСНАЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

- Учебные слайды, рентгеновские снимки, муляжи.

IX. ВИДЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах.

Учитывается практическая работа студента. (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляет и восстанавливается в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течение недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

X. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

Анатомия гайморовой пазухи

XI. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ.

- 1. Топография и виды верхнечелюстной пазухи

2. Анатомические особенности взаимоотношения корней зубов и дна верхнечелюстной пазухи.
3. Факторы, способствующие перфорации.
4. Диагностические критерии перфорации
5. Хирургическая тактика при обнаружении перфорации
6. Лечение перфорации
7. Профилактика перфорации

ХII. Литература

Т.Г.Робустова “Хирургическая стоматология”, 1990

А.Г.Шаргородский. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области М. 1985 г.

М.И.Азимов. Роль очаговой инфекции в патогенезе гайморита.

Ф.Б. Ермаков - Стоматология 1978. стр. 11-14

Ситуационные задачи

1. При удалении по поводу хронического гранулирующего периодонтита возникла перфорация дна гайморовой пазухи. Виновен ли врач. Дальнейшая тактика.
2. Через 2 дня после удаления 6 зуба в/ челюсти больной пришел с жалобами на попадание вод в нос во время еды. Виновен ли врач удаливший. Дальнейшая тактика врача.
3. Во время удаления 7. возникла перфорация дна гайморовой пазухи. Кровяной сгусток не образуется из-за обширности дефекта. Ваша тактика.
4. При удалении сломалась коронка зуба элеватором извлечена 2 корня. Больше в лунке ничего нет. Ваша тактика и прогноз.

ТЕСТЫ 1 УРОВНЯ:

1. Возможность перфорации гайморовых пазух связаны:

1. анатомическое строение гайморовых пазух; 2. образование кисты верхней челюсти; 3. при хронических периодонтитах верхних зубов; 4. при толстой стенке слизистой гайморовой пазухи; 5. искривление перегородки гайморовой пазухи.

А) 1,2

Б) 2,3

В) 3,4, 5

Г) 4, 5

Л) 2,3

2. Укажите симптомы перфорации гайморовой пазухи при удалении зубов в/ч

1. кровотечение из носа; 2. при надувании щеки появление воздуха на носу; 3. сильные боли в/ч; 4. нехватка воздуха; 5. приступообразные боли на лице

А) 1,2

Б) 2,3

В) 4, 5

Г) 3, 4, 5

Д) 3, 4

II уровень

3. Способы закрытия перфорационного отверстия дна гайморовой пазухи

А) со стороны неба

Б) преддверие полости рта

В) по методики Буриханова свободной пластики

Г) со стороны языка

Д) со стороны верхней губы

4. При какой методике закрытия перфорации гайморовой пазухе рекомендуется защитная пластика

- А) со стороны неба
- Б) со стороны языка
- В) со стороны щеки
- Г) свободная пластика
- Д) закрытие филатовским стеблем

5. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и отсутствия в ней воспалительных явлений необходимо:

- А) провести гайморотомию
- Б) динамическое наблюдение
- В) промыть пазуху антисептиком
- Г) укрыть лунку тампоном
- Д) закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

6. При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи рекомендовано лечение.

- А) физиотерапия
- Б) гайморотомия
- В) лечение свища
- Г) промывание пазухи антисептиком
- Д) гайморотомия с одномоментной пластикой свища

7. При пластике свищевого хода верхнечелюстной пазухи на альвеолярном отростке закрывает

- А) obturator
- Б) защитной пластинкой
- В) йодофорным тампоном
- Г) мостовидным протезом

Д) йодоформным ионом и защитной пластинкой

ТЕСТЫ 2 УРОВНЯ

8. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо:

- А) провести гайморотомию.
- Б) динамическое наблюдение
- В) промыть пазуху антибиотиками
- Г) укрыть лунку йодоформным тампоном
- Д) закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки.

9. Для ускорения эпителизации раны после пластики верхнечелюстной пазухи назначают:

- А) массаж
- Б) лазеротерапия
- В) иглорефлексотерапия
- Г) Электро нейростимуляцию
- Д) токи Бернара

10. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит при:

- А) его низком состоянии
- Б) удалении 21/12
- В) удалении 32 1/1 23
- Г) удалении 87654/45678 Д)
удалении 876/678

11. Диагноз перфорации дна верхнечелюстной пазухи ставят на основании

- А) жалоб больного

- Б) клинических данных
 - В) рентгенологической картины
 - Г) клинико-рентгенологической картины Д)
- анализа больного

12. Для устранения сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта используются ткани:

- А) филатовского стебля
- Б) слизистой оболочки щеки
- В) слизистой оболочки верхней губы
- Г) слизистой вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и щеки.
- Д) слизистой вестибулярной поверхности альвеолярного отростка

**I. ТЕМА 4. МЕТОДИКА КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО
ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ
ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА.**

II. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Ознакомить студентов методами консервативного и оперативного метода лечения одонтогенных гайморитов.

III. ЗАДАЧА:

- укрепить знание студентов полученных ранее о строении гайморовой пазухи.

- рассмотреть методы консервативного лечение одонтоген -

ных гайморитов

- рассмотреть показание к хирургическому лечению одонто

генных гайморитов

- рассмотреть - методы хирургического лечения одонтоген

ных гайморитов.

IV. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

- студент должен освоить этиологические и патогенетические аспекты одонтогенного гайморита.

- понимать роль гайморовой пазухи.

- студент должен знать клинику одонтогенного гайморита

- Студента должны знать показания и противопоказания консервативного лекарственного лечения одонтогенного гайморита.

- студент должен, знать показания и противопоказаний оперативного лечения одонтогенного гайморита.

- Студент должен знать возможные осложнение хирургического метода лечение гайморитов.

V. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ.

Вначале занятия преподаватель обосновывает актуальность теми занятия, акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах, объяснет необходимость изучения строения гайморовой пазухи воспаление гайморовой пазухи, отличительные признаки от риногенного гайморита.

В теоретической части,прежде чем рассматривать вопросы изучаемой темы преподаватель активизирует получение прежде знания об особенностях строения гайморовой пазухи, функции, а также объясняет клинические признаки характерные одонтогенно-го гайморита.А также объясняет методы лечения одонтогенного гайморита.

Лечение одонтогенных гайморитов всех видов должно начинаться с ликвидации первичного инфекционного очага-удаления"причинного" зуба.

Острый одонтогенный гайморит чаще излечивается консервативно. Из средств этиотропного действия: тетрациклин, морфо-циклин, метациклин, рифампицин, ристмицин, клиномицин, метронида-зол и др. Более слабая анаэробная активность у кефзола, цефаме-зина, клафорана, поэтому их сочетают с гентамицином. Хороший эффект дает применение широкого спектра антибиотика клиндамицин фосфата, обладающего сильным бактерицидным действием на основные виды неклостридиальных бактерий.

Антибиотики вводят пер ор или инъекционно. Местно их вводят в пазуху после предварительного промывания её стерильным физ. раствором. Лечение длится 10-12 дней с 3-5 лечебными пункциями. Одновременно назначаются противовоспалительные, десенсибилизирующие и сосудостроительные препараты. На 7 дней назначают сосудосуживающие капли в нос (адреналин, нафтизин).

После восстановления функции соустья, уменьшения количества гноя при пункции и нормализации температуры назначают физиопроцедуры на область клыковой ямки - УВЧ, СВЧ, магнитотерапия, вибротерапия, парафин, озокерит, ультразвук. В большинстве случаев острый одонтогенный гайморит купируется в течение 7 дней, излечивается к 10 - 12 дню.

Хроническое воспаление верхнечелюстной пазухи чаще требует радикальной операции - по Калдуэллу - Люку.

При этой операции удаляют патологические ткани из верхнечелюстной пазухи и делают соустье с нижним носовым ходом. Эту операцию проводят под проводниковым (туберальная или эндотрохеальным наркозом).

Производят разрез по верхнему своду преддверия рта от бокового резца. Отслаивают слизисто-надкостный лоскут верхней челюсти. При помощи бор-машин, трепанов, костных кусачек формируют костное окно в пазуху и удаляют из нее патологические ткани: утолщенную и измененную слизистую оболочку, полипы, грануляции, инородные тела. В носовой стенке верхнечелюстной пазухи в области нижнего хода делают отверстие размером 1,5х1,5 см формируя широкое соустье с полостью носа. Верхнечелюстную пазуху заполняют тампоном, смоченным йодоформной жидкостью, конец которого через соустье выводят в полость носа. Рану в полости носа зашивают наглухо кетгутовыми швами, в случае прободения дна верхнечелюстной пазухи и при наличии перфорационного отверстия разрез делают через слизистую оболочку наружной стенки зубной стенки зубной альвеолы. Иссекают эпителиальную выстилку зубной альвеолы, удаляют грануляции до входа в

пазуху и особенно тщательно патологические ткани у перфорационного отверстия со дна верхнечелюстной пазухи.

При ушивании раны в полости рта производят пластическое закрытие перфорационного отверстия. При этом следует учитывать ширину альвеолярного отростка на месте перфорации, протяженность её (в области одного - двух зубов), наличие рубцовых изменений слизистой оболочки. Пластическое закрытие трапециевидного лоскута со стороны преддверия рта. Укладывая лоскут на место дефекта, обращают внимание на возможность его натяжения. В таких случаях производят удлинение его путем горизонтального рассечения надкостницы у основания лоскута. При перфорационном отверстии на участке альвеолярного отростка, не имеющего ряда зубов, следует широко выкраивать и отсе-паровывать слизисто-надкостничный лоскут со стороны преддверия рта и мостовидный лоскут в области твердого неба.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создают по 3 человека, один из которых имитирует больного с заболеванием одонтогенного гайморита, другой, обследующего врача, проводят опрос больного, осмотр органов полости рта.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия II уровня сложности (приложение 4)

В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов, правильности проведения этапов обследования больных, интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

VI .ПРЕПОДАВАТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕТКИ

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам, содержащим контрольные вопросы (приложение 1) . Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко, четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами.

2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-7 мин для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знания.

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата).

Опрос и осмотр больного проводится в стом. кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции.

Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля уровня усвоения данной темы (Приложение 4).

4.В конце занятия подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

Преподаватель задает домашнее задание: а) контрольные вопросы
следующей темы б) темы самостоятельных работ студента
в) перечень дополнительной литературы

VII РАЗДАТОЧНИЙ МАТЕРИАЛ

1 Контрольные вопросы для контроля уровня знания студентов (приложение 1)

- 2 Ситуационный задачи, (приложение 2)
- 3 Тесты I уровня сложности (приложения 3)
- 4 Тесты II уровня сложности (приложения 4)

VIII. ОСНАЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

- Учебная таблица со схемой строения гайморовой пазухи
- Тематические учебные слайды
- Рентгеновские снимки

IX. ВИДЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течение недели после дополни-

• - . -
; ?

тельной подготовки в неурочное время.

X. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ И УИРС:

- консервативные методы лечения XI. КОНТРОЛЬНЫЕ

ВОПРОСЫ:

1. Анатомо-физиологическая значимость гайморовой пазухи
2. Строение гайморовой пазухи
3. Клиника острого одонтогенного гайморита
4. Клиника хронического одонтогенного гайморита
5. Лечение острого одонтогенного гайморита
6. Лечение хронического одонтогенного гайморита
7. Показания к хирургическому лечению (этапы операции по Колдуэлу-Люку)
8. Возможные осложнения после операции.

Литература:

- 1.Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология/М.:Медицина 1990
- 2.Шаргородский А.Г. «Воспалительные процессы челюстно-лицевой области и шеи» М.,Медицина 1985 г.

II.Ситуационные задачи:

Ситуационная задача 1.

Больному 17 лет, обратился с жалобами на боли 5 зуба, чувство тяжести в области в/ч, головные боли. Во время удаления 5 зуба произошла перфорация в/ч пазухи. Из лунки отмечалось выделение гноя. Поставьте диагноз, составьте план лечения.

Ситуационная задача 2.

Больному 30 лет, 4 года тому назад был удален 7 зуб, после чего стал беспокоить прохождение жидкости, воздуха изо рта в нос. Периодически стали беспокоить гнойные выделения из левой ноздри. При осмотре больного обнаружен свищ в области лунки 7 зуба размером 0.5х0.5 Составьте план обследования и лечения.

Ситуационная задача 3.

Больному при проведении операции цистоэтомии по поводу радикулярной кисти 23 непреднамеренно вскрыта верхнечелюстной пазухи. Тактика врача при данной ситуации.

Ситуационная задача 4

У больной при осмотре из лунки удаленного ранее зуба выделяется гной. Зонд свободно проходит а гайморовую пазуху. Можно ли больного в таком состоянии бартъ на операцию. Если нет то почему?

Методика консервативного и операционного лечения одонтогенного гайморита

Контрольные тесты:

I уровень:

1. Радикальный метод при одонтогенном гайморите

А) Колдуэлл-Люка

Б) Ковтунович

В) Васильев

Г) Крайлл

Д) Лимберга

2. Консервативная терапия при одонтогенном гайморите включает в себя:

а) промывание пазухи растворами антисептиков

б) десенсибилизирующая терапия

в) антибиотикотерапия

г) общеукрепляющая терапия

д) все верно

3. Какие физиотерапевтические процедуры можно назначить при гайморите

а) УВЧ

б) диатермия

в) флюктуоризация

г) излучение гелий-неонового лазера д) все верно

4. Какой разрез производит при операции по Колдуэллу-Люку: а) по верхнему своду преддверия рта от 2 го резца до 2 го моляра

б) по переходной спладке от 1 го резца до 5 го зуба

в) по слизистой 1 щеки на границе смыкания

г) по десне в области премоляров и моляров

д) через альвеолу удаленного зуба

5. К ранним местным осложнениям после радикальной гайморотомии относится

а) тризм

б) носовое кровотечение

в) деформация скуловой области

г) парез п. Гаспаля

д) невралгия

ТЕСТЫ 2 УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

6. Чем заполняют верхнечелюстную пазуху при радикальной гайморотомии

а) линкомицином

б) йодоформным тампоном

в) аутокостью

г) трансплантатом

д) ни чем не заполняют

7. Что может наблюдаться у больных в послеоперационном периоде после радикальной гайморотомии

а) ринит

б) парестезия ветвей п. infraorbitalis в) ларингоспазм г) флебит

д) все верно

8 В чем заключается операция по Колдуэллу-Люку.

- а) удаляют патологические ткани из пазухи и делают соустье с нижним носовым ходом
- б) прижигают патологические ткани из пазухи
- в) тампонируют пазухи
- г) очищают пазухи, делают соустье средним носовым ходом
- д) очищают и тампонируют пазуху

9 При хроническом гайморите небольшой давности и ограниченном воспалении лечение состоит из:

- а) удаление зуба-источника инфекции
- б) промывание пазухи раст.антибиотиков
- в) антибиотикотерапия
- г) десенсибилизирующая терапия
- д) все верно

10.Какого размера должно быть соустье при операции радикальной гайморотомии.

- а) 1.5х1.5 см
- б) 25х1.5 см
- в) 2.0 х3.0 см
- г) 13х1.5 см
- д) 20х1.5 см

11. Что следует закапывать в нос при лечении одонтогенного гайморита.

- а) сосудосуживающие препараты
- б) растворы антибиотиков
- в) ферменты
- г) антисептики
- д) все верно

12. Какие виды проводниковой анестезии используют при радиальной операции

- а) туберальная
- б) резцовая
- в) небная
- г) инфраорбитальная
- д) все верно

2. ТЕМА. ЗАТРУДНЕННОЕ ПРОРЕЗЫВАНИЕ НИЖНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЗАТРУДНЕННОМ ПРОРЕЗЫВАНИИ ЗУБА МУДРОСТИ, ЛЕЧЕНИЕ. ПЕРЕКРОНИТ. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:

II

1. Обменит студентом этиопатогенетические факторы затрудненного прорезывания нижнего третьего моляра.

Обучить клиника диагностика и соглашению плана лечения.

III

Задачи практического задания.

Повторить анатомические строения старания нижнего челюсти.

Повторить сроки прорезывания поев-х зубов.

Обсудить клинические проявления перекоронарита.

Рассмотреть методы дополнительного обследования больных перикоронаритом орлокомития с консервативными и хирургическими методами лечения перикоронорита и осложнениями.

IV

Ожидание результатов.

1. студент должен знать онологичения старыми к/или.
2. Студент должен знать сроки прорезывания зубов.
3. Студент должен знать обетования больных.
4. Студент должен знать реолное лечения зубов в зубном профессии.
5. Умет правильно и читать ретирование снимки.
6. Знать клиника перикоронорита.
7. Студент должен знать ползания по хирургическому лечение перикоронита.
8. Должен знать обсус и кринунки лечения.
9. Студент должен представит себе возможности осложнения перикоронита.
10. Студент должен знать методы профилактики перикорнорита.

Показание и противопоказания к применению хирургических методов лечение перекорноритов.

Г) Дистопия

Д) Поло ретенция

Нарушения прорезывания зубов включают ряд заболеваний

1. Воспаление, связанное с прорезываниям зуба
2. Не правильное положение зуба
3. Не полное прорезывания зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку.
4. Задержка прорезывания полностью сформированного зуба через компактную пластинку челюсти.

Чаще болезни прорезывания зубов развиваются в области нижнего зуба мудрости. Перекорни воспаление мягких тканей, окружающих коронку зуба при его неполном или затрудненном прорезывании.

Этиологи и патогенез этиологическим фактором острого или хронического перекорнорита является обычная микрофлора полости рта. Благоприятные условия для её развития имеются в зубодесневом кармане, под капюшоном слизистой оболочки у нижнего зуба мудрости. Скопление пищевых остатков, куски слущивающегося эпителия свисающей являющейся средой где размножаются и активируются стрептококки стафилококки палочковидные формы анаэробные бактерии и др.

Перикоронит забеливание, развивающееся в маргинальном отделе периодонта. Воспалительные заболевания при затруднительном прорезывании зуба чаще возникает у нижнего зуба мудрости. Патогенез перекорнорита достаточно сложен. Существует несколько предположений о причине заболевания. Одна из них связана с травмой слизистой капюшона в процессе прорезывания нижнего зуба мудрости и развитии эрозий и язв на слизистой оболочке.

Не редко может прорезываться медиальный бугор и за счет разрывающихся хронических воспалительных явлений происходит рубцевание края слизистой капюшона. Это ещё больше задерживает отток из под него и затрудняет прорезывание зуба. Другая точка зрения на патогенез перекорнорита основано на анатомических топографических особенностях нижней челюсти. В процессе филогенеза дна уменьшается и нижнему зубу мудрости не хватает места в челюсти. По этому при прорезывании он может освободиться от покрывающей слизистой оболочки капюшона, а в отдельных случаях и от костной ткани. Скопление детрита и язвление оболочки следствии травм при жевании определяют развития воспалительных явлений. Клиническая картина затруднённого прорезывания нижнего зуба мудрости может иметь острое хроническое течение. Больные острым перекоронитом жалуются в области нижнего третьего большого коренного затруднённое жевание иногда боль при глотании. Общее состояние, как правило удовлетворительное температура тела повышается. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации. Открывание рта в

начале свободное и мало болезненное далее она становится ограниченным и болезненным воспалительные явления могут прогрессировать а ограниченное рта нарастает усиливается болезненность при глотании. Слизистая оболочка у нижнего зуба мудрости гиперимированна отечна как в области инфильтрированного кверху капюшона так и в области крыловидно-нижнечелюстной складки и нижнего свода преддверия рта на уровне нижних малых. В отдельных случаях воспалительные явления распространяются на слизистую оболочку нёбно-язычную дуга щеки. Зуб мудрости может быть весь покрыт капюшоном слизистой оболочки и только приподняв его можно увидеть его коронку. В других случаях видны медиальный бугор или оба бугра нижнего зуба мудрости и только дистальная часть перекрыта капюшоном при надавливании на капюшон из под него видна серозно-гнойное отделяемое. Воспалительные явления развивающиеся в тканях, окружающих зуб, протекает различно в зависимости от возможностей оттока экссудата из под капюшона. Не редка отток из под капюшона затруднен за счет за счет рубцовых изменений его края. На течение заболевания влияет расположения зуба мудрости в альвеолярном отростке. В одних случаях наблюдается смещение коронки в щечную сторону реже – язычную. Часто нижний зуб мудрости наклонен вперед, и при осмотре видна дистальная часть коронки, а медиальная часть обращена вниз и прилагается ко второму нижнему большому коренному зубу. Осложнением острого перикоронита является позадиомлярный периостит. Он развивается в следствии распространения гнойной инфекции из маргинального ретромаллярного пространства где формируется поднадкостичный абсцесс. Заболевание характеризуется клиническими симптомами острого перикоронита но более выраженных сильнее и интенсивнее, особенно при глотании. Воспалительные явления распространяются из позади млярного пространства на слизистую оболочку крыловидно-нижнечелюстной складки и нижний свод преддверия рта мягкая нёба щеку. Более выраженная воспалительная контрактура жевательных мышц. Появляется отек тканей поднижнечелюстного треугольника.

Диагноз. Перикоронит диагностируется на основании характерной клинической картины и рентгенологических данных. На рентгенограмме видно положение третьего нижнего малых, состояние его периодонта отношение к каналу нижний

челюсти. Характерная резорбция кости чаще от шейки зуба по ходу зуба не редка в виде получения.

Лечение. Острый перекоронит лечат преимущественно в условиях поликлиники. Терапия перекоронита зависит от выраженности воспалительных явлений общей и местной картины заболевания а также от рентгенологических данных.

Прежде сего необходима ликвидировать острые воспалительные явления. В начальной стадии процесса может оказаться эффективным промывание промежутка между навесающей слизистой оболочкой или коронкой нижнего зуба мудрости антисептическими растворами и введения между ними тонкой полоски йодоформной марли. Наиболее эффективна перекороматомия рассечение капюшона прикрывающего коронку зуба или его дистальную часть а также тканей ретро альвеолярной области и дренирование раны.

Хороший лечебный эффект дает одно двукратное лидокаиновое или триамкаинового блокада по анестезии (целесообразно инфильтрация тканей окружающих третьей челюстью с добавлением антибиотика, фурацилина, протеолитических ферментов).

Показан приём внутрь анальгина, амидопирина, димедрола, супрастина. Назначают тепловые процедуры в виде ванночек для рта, полосканий, ингаляций; физические методы лечения УВЧ, микроволновую терапию по 5-7 процедур, излучений гелий – неоновом лазере. При воспалительном припухлости околочелюстных мягких тканей, лимфадените показано наружные мажущие повязки, светолечение лампой соллюкс.

VI. Раздаточный материал.

1. Контрольный вариант для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Студентом задачи
3. Тип I уровня сложные (прил. – 3)
4. Тип II уровня сложные (прил. – 4)

Хороший лечебный эффект дает одно двукратное лидокаиновое или триамкаинового блокада по анестезии целесообразно инфильтрация тканей окружающих третьей челюстью с добавлением антибиотика, фурацилина. типу проводниковой и инфильтрационной

VII Оснащение практического занятия. Таблица: схема распространения гноя при перикоронарит. Учебные слайды, рентгеновских снимки 1990.

VIII оценка теоритических зланный проводится в соответствии с ответами контрольные варианты и рещением ситуационных занимающейся медицинской и отображается в деления по практическом работе.

IX Самостоятельная работа студентов.

Хирургическая тактика по оатнощению Копюшона.

X. контрол писменные вапросы.

1. Анотомические аособенности строения верхней челюсти.
2. Анатомические особенности строение нижней челюсти .
3. Иннервация и васкулеризация верхней и нижней челюсти.
4. методы обезболивания на верхней и нижней челюсти.
5. Методы обезболивания зубов.
6. Затрудненное прорезывание.
7. Клиническое проявление болезней прорезывания зубов.
8. Показания хирургическому лечению.
9. Осложнения.

XII. Литература.

1. Учебник Хирургическая стоматология под раз. Робустовый Т.Г. М.2000г.
2. Воспалительные заболевание челюстно лицевой облости и шеи под редакцией Шаргородского А.Г. М. 1985г.

I. задачи для контроля результатов усвоения.

II. Перекоронит – это:

1. Перикоронарито – это:

А) восполения связанное с прорезываниям зубов.

Б) заболевания развиваюшейсяв маргинальном отдели периодонте нижнего третьего моляра.

В) неправильное положение нижнего третьего моляра.

Г) не полное прорезывание нижнего третьего моляра.

Д) задержка прорезывание нижнего третьего моляра.

1) А,Б

2) А,Д

3) В,Г

4) Б,В

5) Б,Д

2. Важную роль в патогенезе перикоронарита играют:

А) Травма слизистой в процессе прорезывания

Б) Развитие эрозия и изъязвления слизистой оболочки

В) Наличие кариеса на нижнем третьем моляре

Г) Наличие периодонта на нижнем втором моляре

Д) Наличие капюшона закрывающего дистальный бугор третьего моляра.

1) А,Б

2) А,Д

3) Б,В

4) А,Г

5) Б,В

2) К осложнениям перикоронарита относят распространение инфекции.

А) В поднижнечелюстное пространство

Б) В крыловидно-нижнечелюстное пространство

В) Подбородочную область

Г) В крыло-нозевую ямку

Д) В подвисочную ямку

1) А,Б

2) А,Г

3) Б,В

- 4) В,Г
- 5) Д,А

3. Основные жалобы больного при перекоронарите.

- А) Сильные боли в области третьего нижнего моляра
- Б) Затрудненное открывание рта
- В) Отечность и воспаление рта
- Г) Кровоточивость дёсен на протяжении зубов
- Д) Изменение кожных покровов

- 2) А,Б
- 3) А,Г
- 4) А,Д
- 5) Б,В
- 6) Г,Д

4. Объективная картина перекоронарита.

- А) Слизистая оболочка в области третьего нижнего моляра гиперимирована и отечна.
- Б) Инфильтрированы и приподняты кверху капюшон
- В) Нижний третий моляр подвижен
- Г) Зглаженность переходной складки на протяжении ряда зубов.
- Д) Атрофия деснового сосочка у нижнего третьего моляра.

- 1) А,Б
- 2) А,В
- 3) А,Д
- 4) Б,В
- 5) Г,Д

Ситуационные задачи.

Больной 18 лет. Обратился в поликлинику хирургической стоматологии с болю в области зуба мудрости. При осмотрах дистальные бугры. Третьего нижнего моляра. Частично покрыты копушоном медиальный бугры частично видны рентгеновском снимке положение зуба правильное костных карманов не обнаружено.

Каковы ваша тактика лечения данного больного?

Больной 23 лет. Обратился с жалобами на сильные боли области третьего нижнего номера не возможность приёма пищи. Объективно. Слизистая во круг восьмого зуба с легка отечна гиперимирована медиальные бугры упираются в коронку соседнего зуба. На снимке отмечается наклонное положение восьмого зуба корни покрыты костным. Какова ваша тактика лечения данного больного.

Женщина 30 лет обращается в поликлинику по поводу боли в области нижнего третьего номера с лева. При осмотре обнаружен зуб имеет.

3 Бальная 22 лет обратилась с жалобами на неприятный запах изо рта периодически возникающие припухлость боль в области 8 зуба неприятный запах изо рта. Слизистая оболочка в области 8 незначительно гиперимирована отечна 8 прорезался дистальными буграми. При рентгенологическим исследованием определяется горизонтальная расположения 8 .

1 Поставьте диагноз

2 Определите показания к удалению 8 и составте план лечения

Бальная 30 лет обратилась с жалобами на затрудненное открывания рта боли в области 8. Отличает что такие обострения повторяются в течении года третий раз. Местно. Рот открывается на 2,5 см слизистая оболочка над 8 отечна.

Геперимирована 1/2 часть живательной поверхность зуба покрыта слизистой оболочкой. Зуб смещен в сторону предверия полости рта.

1. Поставьте диагноз

2. Определите показания и противпоказания к удалению 8 .

3 Техника удаления 8 .

1.Тема: 4 Острый гнойный периостит. Клиническая картина. Профилактика. Лечение. Хронические периоститы челюстей. Особенности. Диагностика и лечение. Дифференциальная диагностика периоститов.

Структура занятия.

2. Цель занятия:

Ознакомит студентов с этиопатогенезом периостита челюстей, обучить методом диагностика и лечения периостита челюстей.

3. Задачи практического занятия:

1. Повторит анатомические строения верхней и нижней челюсти.
2. Обсудить и повторить этиопатогенез одонтогенно воспалительных процесса.
3. Повторит пути распространения одонтогенных инфекции.
4. Повторит классификацию воспалительных заболеваний ЧЛО.
5. Обсудит этиопатогенез периостита челюстей.
6. Рассмотреть клинику диф. диагностики периостита челюстей.
7. Ознакомится методами лечения.
4. Ожидаемые результаты.

1. Студент должен знать анатомические строения нижней и верхней челюсти.
2. Студент должен знать путь одонтогенных инфекций.
3. Студент должен знать классификацию воспалительных заболеваний нижней области.
4. Студент должен знать проводить клинические осмотр больных.
5. Студент должен уметь проводить опрос больного воспалительными заболеваниями челюстно лицевой области.
6. Студент должен знать этиопатогенез периостита челюстей

V. Содержание практических занятий.

Вначале занятие преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах, обосновывает необходимость изучения диагностика и лечения больных с воспалительными заболеваниями ЧЛО: острый

гнойный периостит. Клиническая картина. Профилактика. Лечение. Хронические периоститы челюстей. Особенности Диагностика и лечение Дифференциальная диагностика периоститов. В теоретической части, прежде чем рассматривать вопросы изучаемой преподаватель активизирует полученные прежде знания об анатомическом строении верхней и нижней челюсти, путь распространения одонтогенных инфекции.

III. Перечень рассматриваемых вопросов по теме и методы их реализации.

4. – этиология и патогенез воспалительных заболеваний, пути распространения одонтогенных инфекции, Пат. анатомия.
 5. – клиническая картина острого серёзного и гнойного периостита.
 6. – диагностика и диф. Диагностика острого периостита челюстей.
- лечения периостита челюстей.
4. - местное и общее лечение периоститов.

Острый гнойный периостит острое гнойное воспаление

Альвеолярный отросток поражается чаще альвеолярного отростка реже тела челюсти чаще небной стороны или подъязычной складки. Чаще процесс развивается на нижней челюсти. Заболевание возникает у лиц малого и среднего возраста чаще у мужчин.

Этиология: при исследовании гноя случаев острых гнойных периоститов находят смешенную микрофлору состоящую из стрептококков различных видов, грамположительных и грамотрицательных палочек и нередко гнилостных бактерий.

Патогенез: острый гнойный периостит является осложнением острого или обострением хронического периодонта. Этот процесс может также возникать при затрудненном прорезывании зубов, нагноении радикулярных кист воспаления надретинированных, ретинированных зубов, воспаление пародонта. Иногда заболевание развивается после травматического удаления зуба или при активизации инфекции после вмешательства. Общие неблагоприятные факторы. Охлаждение, переутомление, стрессовые ситуации – являются фоном для развития воспалительного процесса.

3) Патологическая анатомия-При развитии острого процесса в надкостнице микроскопически наблюдаются утолщение ее счёт отека, разволокнения и

частичное отторжение от подлежащей кости. Микроскопически она и прилежащая мягкая ткань инфильтрирована лейкоцитами, имеются сосудистые сужения: полнокровия сосудов, стад и участки кровоизлияния в отдельных местах. В сородном экссудате вокруг микроорганизмов – возникают микро абсцессы – эти очаги сливаются между собой, образуя значительную массу гнойникового экссудата, который ещё больше отслаивает надкостницу.

4) Клиническая картина и лечения. Клиническая картина острого гнойного периостита челюстей может быть разнообразной и зависит от этиологических, патогенетических факторов, локализации и протяженности воспалительного процесса. Чаще поражается надкостница с вестибулярной стороны челюстей. В таких случаях наблюдаются жалобы, но боли припухлости мягких тканей лица нарушение общего самочувствия повышение температуры тела. Боли иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва: в ухо, висок глаз. Могут наблюдаться общие жалобы на головную боль недомогание плохой сон. Больной нередко сообщает что в начале появились боли в области зуба, а через 1-3 дня припухлость ткани. Температура тела 37,3-38 градусов.

В результате интоксикации наблюдается: общая слабость разбитость, потеря аппетита, бессонница.

Лечение: лечение острого гнойного периостита челюсти должны быть комплексным и состоять из оперативного вскрытия гнойника и консервативной лекарственной терапии и др.

Оперативное лечение периостита вскрытие надподчелюстного очага из создания оттока. Оперативное вмешательство по поводу острого гнойного периостита производят под местным обезболиванием проводниковой и инфильтрированной анестезией. При небном абсцессе разрез проводят в области наибольшего взбухания тканей нежного отступа от основания альвеолярного отростка или у средней линии неба в виде треугольной формы, что обеспечивает более свободный отток гноя.

В практической части занятия. Проводиться курация больных по теме, если тематических больных нет студенты, состав группы по 3 человека, один из которых имитирует больного с периоститом челюстей, другой, обследующего врача занятия проводиться опрос больного осмотр. При этом оцениваются знания как студента –

«больного» - правильно ли сорить жалобы и анамнез в соответствии с предложенным, диагнозам, так и студента-«врача» - наеноно корректно, логично, целенаправлено сознанием темы проводить обследование больного. При обследовании больных необходимо научить студента проводить пальпацию и различать симптом «флюктуации».

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия II уровня сложности (приложение 4) в ползи занятия проводится обсуждение полноты творитический знание студентов, правильности проведения этапов обследования больных интерпретация ситуационных задач допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

Преподавательские заметки

5. Проверка базового знания студентов по опросным листам, содержащие, контрольные вопросы. Каждому студенту даётся опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко чётко, не допускается дискуссия, пользования конспектами учебниками. (45 мин).

6. Решение контрольных тестов, ситуационных задач, каждому студенту даётся по одному тесту (приложение 3) или ситуационной задачи. Даётся 5-7 мин для обдумывания, размещается пользоваться конспектами, учебные пособиями, обсуждать решение задачи между студентом. Преподаватели при этом отмечает активность студентов оригинальность мышления их, оценывает знания. Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одлост ситуационной задач по теме занятия (приложение 2). Через 5-7 мин обдумывания и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Т. О. ни один студент не остаётся в стороне от удвоения тему занятия (45 мин).

7. Практическая часть занятия проводится в поликлинике или стационаре. Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководителем преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность. Этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование дугочелюстной системы. Анализируя получение данные студент сомостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого

преподаватель вносит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, историй болезни. Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля уровня усвоения данной темы (приложении 4) (135- мин) .

8. В конце занятия подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляется рейтинговый балл объявляет его. Преподаватель задаёт домашнее задание:

- А) контрольные вопросы следующей темы
- Б) темы самостоятельных работ студент
- С) перечень дополнительной литературы (24 мин)

VI. Раздаточный материал.

- 5. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение-4)
- 6. Студентом задачи (приложение-2)
- 7. Тест I уровня сложности (прил. – 3)
- 8. Тест II уровня сложности (прил. – 4)

VII Оснащение практического занятия.

Учебная таблица распространения одонтогенной инфекции.

Альбом по воспалительным заболеваниям.

Учебные слайды.

Череп нижняя челюсть инструменты для обследования больных (стоматологическое зеркало пинцет. и др.

VIII виды контроля знаний умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с контрольными вопросами и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента, и отображается в дневники по практической работе.

IX Самостоятельная работа студентов.

1. Дифференциальная диагностика острого периостита челюсти с острым остеомиелитом
2. Принципы лечения периостита челюстей.

X. Контрольные вопросы.

10. Анатомическое строение нижней челюсти и верхней челюсти.
11. Гистология и физиология костной ткани и периоста
12. Связь периодонта с надкостницей
13. Этиология патогенез острого одонтогенного периостита.
14. Методы обследования больных и диагностика острого одонтогенного периостита.
15. Дифференциальная диагностика острого одонтогенного периостита.
16. Причина возникновения периостита.
17. Клиника острого одонтогенного периостита.
18. Лечение острого одонтогенного периостита.
19. Осложнение острого одонтогенного периостита

XIII. Литература.

3. Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология» Москва «Медицина» 1990 г.
4. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи» Москва «медицина» 1985 г.

1. Острый гнойный периостит альвеолярного отростка верхней челюсти со стороны полости рта называется.

- А) небный абсцесс
- Б) небный периостит
- В) небный гнойник
- Г) небная флегмона
- Д) небный фурункул

2. Острым гнойным периоститом челюсти называется?

- А) острое гнойное воспаление надкостницы альвеолярного отростка или тела челюсти
- Б) острое гнойное воспаление надкостницы альвеолярного отростка
- В) острое гнойное воспаление надкостницы тела челюсти
- Г) острое гнойное воспаление надкостницы альвеолярного отростка или тела челюсти.

3. Причина острого гнойного периостита чаще всего является:

- А) осложнения острого или обострения хронического периодонтита
- Б) нагноение радикулярных кист
- В) затруднение прорезывание зубов
- Г) активизация инфекции после травматического удаления зуба
- Д) общие неблагоприятные факторы.

4. Основной механизм патогенеза острого гнойного периостита.

- А) антигенное раздражение
- Б) защитная реакция
- В) гипергическая воспалительная реакция
- Г) специфическая гуморальные реакции

5. Характерный объективный клинический признак острого гнойного периоста:

- А) диффузный болезненный инфильтрат с одной стороны
- Б) муфтообразное утолщение альвеолярного отростка
- В) воспалительный отек
- Г) сглаженность переходной складки
- Д) крепитация

6. Характерный признак осифицирующего периостита:

- А) наличие слизевых ходов
- Б) переходная складка сглажена, отмечается флюктуация

- В) утолщения костной ткани
- Г) пергаментный хруст
- Д) подвижности группа зубов.

7. Для острого гнойного периостита не характерно:

- А) подвижность причинного зуба
- Б) слаженность переходной складки
- В) флюктуация по переходной складки
- Г) муфтообразное утолщение челюсти
- Д) припухлость мягких тканей лица.

8. Острый гнойный периостит не вызывает:

- А) синегнойная полоска
- Б) стафилококк
- В) стрептококк
- Г) анаэробы
- Д) микобактерия

9. Какой исход не характерен для острого гнойного периостита:

- А) самопроизвольное вскрытие
- Б) остеомиелит
- В) гайморит
- Г) флегмона
- Д) абсцесс.

10. При остром гнойном периостите на характерный признак в морфологии местных тканей.

- А) полная отслойка
- Б) некроз надкостницы
- В) отек и утолщение надкостницы
- Г) частичная отторжка ткани
- Д) некроз костной ткани

11. Какой исход не характерен для острого гнойного периостита:

- А) самопроизвольное вскрытие
- Б) гайморит
- В) остеомиелит
- Г) флегмона
- Д) абсцесс

12. какие изменения в прилежащих тканях не характерны при срезном периостита:

- А) утолщение периостита
- Б) флюктуация
- В) отечность слизи стой
- Г) пастозность шеи и гуды
- Д) гиперемирование.

Ситуационные задачи.

3. Больной в 28 лет обратился в клинику ХС с жалобой на боли в области нижней челюсти. Боле беспокоят 4 дня. На 2 день боле усилились при осмотре: отечность нижней губы. Подбородочной области. Какие зубы могли послужит причинное развития острого одонтогенного периостита. Какие дополнительные методы исследования можно провести?

Ответ:

- 4. Причинные зубы 21 12
- 5. Рентгенологическое исследование
- 6. ЭОД,

4. При осмотре больного Е. 21г, внешних изменение нет, регионарные лимфатические узлы увеличены. В полости рта на твёрдом небе припухлость в области верхней 5,6 слева овальной формы. Воспалительного отёка нет. Больной

жалуется на боли пульсирующего характера, усиливающееся при разговоре и приеме пищи. Что следует подозревать? Какое лечение необходимо провести?

Ответ:

5. Общесс твердого неба.
6. Разрез треугольной формы с удалением лоскута.
7. Общие противовоспалительная терапия
8. Удалит причинный зуб

5. При осмотре больного Е. 26 лет объективно: отечность верх губы, крылья носа подняты, губа выступает вперед. В преддверии гиперемия и отек слизистой поражения верхней 1,2,3, слева и верхней 1,2, с права. Ваш предварительный диагноз, тактика и последующее решение?

6. Больной 45 лет обратился к стоматологу с жалобами на припухлости щеки с лева. Из анамнеза 5 дней назад сильно болел 6 больной некуда не обращался 3 дня назад появилось припухлость щеки с лева, которая постепенно увеличивается. При осмотре: отек мягких тканей щеки с лева кожа немного гиперемирована, кожа в складку собирается. Во рту в области 4,5,6, переходная складка сглажена гиперемирована при пальпации флюктуация, 6 разрушен, перкуссия болезненная

1. Диагноз

2. План лечения.

7. больной 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на боли и припухлость в области нижней челюсти с лева. Из анамнеза болел в течение двух дней. При осмотре полости рта в области 567 переходная складка сглажена, отечно, гиперемированна, перкуссия болезненна.

1 Диагноз

2 План лечения

6. Больной 36 лет, обратился к стоматологу с жалобами на общесс недомогание, тем 38,5 отек щеки с права. Из анамнеза болел в течение трех дней сначала болел 5 зуб. При осмотре в подглазничной, щечной области имеется отек гиперемированны

кожи складку собирается. Полости рта 5 зуб каронковая часть разрушена болезненна, перкуссия складки с вестибулярное строение сглажена определяется флюктуация.

1 Диагноз

2 План лечения

7. В поликлинику ХС обратился больной 17 лет с жалобами на появление припухлости на небе с лева при осмотре полости рта на твердом небе с лева имеется образование округлой формы слизистая, гиперемированна, отечна, при пальпации определяется флюктуация, 2 изменен в свети на небное поверхности изменится кариозная полость, перкуссия болезненна

1. Диагноз

2. План лечения.

8. больная 67 лет обратился к стоматологу с жалобами на появление время от времени припухлости в области нижней челюсти с права. При осмотре в области 543 имеются припухлость, слизистая гиперимирована отечна, 543 поражены пародонтитом средней степени тяжести подвижность III степени.

3. Диагноз

4. План лечения.

9. больная 46 лет обратилась к стоматологу с жалобами на резкие боли в области нижней челюсти с лева, при осмотре имеется небольшая припухлость в щечный области с лева при пальпации, припухлость мягкая болезненная. Во рту в области 567 слизистая отечна, гиперемированна переходная складка сглажена, при пальпации болезненная, в 6 зубе имеются кариозная полость перкуссия резко болезненно

1 Диагноз

2 План лечения

10. Больная 24 года обратилась к стоматологу с жалобами на появление препухлости верхней губы из анамнеза 4 дней назат заболел II зуб при осмorte

имеются припухлость верхней губа, кожные покраска немного гиперимированна, при палпации мягкое безболезненный. В полости рта: в1 зубе имеются кариозная полость, при зондировании сообщение с полости губы. Переходная складка в области 2|1 сглажена, гиперимированна отечна

1 Диагноз

2 Можно ли сохранить 1 зуб.

**1. ТЕМА №3 ОДОНТОГЕННЫЙ ГАЙМОРИТ.
ПАТОГЕНЕЗ. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ
ДИАГНОСТИКА. КЛАССИФИКАЦИЯ ГАЙМОРИТОВ: ЭТИОЛОГИЯ И
ПАТОГЕНЕЗ, ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ, КЛИНИКА,
ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.**

2. Цель занятия

- Ознакомить студентов с этиологией, патогенезом, патанатомией, классификацией, клиникой, дифференциальной диагностикой.

3. Задачи

- Рассмотреть пути проникновения одонтогенной инфекции в гайморову пазуху.
- Рассмотреть патогенетические факторы одонтогенного гайморита.
- Повторить патологическую анатомию гайморитов.
- Повторить анатомическое строение гайморовой пазухи.
- Рассмотреть классификацию гайморитов.
- Рассмотреть и разобрать клинику, диагностику дифференциальную диагностику одонтогенных гайморитов.

4. Ожидаемые результаты.

- Студент должен знать строение, функцию гайморовую пазуху.
- Студент должен знать причину возникновения одонтогенного гайморита.
- Студент должен знать классификацию одонтогенных гайморитов.
- Студент должен проводить дифференциальную диагностику одонтогенного гайморита с педагогом.

5. Содержание практического занятия.

В начале занятия преподаватель объясняет активность. Темы занятия акцентирует внимание студентов по патологии одонтогенного гайморита объясняет необходимость изучения этиологии патогенеза гайморита, разбирает со студентами клинику одонтогенного гайморита.

В теоретической части повторяет в месте со студентами строения в верхней челюсти, пути распространения одонтогенной инфекции, анатомическое расположение корней зубов в верхней челюсти.

1. Перечень рассматриваемых вопросов.

2. Анатомо – физиологическая значимость гайморовой пазухи.
3. Строение гайморовой пазухи.
4. Этиология и патогенез гайморитов.
5. Клиника одонтогенных гайморитов.
6. Дифференциальная диагностика гайморитов.
7. Методы обследования больных с одонтогенным гайморитом.

Одонтогенное воспаление верхнечелюстной пазухи (синусит) представляет собой заболевание слизистой оболочки выстилающей ее. Источниками инфекции могут быть одонтогенные воспалительные очаги, поэтому синусит верхнечелюстной пазухи называется одонтогенным.

Этиология . Воспаление верхнечелюстной пазухи вызывается обычной микрофлорой полости рта участвующей в развитии острого обострения хронического периодонтита.

Патогенез. Источником инфекции чаще являются острые или обострившиеся хронический периодонтит верхнего первого второго большого коренного второго малого коренного зубов, а также нагноившаяся радикулярная киста, остеомиелит верхней челюсти, воспаление в области ретинированных зубов- клыка, второго малого коренного зуба. Нередко воспаление верхнечелюстной пазухи может быть связано с удалением зубов, особенно травматическим. В таких случаях повреждаются стенки альвеолы, дно верхнечелюстной пазухи, в нее проталкивается корень или грануляционные околоверхушечные разрастания при кюретаже. При близком расположении верхнечелюстной пазухи к корням малых и больших коренных

зубов при лечении может происходить проталкивание через верхушку корня зуба гангренозного распада, попадания пломбир очного материала, что также может вызывать ее воспаление.

Часто наблюдается близкое расположение корней зубов к дну ее, когда только тонкая прослойка костной ткани отделяет их, или непосредственное прилипание их к слизистой оболочки пазухи. Помимо перечисленных причин большое значение в патогенезе воспаления верхнечелюстной пазухи имеет состояние защитных реакций организма, что определяет характер процесса.

Клиническая картина. При остром воспалении верхнечелюстной пазухи больные жалуются на боли в подглазничной, щечной областях или во всей половине лица, чувство тяжести, заложенность соответствующей половины носа. Боли усиливаются, иррадиируют в лобную, височную, затылочную области, зубы верхней челюсти. Нередко наблюдается боли в области больших и малых коренных зубов, чувствительность их при надкусывании. Болевые ощущения могут меняться в зависимости от количества накапливающегося экссудата в пазухе и его потока. После появления из полости носа серозных или серьёзно – гнойных выделений боли уменьшаются, отмечаются жалобы на общее недомогание, головные боли, слабость, потерю аппетита. Характерно нарушение обоняния – от понижения до полной его потери. Общее состояние может быть не нарушено, но чаще наблюдаются повышение температуры до $37,5 - 38^{\circ}\text{C}$, разной степени выражены симптомы интоксикации: разбитость, слабость, озноб, плохой сон и др. При внешнем осмотре наблюдается воспалительная припухлость (отек) в щечной и подглазничной областях, у некоторых больных изменений может не быть. Пальпация и перкуссия передней стенки тела верхней челюсти, скуловой кости болезненны. Регионарные лимфатические узлы на стороне поражения увеличены, болезненны. В преддверии полости рта отмечаются покраснение, отечность слизистой оболочки. Перкуссия двух - трех зубов (малых и больших коренных) болезненна. В полости носа с соответствующей стороны наблюдаются отек и гиперемия слизистой оболочки, увеличения средней или нижней раковины и выделение гноя из носового хода, особенно при наклоне головы вниз и вперед. При значительной отечности слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи отток гноя может быть затруднен и при риноскопии

отделяемого может не быть. Смазывание среднего носового хода и средней носовой раковины 1% раствором дикаина с одной каплей 0,1% раствора адреналина позволяет получить отделяемого из пазухи, а при имеющемся оттоке усилить его.

Дифференциальный диагноз. Острый синусит следует дифференцировать от острого пульпита, периодонтита, невралгии тройничного нерва.

Наиболее сложен дифференциальный диагноз с невралгией. При невралгии ветвей тройничного нерва боли приступообразные, ограничены зоной иннервации одной из ветвей тройничного нерва, отмечаются точки или участки болезненности, нарушения чувствительности кожи лица или слизистой оболочки полости рта соответственно «курковым зонам».

Хронический синусит верхнечелюстной пазухи следует дифференцировать также от околокорневой кисты, злокачественной опухоли верхней челюсти.

При околокорневой кисте верхней челюсти происходят деформация стенок пазухи, их истечение и нередко резорбция. При пальпации определяются пергаментный хруст или дефект кости и флюктуация. Помогают дифференциальному диагнозу рентгенография и пункция. Злокачественная опухоль верхней челюсти может исходить из слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Сходными симптомами злокачественной опухоли и синусита верхнечелюстной пазухи являются боли, заложенность носа, гнойные выделения из него. В отличие от воспаления при злокачественной опухоли боли постоянные, выделения из носа кровянистые, зловонные. При исследовании устанавливаются деформация стенок полости, наличие разрастаний из альвеолы и в полости носа.

На рентгенограмме, помимо нарушения прозрачности пазухи, отмечаются резорбция ее стенок. Правильный диагноз позволяет установить цитологическое или патологическое исследование. В последние годы увеличилось число случаев аллергических поражений верхнечелюстной пазухи, от которых надо дифференцировать одонтогенный синусит. Для этого необходимо более детально уточнить анамнестические данные и выяснить наличие аллергических реакций (отек Квинке, крапивница, экзема и др.)

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет студенты создав группы по 3 человека, один из которых имитирует больного с заболеванием. Гайморит; другой обследующего врача, учится проводить опрос больного (жалобы анамнез заболевания) осмотр визуальный и пальпаторный органов полости рта. При этом оцениваются знания как студента «больного» - правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с диагнозом, так и студента – «врача» - насколько корректно, логично, целенаправленно, со знанием темы проводит обследование больного. При обследовании больных необходимо научит студента проводить дополнительные методы исследования и их читать.

В аналитической части

Проводится решение ситуационных за две по теме 2 уровня сложности. В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов правильности проведения этапов обследования больных, интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

5. Преподавательские заметки.

Занятие начинается с проверки базового знания студентов группы. Для чего всем присутствующим раздается опросные листы напечатанными контрольными вопросами и каждому студенту указывается номер вопроса, которого он должен разъяснить. При этом требуется конкретные короткие ответа на поставленный вопрос. Категорически запрещается пользоваться записями в конспектах, учебниками.

2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач каждому

студенту дается по одному листу (приложение) или ситуационной задаче. Дается 5-7 мин для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать тесты и ситуационную задачи со студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов клинического мышления и оценивает знания по заранее подготовленным вопросам. Студенты из 12 человек разделяются на 3 подгруппы и в каждой по одному ситуационной задачи по теме и обсуждают.

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете).

Обследование больного проводится в стоматологическом кресле

под руководством преподавателя. Обследования проводятся последовательно обучая студентов. Анализирую полученные данные студенты с преподавателем составит предварительный диагноз.

В конце занятия проводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки, ошибки в теоретической, практической части занятия и вставляет рейтинговой балы. Объявляя его студентом. Преподаватель отвечает на вопросы студентов. Объявлять домашние задания и тема для СРС.

Раздаточный материалы.

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4)

2. Ситуационные задачи (приложение 2)

3. Тесты 1 уровня сложности (приложение 3)

4. Тесты 2 уровня сложности (приложение 4)

7. Отношение практического занятия

1. ДИАПРОЕКТОР И СЛАЙДЫ

2. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СНИМКИ БОЛЬНЫХ

8. Виды контроля знания, умений и навыков

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии на контрольных вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых балах. Учитывается практической работа студента (мануальные навыки общения с больным, заполнение медицинской документации.). Итоговый рейтинговый балл объявляется и вставляется в журнал.

Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки неуютной время.

9. Самостоятельная работа

Задания для самостоятельной работы и УИРС:

- Схема строения анатомия верхнечелюстной пазухи

10. Контрольные вопросы

1. Анатомия – физиологической значимости гайморовой пазухи

2. Строения гайморовой пазухи

3. Пути проникновения инфекции при гайморитах
4. Клиника острого одонтогенного гайморита
5. Клиника хронического одонтогенного гайморита
6. Дифференциальная диагностика одонтогенного гайморита
7. Методы дополнительных исследований одонтогенного гайморита

Литература

1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология /М.: Медицина, 1990.

II. Ситуационные задачи.

Ситуационная задача №1

Больному неделю назад удален 16 зуб, протолкнули небный корень в гайморовую пазуху. Возможные последствия и соответствующая тактика при них.

Ситуационная задача №2

Больной жалуется на выделенные из носа, головные боли, субфебрильную температуру, общую слабость. На рентгеноскопическом снимке определяется затемнение левой гайморовой пазухи. Поставьте диагноз, наметьте план лечения.

Ситуационная задача №3

Больному при удалении верхнего 6 зуба проведения перфразии дна гайморовой пазухи – имеется сильное кровотечение из лунки, при обследовании – зонд свободно проникает в гайморову пазуху. Какова при этом тактика врача.

Ситуационная задача №4

Больной поступил с жалобами на головные боли, повышению температуру тела, общую слабость. Какие необходимо выполнить клинические симптомы и провести лабораторные обследования для постановки диагноза "острый одонтогенный гайморит"

Ситуационная задача №5

Во время операции хирург вскрыл переднюю стенку гайморовой пазухи (доступ до 1,6 см в диаметре) видит полипозные разрастания и измененную слизистую только в нижнем отделе пазухи (дно). Следует ли удалять всю слизистую пазухи. Если нет – почему?

Ситуационная задача №6

При гайморите полость, как правило, тампонируется йодоформным тампоном. Тактика тампонады и какие функции выполняет тампон.

Тесты I уровня

1.Одонтогенный гайморит дифференцируется

- А) острый пульпит
- Б) острый периодонтит
- В) невралгия тройничного нерва
- Г) пародонтит
- Д) острый одонтогенный остеомиелит

2.Одонтогенный гайморит может быть осложнением

- А) травматичность удаления
- Б) обострения хронического грануляционного периодонтита
- В) пародонтита
- Г) острого одонтогенного остеомиелита
- Д) Острого одонтогенного периостита

3.Соотношение корней зубов в/ч в норме к гайморовой пазухе

- А) 6/8
- Б) 6/8 4/3
- В) 3/4 5/6 7/8
- Г) 3/4 5/6
- Д) 4/5 8

II.уровень

4.Какой из клинических методов исследования имеет важное значение при гайморите

- А) рентген носа
- Б) анализ крови
- В)биопсия
- Г) рентген придаточных пазух носа
- Д)ЭОД

5.Основной рентгенологический признак гайморита

- А) затемнение гайморовой пазухи
- Б) изменение контура пазухи
- В) пневматизированная пазуха
- С) Г) нечеткость бухт пазух
- Д) на рентгенограмме изменений нет

6.Характерный симптом для одонтогенного гайморита

- А) появление болей подглазничной области
- Б) пергаментный хруст
- В) искривление носовой перегородки
- Г) боли в области зубов в/ч
- Д) затрудненное дыхание со стороны носа патологической стороны.

7. Хроническое воспаление верхнечелюстной пазухи может быть:

- А) ограниченным и диффузным
- Б) полипозным и неполипозным
- В) фиброзным и грануляционным
- Г) слизистым и гнойным
- Д) катаральным и слизистым

1-АБ; 2-ВГ; 3-ГД; 4-АД; 5-АВ.

8. С чем дифференцирует хронический гайморит

- А) радикулярная киста
- Б) периостит
- В) злокачественная опухоль верхней челюсти

Г) актиномикозом

Д) все верно

1-АБ; 2-АВ; 3-ВГ; 4-Д; 5-АГ

9. Острый гайморит дифференцируйте

А) острый пульпит

Б) острый периостит

В) невралгия тройничного нерва

Г) острый остеомиелит верхний челюсти

Д) все верно

10. При какой формы хронического гайморита характерные грануляционные разрастание:

А) полипозная формы

Б) неполипозная формы

В) катаральная формы

Г) слизистая формы

Д) полиморфная формы

11. Чаще всего источником инфекции при остром гайморите является:

А) 6/6

Б) 3/3

В) 2/2

Г) 8/8

Д) все верно

12. Причины возникновения острого гайморита.

А) острый периодонтит 6 – го зуба

Б) начинавшаяся радикулярная киста

В) воспаление в области ретинированный зубов

Г) остеомиелит верхней челюсти

Д) все верно

**1. ТЕМА 4: ЛИМФАДЕНИТ И ЛИМФАНГИТ ЛИЦА И ШЕИ.
КЛАССИФИКАЦИЯ.**

**КЛИНИКА. ДИАГНОСТКА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.
ЛЕЧЕНИЕ.**

Количество часов - 3 часа

2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЙ: на основании знаний анатомии и топографии лица ознакомить студентов с этиологией лимфаденитов и лимфангитов лица и шеи, выработать умение сбора анамнеза и выявление основных клинических признаков, разработать план обследования и принцип лечения

3. ЗАДАЧИ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

- рассмотреть причины возникновения лимфаденитов и лимфангитов челюстно-лицевой области и шеи;
- сравнить лимфаденит с лимфангитом и другими воспалительными заболеваниями ЧЛЮ; обсудить их клиническое проявление в зависимости от вида и локализации;
- рассмотреть основные и дополнительные методы исследования лимфангита и лимфаденита;
- обсудить хирургические методы лечения лимфангитов и лимфаденитов;

4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТА:

После проведения занятия студент должен:

1. Разбираться в причинах возникновения лимфангитов и лимфаденитов лица и шеи;
2. Уметь диагностировать лимфангиты и лимфадениты лица и шеи;
3. Знать клинические симптомы лимфангитов лимфаденитов лица и шеи;
4. Анализировать данные пунктата, цитологии, морфологии, УЗИ, термовизиографии, лабораторные анализы (кровь, моча и др.);
5. Знать консервативные и хирургические методы лечения лимфангитов и лимфаденитов лица и шеи.

5. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

Практические навыки для освоения:

1-го порядка:

- а) провести опрос больного (жалобы, анамнез заболевания и жизни);

б) знать методы обследования больных, обследование до операции;

2-го порядка:

а) пальпировать кожу, подкожную клетчатку, лимфоузлы ЧЛО и шеи;

б) чтение термограмм, рентгенограмм, челюстей.

3-го порядка:

а) знать дифференциальную диагностику между врожденными кистами и свищами лица и шеи, специфическими заболеваниями;

б) знать схему комплексного лечения в зависимости от состояния реактивности организма и местных симптомов острого или обострения хронического лимфаденита;

в) уметь назначать физиолечение по показаниям с учетом фаз и степени воспаления;

г) возможные осложнения и пути их профилактики.

6. РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ:

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов;
2. Ситуационные задачи;
3. Тесты 1 уровня сложности;
4. тесты 2 и 3 уровня сложности.

7.ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ:

Лимфангит – воспаление лимфатических сосудов. Встречается довольно редко. Может развиваться при одонтогенном распространении инфекции. Различают острое и хроническое воспаление лимфатических сосудов.

Клиника. Характерно появление болей на участке лица и шеи, общее недомогание, головная боль, озноб, лихорадка. Температура тела повышается до 38 – 39 С. Чаще развивается сетчатый (ретикулярный) лимфангит, при котором поражается поверхностная сеть мелких лимфатических сосудов. Заболевание характеризуется появлением участка инфильтрации кожи, цвет ее красный, пальпация болезненна. Чаще такой участок образуется в окружность раны, абсцесса, лимфаденита. От инфильтрата тянутся красные тяжи воспаленных лимфатических сосудов. В других случаях могут поражаться лимфатические стволы (стволовой лимфангит). Наблюдается боль по ходу сосудов, общее состояние ухудшается, температура тела повышается, отмечаются явления интоксикации. На коже лица и шеи наблюдаются 2-4 широкие ярко-красные

полосы, идущие к лимфатическим узлам. Постепенно полосы уплотняются и образуют толстый болезненный шнур. Процесс нередко сопровождается лимфаденитом.

Острое воспаление лимфатических сосудов может переходить в хроническую стадию. Она характеризуется стиханием явлений воспаления, протекает медленно, в течение 3-4 недель и более. Кожа остается инфильтрированной и гиперемированной. Полосы сливаются, образуя разлитые участки инфильтрации, покрытые напряженной, лоснящейся кожей. При стволовом лимфангите процесс развивается еще медленнее. На месте инфильтратов образуются участки мягкой консистенции, покрытые синюшной истонченной кожей.

Дифференциальная диагностика. Лимфангит лица дифференцируют от рожистого воспаления, при котором очаги воспаления расположены на различных участках лица и шеи, в то время как, лимфангит локализуется на одном участке. стволочной лимфангит следует дифференцировать от флебита и тромбофлебита, при которых кожа над воспаленным сосудом долго не изменяется и более выражены симптомы интоксикации.

Лимфаденит может быть острым (серозным и гнойным) и хроническим.

Острый серозный лимфаденит характеризуется серозным пропитыванием ткани лимфатического узла.

Клиника. Появляются припухлость и болезненность лимфатических узлов, которые постепенно увеличиваются. Общее состояние удовлетворительное, но может и ухудшаться. Температура тела может повышаться до 37,2-37,8 С. Кожа над узлами не спаяна, не изменена. При устранении очага инфекции воспалительные явления постепенно стихают.

Дифференциальная диагностика. Серозный лимфаденит дифференцируют от поражений лимфатических узлов при заболеваниях крови.

острый гнойный лимфаденит развивается из острого серозного или при обострении хронического лимфаденита.

Клиника. Заболевание характеризуется появлением боли, иногда значительной, в лимфатическом узле. Общее состояние ухудшается, температура тела повышается до 37,5 – 38 С. Пальпация определяет припухание тканей соответственно лимфатическому узлу. В глубине отечных тканей определяется болезненный ограниченный инфильтрат, покрытый отечной гиперемированной кожей, которая постепенно сливается с лимфатическим узлом. Поражение заглочных, околоушных лимфатических узлов ведет к болезненному глотанию и ограничению открывания рта. У отдельных больных может наблюдаться лейкоцитоз до 10 -12 10 /л, небольшой сдвиг лейкоцитов влево, увеличение СОЭ до 25-30 мм\ч.

Дифференциальная диагностика проводится со специфическими инфекциями лимфатических узлов, главным образом актиномикоза, туберкулеза, на основании цитологических исследований.

Хронический лимфаденит развивается из острого серозного. Может также развиваться, минуя острую стадию.

Клиника. Жалобы на незначительные болевые ощущения и увеличение лимфатических узлов. Общее состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. В некоторых случаях отмечается слабость, повышение температуры до 37-37,5 С, особенно вечерней. При пальпации определяется болезненное увеличение узла. округой или овальной формы с четкими границами, плотноэластической консистенции, подвижного. Окружающие ткани над ним не спаяны. В некоторых случаях наблюдается замещение лимфоидной ткани грануляционной, которая, разрастаясь, может образовывать свищ, из которого может выделяться гной. При длительном течении заболевания может наблюдаться понижение числа лейкоцитов до 4-5 10⁹ /л, незначительное увеличение числа лимфоцитов и моноцитов, увеличение СОЭ до 25-30 мм\ч. Чаще изменений в крови не наблюдается.

Дифференциальная диагностика проводится с врожденными кистами и свищами шеи, также некоторыми опухолями.

Лечение острого и хронического лимфангита, лимфаденита заключается в устранении источника первичной инфекции. При остром лимфангите назначают антибиотики и сульфаниламидные препараты, антигистаминные, анальгин, амидопирин, витамины. При хроническом лимфангите также применяют физиотерапию. Иногда с эстетической и функциональной целью показана операция. При остром серозном лимфадените лечение консервативное с применением физиотерапии, тримекаиновых блокад. При развитии гнойного процесса обязательно произвести хирургическую обработку гнойного очага.

8. ОСНАЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

ТСО: схемы, таблицы, слайды, фотоматериалы, больные, тематические плакаты и альбомы, TV-видео, мультимедийный проектор, слайдоскоп и. т. д.

9. ВИДЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ:

1. Нарисовать анатомию лимфатической системы лица и шеи;
2. Написать таблицу классификации лимфаденитов лица и шеи;
3. Написать дифференциальную диагностику различных форм лимфаденита с системными поражениями лимфатической и кроветворной системы, со специфическими заболеваниями, доброкачественными и злокачественными опухолями и их

метастазами. Написать доклад об иммунологической роли лимфы в организме

10. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ:

- А) варианты клинического течения воспалительных заболеваний при сниженной реактивности организма;
- Б) Характеристика одонтогенного, лимфогенного и гематогенного путей распространения инфекции; Возбудители, источники инфекции и пути их распространения при одонтогенной и неодонтогенной природе гнойных воспалений ЧЛЮ и шеи;
- В) Характерные признаки воспаления;
- Г) Патологическая анатомия абсцессов, лимфаденитов (флегмон)
Общие клинические признаки гнойно - воспалительных процессов ЧЛЮ и шеи.

11. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

- 1) Анатомия лимфатической системы лица и шеи (по Киршнеру).
- 2) роль лимфатической системы в иммунитете организма.
- 3) Этиологические факторы, источники инфекции, способствующие развитию лимфаденитов, предрасполагающие моменты. Пути распространения инфекции из очага воспаления.
- 4) Классификация лимфаденитов.
- 5) Патогенез лимфангитов и лимфаденитов.
- 6) Клиника лимфаденитов лица и шеи.
- 7) Диагностические признаки лимфангитов и лимфаденитов.
- 8) Дифференциальная диагностика.
- 9) Лечение лимфангитов и лимфаденитов лица и шеи.
Хирургическая и консервативная тактика лечения.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

- 1. Больному 16 лет. Через 5 дней после простудного заболевания появилась узловатая припухлость в подчелюстной области справа. Отмечается неприятное ощущение и боли при мышечных движениях. Поставьте диагноз и наметьте план лечения.

2. У больного в позадичелюстной области имеется ограниченная припухлость в виде «перекатывающегося шарика». Со стороны полости рта движения свободные, наличие свидаины, гиперемия и отек слизистой оболочки в ретромолярной области справа. Поставьте диагноз и наметьте план лечения.
3. У больного длительно незаживающая язва на красной кайме нижней губы справа. Окружающие язву ткани инфильтрированы. Увеличенные, безболезненные лимфоузлы в поднижнечелюстной области справа. Проведите дифференциальную диагностику и наметьте план лечения.
4. Больному 20 лет. Жалуется на боли и припухлость в подподбородочной области и в верхнем отделе шеи. Неделю тому назад беспокоил 3 зуб. Общее состояние не страдает. Повышение температуры тела до 37,2 ; 37,8. Гемограмма: умеренный лейкоцитоз с незначительным сдвигом, небольшое ускорение СОЭ. Поставьте диагноз. наметьте план лечения.
5. У больного в анамнезе туберкулез легких. в момент осмотра в переднем отделе ключично –грудино –сосцевидной мышцы и подчелюстной области отчетливо прощупываются лимфатические узлы небольших размеров. Консистенция их неплотная, кожные покровы над ними не изменены. Поставьте диагноз и наметьте план лечения.
6. Больному 53 года. 10 дней назад у больного болело горло. Лечился дома. Через 5 дней на правой стороне шеи появился «шарик», который болел. температура тела субфебрильная. поставьте диагноз, исключите одонтогенную инфекцию.
7. Больному 40 лет. неоднократно болел 5 зуб, который больной не лечил. Неделю тому назад, после простуды, в подчелюстной области появилось болезненное крупное уплотнение. Оно постепенно увеличивалось, появилась гиперемия кожи, дергающие боли, появилась температура. Поставьте диагноз и наметьте план лечения.

11. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

- Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология. М.: Медицина, 1998.
- Хирургическая стоматология. Под ред. В. А. Дунаевского. М.: Медицина, 1979
- Шаргородский А. Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. М.: Медицина, 1998.

Дополнительная:

- I. Бернадский Ю. И. Основы хирургической стоматологии. Киев, 1998.
- II. Пачес А. И. опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1989.
- III. Рентгенодиагностика заболеваний ЧЛЮ. Рабухина М. , 1991.
- IV. Шанин А. П. Опухоли кожи, их происхождение, клиника и лечение. М.: Медицина, 1969.

1. ТЕМА 5: ФУРУНКУЛЫ, КАРБУНКУЛЫ, РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ЛИЦА.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.

количество часов – 6,3.

2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: на основании знаний анатомии и топографии лица и шеи ознакомить

студентов с этиологией фурункулов, карбункулов, рожистого воспаления лица, выработать умение сбора анамнеза и выявление основных клинических признаков, разработать план обследования

и

принципы лечения.

3. ЗАДАЧИ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

- рассмотреть причины возникновения фурункулов, карбункулов

и

рожистого воспаления лица;

- сравнить фурункулы с карбункулами и рожистым воспалением

лица;

- рассмотреть основные и дополнительные методы исследования; фурункулов, карбункулов и рожистого воспаления лица;

- ознакомиться с консервативными и хирургическими методами лечения фурункулов, карбункулов и рожистого воспаления

лица.

4. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ: После проведенного занятия студент должен:

- а) разбираться в причинах возникновения фурункулов, карбункулов и рожистого воспаления лица;
- б) знать диагностику фурункулов, карбункулов и рожистого воспаления лица;
- в) Знать основные клинические симптомы фурункулов, карбункулов и рожистого воспаления лица;
- г) знать дифференциальную диагностику фурункулов, карбункулов и рожистого воспаления лица;
- д) освоить консервативные и хирургические методы лечения.

5. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ: Практические навыки для освоения

1-го порядка:

- провести опрос больного (жалобы, анамнез заболевания и жизни);
- знать методы обследования больных;

2-го порядка:

- пальпировать кожу, подкожную клетчатку, лимфоузлы ЧЛЮ и шеи;
- чтение термограмм, рентгенограмм, челюстей.

3-го порядка:

- знать дифференциальную диагностику между фурункулами, карбункулами, рожистым воспалением лица и специфическими воспалительными процессами лица и шеи;
- знать схему комплексного лечения в зависимости от состояния реактивности организма и местных симптомов;
- уметь назначать физиотерапевтическое лечение с учетом фаз и степеней воспаления;
- знать возможные осложнения и пути их профилактики.

6. ПЕРЕЧЕНЬ РАССМАТРИВАЕМЫХ ВОПРОСОВ:

1. Неодонтогенные воспалительные процессы ЧЛЮ;
2. Дополнительные методы обследования больных с фурункулами, карбункулами, рожистым воспалением лица;
3. Фурункулы и карбункулы лица и шеи;
4. Рожистое воспаление лица.

I. Введение:

- а) вводная информация;
- б) чему вы научились;
- II. Этиопатогенез фурункулов, карбункулов и рожистого воспаления лица;
- III. Диагностика фурункулов, карбункулов и рожистого воспаления лица;
- IV. Дифференциальная диагностика фурункулов, карбункулов и рожистого воспаления лица;
- V. Методы консервативного и хирургического лечения.

7. ТЕКСТОВАЯ ЧАСТЬ:

Фурункул, карбункул лица.

Это инфекционные заболевания подкожной жировой клетчатки.

Этиопатогенез. Источник инфекции – стрептококки и стафилококки, среди них золотистый и белый стафилококки. Инфицирование происходит через проток сальной железы или через волосяной стержень. Большое значение в развитии воспалительного процесса имеет состояние кожного покрова, защитные противоинфекционные силы организма.

Пат. анатомия. При фурункуле возникает гнойное воспаление в волосяном фолликуле, сальной железе, распространяющееся на прилегающую соединительную ткань – подкожную основу кожи. Вначале образуется пустула в устье фолликула, состоящая из нейтрофильных лейкоцитов, окружающих скопления микробов и фибрина. Воспалительные явления распространяются по волосяному фолликулу до сосочковых тел и далее на прилежащие участки соединительной ткани. В центральной части – в волосяном фолликуле, сальной железе возникает некроз, окруженный зоной гнойного воспаления. Образующийся гнойный очаг с некротическим стержнем в центре располагается под истонченным эпидермисом. В дальнейшем перфорируется кожный покров, и некротический стержень с погибшим волосом и гнойными массами выходит наружу. Оставшуюся полость выполняют грануляции, которые, созревая, формируют рубец. При карбункуле гнойное воспаление локализуется в нескольких волосяных фолликулах и сальных железах. Формируется разлитое гнойное воспаление прилежащей клетчатки, переходящее на mimические, реже на жевательные мышцы. Нередко в воспалительный процесс вовлекается соединительная ткань по ходу сосудов, стенки век, что ведет к развитию флегмоне и тромбоза.

Клиника. Общее состояние удовлетворительное. отмечается выраженная интоксикация. температура тела до 37,5 – 38 С. Заболевание начинается с возникновения папулы или участка покраснения на коже, где появляются боль, покалывание. В течение 1-2 суток образуется плотный, болезненный, обычно округлой формы инфильтрат, в центре которого приподнятая над кожей папула заполнена серозной или гнойной жидкостью. Кожа над инфильтратом красного или багрово – синюшного цвета, спаяна с подлежащими тканями. В дальнейшем пустула прорывается и подсыхает с образованием корочки или из центра инфильтрата отторгается стержень и выделяются гнойные массы. После опорожнения очага воспалительные процессы идут на убыль.

Фурункулы на лице чаще располагаются на верхней или нижней губе, реже – на носу, в щечной, подбородочной, лобной областях.

Общее состояние у больных с карбункулом на лице средней тяжести или тяжелое. Температура до 39-39,5 С. Признаки интоксикации: озноб, головные боли, потеря аппетита, тошнота, иногда рвота. Для карбункула характерны рвущие боли на месте поражения, иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва. Отмечается увеличение регионарных лимфоузлов на стороне поражения. Они болезненны, часто спаяны в пакеты.

Дифференциальная диагностика. Фурункул и карбункул лица следует отличать от сибирской язвы, для чего используют бактериологические исследования содержимого очага (сибиреязвенная бацилла).

Лечение. Проводят в условиях стационара. Общее лечение: антимикробная, десенсибилизирующая, дезинтоксикационная. и общеукрепляющая терапия, коррекция гемостаза и обменных процессов. больным с карбункулом показано внутривенное капельное введение лекарственных препаратов, а при развитии осложнений (флебит, тромбоз, сепсис) назначают интенсивные лечебные мероприятия в сочетании с коррекцией деятельности органов и систем.

Местное лечение при фурункуле заключается в проведении 2-3 блокад в окружности очага, ультрафиолетовом облучении области фурункула, наложении повязок с гипертоническим раствором, мазью Вишневского. При хорошем оттоке можно проводить фонофорез с антибиотиками, димексидом, хлоридом кальция.

При карбункуле проводят разрез через всю толщу пораженных тканей, осуществляют некротомию, вскрывают гнойные затеки, делают местный диализ. Ежедневно промывают рану антисептическими растворами, закладывают в рану турунды с гипертоническим раствором, мазью Вишневского, синтомициновой и стрептомициновой эмульсиями и делают перевязки. При распространении инфекции по типу флебита или тромбоза производят хирургическое вмешательство – разрезы в центральной части и по ходу инфильтрированной вены.

Рожь лица.

Это инфекционное заболевание, характеризующееся острым серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи и слизистых оболочек, явлениями общей интоксикации.

Этиопатогенез. Возбудителем рожи является бета-гемолитический стрептококк группы А или от других сероваров стрептококка, иногда стафилококк. Рожь развивается на фоне сенсibilизации организма, а также при снижении общих и местных факторов антиинфекционной защиты. Среди факторов гетеро- и аутосенсibilизации следует отметить переохлаждение, переутомления, стрессовые состояния, обострения хронических состояний и в т. ч. кожи. Входными воротами является кожа, особенно при ее повреждениях. воспалительных заболеваниях. Отмечают предрасположенность к роже врожденного характера. Нарушение иммунной реактивности и состояние сенсibilизации, сопровождающееся гипергистаминемией и снижением функции инактивации гистамина, является благоприятной средой для развития рожи.

Пат. анатомия. Характеризуется развитием серозного или серозно-геморрагического воспаления в сосочковом слое кожи, сопровождающегося отеком ретикулярного слоя. Кровеносные и лимфатические сосуды расширяются и

заполняются экссудатом со значительным количеством микробов. Периваскулярно выражена клеточная инфильтрация, состоящая преимущественно из лимфоидных и ретикулогистоцитарных клеток. Образовавшийся экссудат распространяется к эпидермису, отслаивает его, образуя пузырьки со значительным содержанием фибрина.

При выраженности геморрагических и буллезных изменений отмечаются дезорганизация и лизис эластических волокон, набухание эндотелия и фибриноидные изменения сосудистых стенок. Экссудат может распространяться в сторону прилежащей клетчатки, где может развиваться флегмонозное воспаление, иногда сочетающееся с некрозом тканей.

Клиника. Инкубационный период длится от нескольких часов до 4-5 дней. Начинается остро. В начале отмечаются головная боль, недомогание, потеря аппетита, слабость, субфебрильная температура. На 2-3 день заболевания симптомы нарастают, температура тела повышается до 38 С, озноб, тошнота, рвота, нарушение гемодинамики и дыхания. Сознание может затемняться, появляется бред.

Местные клинические симптомы возникают одновременно с общими или на 2-3-ий день от начала заболевания. На лице рожистое воспаление чаще локализуется в области носа, щек в виде бабочки. Далее воспаление распространяется на веки, волосистую часть головы, шею, уши. Иногда процесс может перейти на СОПР, делая течение болезни более тяжелым. Наблюдается увеличение, инфильтрация лимфатических сосудов.

Различают эритематозную, эритематозно-буллезную, эритематозно-геморрагическую формы, а также осложнения в виде некротической и флегмонозной форм. В зависимости от протяженности местного рожистого процесса различают локализованную, блуждающую или распространенную и метастатическую формы. По выраженности воспалительной реакции выделяют легкую, среднетяжелую и тяжелую формы, а также первичную, рецидивирующую (от нескольких месяцев до 1-2 лет) и повторную (от 2 лет и более до первичной рожи).

Дифференциальная диагностика. с околоушным абсцессом, флегмоной, лимфаденитом, флебитом лицевой вены, актиномикозом, сибирской язвой.

Лечение. Терапия эритематозной формы заключается в назначении сульфаниламидных препаратов, десенсибилизирующих средств, витаминов. Показаны покой, ультрафиолетовое излучение. При других формах - антибиотики и комплексное противовоспалительное лечение.

местное лечение эритематозно - буллезной и эритематозно-геморрагической, флегмонозной и некротической форм заключается во вскрытии пузырей, гнойных очагов и затеков, а также в некрэтомии при локализации процесса в области волосистой части головы. На участки поражения накладывают повязки с фурациллином, мазью Вишневского, винилином.

Осложнения: менингит, сепсис.

Преподавательские заметки:

1. Проверка базовых знаний студентов по опросным листам, содержащим контрольные вопросы (приложение 1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ

может быть дан в устной или письменной форме, кратко, четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками. (45 минут)

2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по 1 тесту(приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-7 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами, преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знания.

Модно разделить студентов на 2-3 подгруппы, каждой дать по 1 ситуационной задаче по теме занятия.(приложение 2). Через 5-7 минут обдумывания и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. таким образом ни один студент не останется в стороне от усвоения темы занятия. (45 минут).

3. Практическая часть занятия проводится в клинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная). Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается

внимание

на строгую последовательность выполнения этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов ЗЧС. Анализирует полученные данные студент самостоятельно ставит предварительный

диагноз и

только после этого преподаватель вносит коррекции. Проверяют правильность

заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи

2 уровня для контроля уровня усвоения данной темы. (приложение2). 135 минут

4. В конце дня подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

Преподаватель задает домашнее задание:

А. контрольные вопросы следующей темы

В. темы самостоятельных работ студентов

С. перечень дополнительной литературы (24 минуты).

Раздаточный материал:

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов (приложение 1)
2. Ситуационные задачи (приложение 2)
3. Тесты 1-го уровня (приложение 3)
4. Тесты 2-го уровня сложности (приложение 4).

Оснащение практического занятия:

1. Диопроектором слайды «Фурункул, карбункул лица. Рожа лица»

2. Плакаты, альбомы, отображающие заболевания.

3. Инструментарий для обследования больного (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель и др.)

Виды контроля знаний, умений и навыков. Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решениях ситуационных задач в рейтинговых баллах.

Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общения с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

9. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ:

- a) Варианты клинического течения воспалительных заболеваний при снижении общей реактивности организма;
- b) Характеристика одонтогенных, лимфогенных и гематогенных путей распространения инфекции;
- c) Возбудители, источники инфекции и пути их распространения при одонтогенной и неодонтогенной природе гнойных воспалений ЧЛО и шеи;
- d) Пат. анатомия;
- e) Нарисовать схему венозной системы ЧЛО и схему лимфатических узлов лица и шеи (по Киршнеру).

10. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Этиопатогенез фурункулов, карбункулов, рожистого воспаления лица;
2. Пат. анатомия фурункулов, карбункулов, рожистого воспаления лица;
3. Клиника фурункулов, карбункулов, рожистого воспаления лица;
4. Основные и дополнительные методы обследования больных с фурункулами, карбункулами, рожистым воспалением лица;
5. Диф. диагностика фурункулов, карбункулов, рожистого воспаления лица;
6. Консервативные методы лечения;
7. Хирургические методы лечения.

11. ЛИТЕРАТУРА:

1. Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология» М.Медицина 1990 г.
2. Козлов В.А. №1 «Хирургическая стоматологическая помощь в поликлинике» М.Медицина 1985г.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

1. Больному 35 лет. Поступил в клинику ХС с жалобами на покраснение кожи с уплотнением в области подбородка, болезненностью при надавливании. При

обследовании больного установлено, что в центре припухлости имеется гнойная головка с коллатеральным отеком тканей. Симптом флюктуации положителен. Температура 38,5 С, головная боль, нарушение аппетита. Регионарные лимфоузлы увеличены, болезненны. Ваш диагноз, план лечения. Ответ: абсцедирующий фурункул подбородка. Вскрытие гнойного очага с некротомией. Антибактериальное лечение.

2. В клинику ХС поступила больная, 40 лет. Жалобы на покраснение, болезненность, отечность в области носогубной складки, повышение температуры до 39-40 С, головную боль, слабость, озноб, нарушение аппетита. При осмотре: резкоболезненный инфильтрат, багрового цвета с несколькими некротическими стержнями в области носогубной складки, значительный отек окружающих тканей. Регионарные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. По ходу лицевых вен тяж в виде шнура с уплотнением. Ваш диагноз, план лечения. Ответ: Карбункул, осложненный флебитом вен. Вскрытие гнойных очагов, дренирование, обкалывание очага антибиотиками. Противовоспалительная, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия.
3. Больной, 50 лет, поступил в клинику ХС с жалобами на температуру 39 С в течении 3 дней, озноб, тошноту, нарушение аппетита. Одновременно на лице появилось покраснение кожи, болезненное при дотрагивании. При осмотре изменения кожи в виде бабочки на носу и щеках. регионарные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Ваш диагноз, план лечения. Ответ: рожистое воспаление лица. сульфаниламидные препараты, десенсибилизирующие, витамины, покой, УФО лечение.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ.

1-ый уровень:

1. Фурункул - это:
- а) острое гнойное воспаление клетчатки;
 - б) специфическое поражение придатков кожи;
 - в) острое гнойное воспаление потовой железы;
 - г) серозное воспаление волосяного фолликула;
 - д) острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула.
2. Карбункул - это:
- а) острое гнойное воспаление клетчатки;
 - б) специфическое поражение придатков кожи;
 - в) острое гнойное воспаление потовой железы;
 - г) серозное воспаление волосяного фолликула;
 - д) разлитое острое гнойно - некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов.
3. Возбудителями при фурункулах ЧЛЮ чаще всего являются:

- a) стрептококки;
- b) лучистые грибы;
- c) бледные спирохеты;
- d) золотистые стафилококки;
- e) туберкулезные микобактерии.

4. Возбудителями при карбункулах ЧЛО чаще всего являются:

- a) стрептококки;
- b) лучистые грибы;
- c) бледные спирохеты;
- d) золотистые стафилококки;
- e) туберкулезные микобактерии.

5. Возбудителями при карбункулах ЧЛО чаще всего являются:

- a) лучистые грибы;
- b) бактерии Леффлера;
- c) бледные спирохеты;
- d) стафилококки, стрептококки;
- e) туберкулезные микобактерии.

6. Способствует развитию фурункулеза ЧЛО:

- a) эндартериит;
- b) гипертоническая болезнь;
- c) сахарный диабет;
- d) психические заболевания.

7. Основным этиологическим фактором фурункулеза является:

- a) эндартериит;
- b) гипертоническая болезнь;
- c) психические заболевания.
- d) снижение общей реактивности организма.

8. При начавшемся рожистом воспалении лица УФО назначают в дозах:

- a) субэритемных;
- b) гиперэритемных;
- c) малых эритемных;
- d) средних эритемных;
- e) больших эритемных.

2-ой уровень:

1. Местным осложнением фурункула лица является:

- a) диплопия;
- b) тромбоз;
- c) абсцедирование;
- d) рожистое воспаление;

е) гипертонический криз.

2. Общесоматическим осложнением карбункула является:

- а) сепсис;
- б) стрептодермия;
- в) гумма;
- г) гнойный менингит;
- е) рожистое воспаление.

3. Тактика лечения при прогрессировании общих и местных проявлений фурункула лица:

- а) крестообразное рассечение;
- б) дренирование очага воспаления;
- в) криохирургическое воздействие;
- г) повышение инсоляции.

4. В комплекс терапии фурункулов и карбункулов лица входит:

- а) лучевая;
- б) мануальная;
- в) физиотерапия;
- г) десенсибилизирующая;
- е) народная.

5. В комплекс терапии фурункулеза ЧЛО входит:

- а) лучевая;
- б) аутогемотерапия;
- в) антибактериальная;
- г) седативная;
- е) гипотензивная.

6. Типичным клиническим признаком фурункула лица является:

- а) участок гиперемии кожи;
- б) инфильтрат кожи синюшного цвета;
- в) плотный инфильтрат мягких тканей;
- г) гиперемированный, конусообразно выступающий над уровнем кожи инфильтрат;
- е) инфильтрат багрового цвета с гнойно-некротическим стержнем.

7. В комплекс терапии фурункулеза ЧЛО входит:

- а) лучевая;
- б) десенсибилизирующая;
- в) антибактериальная;
- г) гипотензивная;

е) иглотерапия.

8. Дифференцировать карбункул необходимо с:

- а) сибирской язвой
- б) номой
- с) карбункулом
- д) саркомой Капоши
- е) рожистым воспалением.

**ТЕМА 6 ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ: ОСЛОЖНЕНИЯ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЛО (СЕПСИС-КЛИНИКА,
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ; СЕПТИЧЕСКИЙ
ШОК, МЕДИАСТИНИТ). ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ,
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
МЕДИАСТИНИТА.**

Количество часов 3 часа

Цель занятия:

Ознакомить студентов с осложнениями воспалительных заболеваний ЧЛО медиастинитом и сепсисом, диагностировать сепсис, медиастинит, ознакомить с ранними симптомами сепсиса и медиастинита с методами их лечения.

Задачи практического занятия:

1. Анатомопографические особенности ЧЛО, пути, пути распространения инфекций и причины осложнений.
2. Средостения и медиастинит
3. Познакомить студентов с грозными осложнениями одонтогенных воспалительных процессов-сепсисом, медиастинитами.
4. Рассмотреть причины данных осложнений вирулентность инфекций, общее состояние организма
5. Научить студентов диагностировать ранние симптомы осложнения - лихорадка, боли и характерные симптомы
6. Рассмотреть вопросы дифференцирования фаз сепсиса и вопросы патогенетического лечения в различные периоды течения заболевания.
7. Рассмотреть вопрос дифференцирования переднего и заднего медиастинита и патогенетического лечения.

Ожидаемые результаты:

1. Студент должен знать анатомические особенности органов лица и шеи
2. Студент должен знать пути распространения одонтогенной инфекции и взаимосвязь вирулентности инфекции с состоянием организма
3. Студент должен уметь провести опрос больного с воспалительным процессом (жалобы больного, анамнез заболевания, жизни)
4. Научится провести клиническое обследование больного (осмотр, пальпация ткани в области воспаления, связать данное поражение с заболеванием, зуба, глотанием, движением нижней челюсти).

5. Должен уметь читать рентгенограммы фос и профиль в области зуба, челюсти , ортопантограмму а также средиостенит в боковой проекции
6. Уметь обобщить полученные в результате обследования данные и поставить диагноз

Должен освоить методы консервативного лечения медиастенита, ,выписать рецепт медикаментов сделать перевязки больному и посев гноя для бактериалогического контрол необходимость изучения ранней диагностики и лечения больных с осложнениями флегмон ЧЛО, представляющих наибольшую важность в практической деятельности врача от которого зависит не только здоровье но и жизнь больного.

В теоритической части прежде чем рассматривать вопросы изучаемой темы преподаватель активизирует полученные прежде знания об особенностях одонтогенных воспалительных процессов, путях распространения инфекции и грозных осложнениях.

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Воспалительные процессы ЧЛО и возникновение осложнений в зависимости от вирулентности инфекции и общего состояния больного
2. Сепсис – причины – фазы и клинические особенности а различные периоды течения сепсиса
3. Медиастинит – передний и задний. Пути распространения и методы диагностики
4. Методы хирургического и медикаментозного лечения в зависимости от локализации и фазы течения заболевания

Клинические наблюдения последних лет свидетельствуют не только о более тяжелом течении воспалительных заболеваний ЧЛО, но также о сравнительно частом развитии таких осложнений, которые угрожают жизни (сепсис, медиастинит и др). Рассматривая проблему осложнения воспалительных процессов ЧЛО, необходимо обратить внимание на профилактику – предотвращение возникновения осложнений активным и комплексным лечением первичного очага, выявление осложнений на ранних стадиях их развития с последующей адекватной терапией. Так, в доантибиотиковую эру летальность составляла 2-6%, в 60-х годах она снизилась до 0,15%. В последнее 10-летие она значительно возросла (Козлов В.А –1979 – из 7 больных у 3-х исход летальный).

Сепсис. Следует рассматривать сепсис как генерализованное заболевание, которое характеризуется полиэтиологичностью, изменной реактивностью организма и ацикличностью клинического течения (А.Г Шаргородский 1985). Летальность при сепсисе составляла в прошлом 60-80%, в антибиотиковую эру она снизилась до 20%. В настоящее время летальность вновь возрасла до 35-80% (М.И Кузин и др 1981).

Для большинства случаев сепсиса характерным симптомом является высокая темпиратура тела, нередко озноб, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Для генерализации инфекции необходимо наличие в очаге определённого количества микробных тел, так называемого критического уровня бактериальной обсемененности (10^5 микробов на 1 гр ткани) – М. Кузин (1981)

В настоящее время различают следующие фазы общей гнойной инфекции: гнойно-резорбтивную лихорадку, начальную фазу сепсиса, септицемию, септикопиемию, хронический сепсис (А.Г Шаргородский 1985).

Гнойно-резорбтивная лихорадка характерна для всех гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО. В тех случаях, когда после устранения гнойного очага, проведения этиотропной и патогенетической медикаментозной терапии явление гнойно-резорбтивной лихорадки не исчезают, а из крови высевают патогенную микробную флору, диагностируют начальную фазу сепсиса. Если общее состояние больного остается тяжёлым (температура тела выше 38°C , потрясающий озноб, сильная головная боль, бессоница) пиемические очаги не выявлены, а из крови высеивается патогенная микробная флора, диагностируют септицемию (токсическая фаза). Для следующей фазы сепсиса – септикопиемии – по прежнему характерны лихорадка, интоксикация организма, но в различных органах и тканях появляются метастатические гнойники и абсцессы.

Тяжелым осложнением сепсиса являются септический токсикоинфекционный шок, возникающий при сочетанном действии трёх факторов: наличие септического очага, снижение

общей резистентности организма больного и наличие входных ворот для проникновения возбудителей и его токсинов в кровь (А.Г Шаргородский 1985).

К особенностям развития септического шока у стоматологических больных относятся быстрое развитие и нарастание дыхательной недостаточности, которая обусловлена угнетением дыхательного центра на фоне гипоксемии, обструкции верхних дыхательных путей, и возможно воспалением лёгких.

Лечение сепсиса комплексное с учетом фазы и степени развития заболевания:

1. ревизия – доискрывать затеки, дренирование, длительное орошение очага антисептиками
2. основным компонентом общей терапии является инфузионно-трансфузионная терапия, рациональная антибактериальная терапия, иммунотерапия, симптоматическая терапия (восстановление адекватного газообмена и вентиляции лёгких, ЦНС, периферической гемодинамики, коррекция метаболических нарушений, ограничения воздействий эндотоксинов на В-лимфоциты и стимуляция деятельности макрофагов).

Медиастинит.

Одонтогенные медиастиниты развиваются в результате распространения гнойного экссудата по протяжению при флегмоне окологлоточного пространства и дна полости рта, по ходу СНП шеи, а также по околопищеводной и претрахеальной клетчатке. Различают передние медиастиниты – чаще, и задние – реже. Они могут протекать молниеносно – одновременно с флегмонами дна полости рта и шеи.

Подозрение на медиастинит может появиться в том случае, когда не смотря на адекватную терапию (общую и местную), состояние больного продолжает ухудшаться. Одним из основных симптомов является загрудинная боль, усиливающаяся при опрокидывании головы (симптом Герке). Во время входа наблюдается втяжение тканей в области яремной впадины (симптом ревич-Щербо). Положение больного вынужденное - он сидит с опущенной головой или лежит на боку с приведёнными к животу ногами. Подбородок прижат к груди.

Важным диагностическим методом при медиастините является рентгенография, определяющая расширение тени средостения, выпота в плевральной полости. В крови отмечается выраженный лейкоцитоз, резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, значительное увеличение СОЭ. Отмечается нарушение гомеостаза (изменение кислотно-щелочного состояния, содержание молочной и пировиноградной кислот, электролитного баланса). Обнаруживается изменение показателей коагулограммы в разгар заболевания возможна гиперкоагуляция. При эффективном лечении показатели коагулограммы и ТЭГ снижаются, приближаясь к норме.

Исход медиастинита в значительной мере обусловлен ранней диагностикой и своевременной комплексной терапией: местной- медиастинотомией, общей- интенсивной антибактериальной, дезинтоксикационной терапией.

Наиболее распространена чресшейная медиастинотомия по В.И Разумовскому.

В практической части занятия проводятся курация больных по теме если нет тематических больных, студенты создав группы по 3 человека, один из которых имитирует больного с сепсисом или медиастинитом – другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр (визуальный, пальпаторный органов лица и шеи).

При этом оцениваются знания как студента «больного» -правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента «врача» - на сколько корректно, логично, целенаправленно со знанием темы проводит обследование больного. При обследовании больных необходимо научить студента проводить пальпацию, определять границу очага воспаления, степень тяжести дыхания, частоту дыхания, вынужденное положение и тд.

В аналитической части проводится решение ситуационных задач по теме занятия II уровня сложности (приложение 4). В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов правильности проведения этапов обследования больных, интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

Преподавательские заметки:

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам, содержащим контрольные вопросы (приложение 1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко. Четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками. (45 минут)

2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач.

Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-4 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами. Учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия (приложение 2). Через 5-7 минут обдумывания и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом ни один студент не остаётся в стороне от усвоения темы занятия. (45 минут)

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля усвоения данной темы (приложение 4) (15 минут).

4. В конце занятий подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоритической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

а. контрольные вопросы

1. темы самостоятельной работы (приложение 3)

2. тесты II уровня сложности (приложение 4)

Оснащение практического знания.

1. диапроектор слайды

2. муляжи

3. плакаты, альбомы

4. череп и нижняя челюсть

5. рентгенологические снимки больных

6. инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др)

Виды контроля знаний, умений и навыков.

Оценка теоритических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

Самостоятельная работа студента

1. Зарисовать в альбом фазы сепсиса и лечение в различный период течения заболевания.

2. Симптомы медиастинита.

Контрольные вопросы:

1. Одонтогенные воспалительные процессы ЧЛО и их особенности

2. Осложнения воспалительных заболеваний ЧЛЮ
3. Этиопатогенез сепсиса и медиастинита
4. Роль общего состояния организма больного при появлении воспалительных осложнений
5. Клиника, диагностика и лечение сепсиса в различные периоды заболевания.
6. Клиника, диагностика и лечение медиастинита.

Литература

1. Т.Г Робустова «Хирургическая стоматология» - М; Медицина, 1990. с 222-226.
2. А.Г Шаргородский «Восстановительные операции челюстно-лицевой области и шеи» М; Медицина 1985 стр 290-305
3. Ю.И Бернадский «Очерки челюстно-лицевой хирургии» Киев 1978 стр 211.
4. Н.А Груздев «Острая одонтогенная инфекция» 1978 стр 184

I. ТЕМА 7 ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ: РЕАКТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ.

Преподаватель: _____
Количество часов - 4 часа

Структура занятия

ШАГИ	ЦЕЛЬ	ОПИСАНИЕ
ПРОВЕРКА	Проверка базового знаний студентов (по опросным листам).	• Требуются короткие и точные ответы на вопросы. • Не допускайте дискуссии; • Не допускайте использования записей в конспектах, а также учебников; • Опрос заканчивается постановкой рейтингового балла в журнал и объявлении их студентам.
ОБЗОР	Установление мотивации изучения данной темы и ввести их в курс изучаемого материала.	• Сделайте обзор работы предстоящего занятия. • Раскройте задачи обучения данного занятия. • Определите мотивацию получения студентами данной информации.

ПРЕЗЕНТАЦИЯ	Обсуждение темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач и контрольных тестов 1 уровня).	• Каждому студенту дайте опросный лист с описанием ситуационных задач одинакового содержания; • Дайте 5-7 мин для обдумывания; • Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, взаимного консультирования присутствующих; • При обсуждении раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии; • Подтвердите правильный выбор версии на демонстрационных материалах (слайды, учебные плакаты, фильмы, муляжи и т.д.).
ПРАКТИКА	Выработка практических навыков студентов по диагностике и оказанию первой	• Обеспечьте контроль работы студентов с больными; • Независимо стационар или поликлиника - не допускайте приема больных студентами без контроля

	врачебной помощи при дистрофических заболеваниях слюнных желез (прием больных в поликлинике, работа в перевязочной и у койки в стационаре)	преподавателя или лечащего врача; • Дайте возможность студенту прийти к самостоятельному решению, только после этого внесите коррекцию.
итог	Подвести итог занятию, уточнить, что было усвоено. Дать задания к следующему занятию.	• Проведите обсуждение истории болезни (амбулаторных карт) осмотренных (принятых) больных. • Дайте каждому студенту по 1 контрольному тесту 2 уровня. • При этом не разрешайте пользоваться записями в конспектах или учебными пособиями. • Сделайте резюме по теме и по проделанной работе студентов.

II. Цель занятия:

Ознакомить студентов с причинами возникновения реактивно-дистрофических заболеваний слюнных желез;

Рассмотреть особенности клиники, диагностики и лечения реактивно-дистрофических заболеваний слюнных желез в процессе обследования больных.

III. Перечень рассматриваемых вопросов по теме и методы их реализации:

- Гиперсаливация и гипосаливация. Клиника, диагностика и лечение;
- Особенности клинической картины, диагностики и лечения болезни Микулича;
- Особенности клинической картины, диагностики и лечения болезни Гужеро-Шегрена;

IV. Преподавательские заметки по теме практического занятия №

Содержание занятия	Демонст. Материалы
I. Введение А. Вводная информация Б. Чему вы научитесь? В. Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез: клиника, особенности диагностики,	Слайды, тематические плакаты. Рентгеновские снимки больных.

лечение.

Гиперсаливация (сиалорея, птиализм) -повышенное выделение слюны. Увеличение секреции слюнных желез связано с различными заболеваниями. Оно отмечается при одонтогенных воспалительных заболеваниях, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, глистной инвазии, отравлении ртутью и свинцом, при заболеваниях центральной и периферической нервной системы, при паркинсонизме, после эпидемического энцефалита. Клиника: при обследовании нарушен акт глотания, при ранении языка, дна полости рта, бульбарном параличе, им мешает скапливающаяся слюна во рту, и нормальное количество они обычно принимают за обильное. Гипосаливация - пониженная секреция слюны - встречается довольно часто и иногда приводит к явлению сухости во рту - ксеростомии. Как временное явление возникает при острых инфекционных заболеваниях, при некоторых заболеваниях пищеварительной системы, при эндокринных расстройствах. При синдроме и болезни Шегрена является ведущим симптомом. Клинически различают три стадии ксеростомии: начальную, клинически выраженную и позднюю. При начальной стадии ксеростомии жалобы на боль и неприятные ощущения в языке, слизистой оболочке рта, не предъявляют жалоб на сухость, другие - на периодически появляющуюся сухость полости рта при разговоре. Объективно: во рту небольшое количество слюны, слизистая оболочка умеренно увлажнена, имеет нормальную розовую окраску. Из протоков слюнных желез при массировании выделяется прозрачный секрет в обычном или умеренном количестве. При клинически выраженной стадии: жалобы на постоянную сухость во рту, особенно во время еды, при длительном разговоре. Объективно: слизистая оболочка розовой окраски, нормально увлажнена или суховата. При массировании железы получают несколько капель прозрачной слюны. При

цитологическом исследовании: в секрете слюнных желез отмечается появление бокаловидных клеток, секретирующих слизь. При поздней стадии: жалобы на сухость во рту, боль во время еды, чувство жжения во рту. Получить слюну при массажировании не удастся. Даже со стимуляцией пилокарпином получить слюну не удастся. Цитологически: слюна богата клеточными элементами, в том числе клетками мерцательного кубического эпителия. Лечение: затруднительно, т.к. этиология и патогенез заболевания неизвестны. Терапия направлена на стимулирование слюноотделения при обязательном лечении основного заболевания, явившегося причиной ксеростомии. В начальной стадии проводят электрофорез или гальванизацию с йодидом калия в области слюнных желез. В клинически выраженной и поздней стадиях заболевания лечение начинают с новокаиновой блокады в области слюнных желез (2 раза в неделю, всего 5 процедур), а заканчивают гальванизацией. Для устранения ксеростомии может быть применен галантамин (кроме больных с синдромом Шегрена). Болезнь и синдром Микулича. Сочетанное увеличение слезных и всех слюнных желез. Если оно наблюдается при лейкозе, лимфогранулематозе, туберкулезе, сифилисе, эндокринных нарушениях, то носит название синдрома Микулича. Этиология и патогенез неизвестны. Предполагается, что причиной может быть нейротрофические, гуморальные и аутоиммунные расстройства. Клиническая картина. Наблюдается припухание желез, они плотные, безболезненные, цвет кожи над ними не изменен. Наблюдается локализация припухлости во всех железах (крупных и мелких). Может присоединиться воспалительный процесс, и сиалоз переходит в сиаладенит. На сиалограмме: необычно больших размеров железа. В структуре протоков и тени паренхимы отклонений нет. При нарастании процесса отмечается нечеткость тени паренхимы, протоки очень узкие, имеют ровные контуры, в поздних стадиях - тень паренхимы железы по периферии не

отмечается. При генерализованном поражении лимфатического аппарата синдром Микулича является опухолевым перерождением лимфоретикулярной системы. Лечение: трудное. Проводят рентгенотерапию, но эффект нестойкий. Проводят новокаиновую блокаду, назначают галантамин. При хроническом воспалении - противовоспалительная терапия: компрессы, введение в протоки бактериофага, антибиотиков. Болезнь и синдром Гужеро-Шегрена. Заболевания, характеризующееся сочетанием признаков недостаточности желез внешней секреции: слезных, слюнных, потовых, сальных. Этиология и патогенез изучены мало. Считается, что в развитии заболевания определенную роль играют инфекция, эндокринные расстройства, нарушение функции вегетативной нервной системы, иммунного статуса. Выделяют синдром Шегрена, когда нарушения функции всех желез внешней секреции возникают при системной красной волчанке, системной склеродермии и т.д. Клиника. Клиническое течение многообразное. Больные жалуются на сухость в полости рта, периодически появляющееся воспаление околоушных слюнных желез, общую слабость, быструю утомляемость. Иногда в начале появляется сухость слизистых оболочек глаза, светобоязнь, чувство песка в глазах, затем увеличение околоушных слюнных желез, реже - поднижнечелюстных. При обследовании околоушных желез в период ремиссии они часто бывают увеличены, плотны, бугристы, безболезненны. Обычно поражаются обе парные железы, иногда увеличиваются лимфоузлы. Припухлость то увеличивается, то уменьшается. Ухудшается самочувствие, обострение протекает очень тяжело, с высокой температурой тела, сильной болью, слизисто-гнойными выделениями из протока. При сиалографии в железе определяется полости различных размеров, контуры их нечеткие,

изображение паренхимы не определяется. Мелкие протоки прерывисты. Дифференциальный диагноз проводят от опухоли, хронического паренхиматозного и интерстициального паротитов, а также от хронического сиалодохита. Диагноз - на основе цитологического исследования секрета, сиалометрии и сиалографии, выявление признаков ксерофтальмии и нарушения пищеварения. Отмечаются различной степени изменения в крови: повышение СОЭ, лейкопения, иногда лейкоцитоз, гипергаммаглобулинемия + ревматоидный фактор. Лечение проводится в клинике ревматологических заболеваний. Ревматолог назначает базисную терапию, показанную при аутоиммунном процессе, в зависимости от его активности - цитостатические, стероидные и противовоспалительные средства (преднизолон, бруфен, метиндол, цитостатики, салицилаты и т.д.). общеукрепляющая терапия (поливитамины, ретаболил, натрия нуклеинат) показана всем больным. Местное лечение для воздействия на слюнную железу - димексид, новокаиновые блокады, физические методы.

Приложение. I. Вопросы для контроля базового знания студентов.

1. Что вы знаете о пtiализме?
2. Понятие гипосаливации.
3. Стадии ксеростомии.
4. Жалобы при начальной стадии ксеростомии.
5. Болезнь Микулича. Клиника, лечение.
6. Изменения на сиалограмме при болезни Микулича.
7. Болезнь Гужеро-Шегрена. Этиология и патогенез.
8. Клиническая картина болезни Гужеро-Шегрена.
9. Диагностика и дифференциальная диагностика болезни Гужеро-Шегрена.

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача № 1.

Больная 60 лет. Наблюдается увеличение слезных желез, а также околоушных и поднижнечелюстных слюнных желез.

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика лечения. Ответ:
 1. болезнь Микулича.
2. Рентгенотерапия. Применение новокаиновой блокады и галантамина. Препараты, повышающие резистентность организма (поливитамины, нуклеинат натрия).

Ситуационная задача №2.

Сиалограмма левой околоушной железы в боковой проекции. Контуры протоков неровные и нечеткие. Контрастная масса проникла через стенки протоков и определяется в виде нечетких теней неправильной формы за пределами протоков.

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциальный диагноз. Ответ:
 1. болезнь Шегрена.
 2. Дифференциальный диагноз проводят с опухолью, хроническим паренхиматозным и интерстициальным паротитами, а также дифференцируют от хронического сиалодохита.

Ситуационная задача № 3.

Больной 52 года жалуется на сухость во рту, общую слабость, светобоязнь, чувство песка в глазах.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте тактику лечения. Ответ:
 1. болезнь Гужеро-Шегрена.
 2. Лечение комплексное, проводится совместно с ревматологом. Назначаются стероидные и противовоспалительные средства, общеукрепляющая терапия. Также проводится симптоматическая терапия: назначаются препараты, стимулирующие функцию слюнных желез, а также глазные капли.

III. Контрольные тесты. 1

уровень:

1. Одним из симптомов болезни Микулича является:
 - А. повышение температуры тела
 - Б. гиперсаливация
 - В. анорексия
 - Г. бессимптомное течение
 - Д. припухание желез

2. При болезни Микулича слюнные железы:

- А. плотные, безболезненные, цвет кожи над ними не изменен
- Б. плотные, безболезненные, цвет кожи над ними изменен
- В. не изменены
- Г. увеличены, болезненны
- Д. болезненны, цвет кожи над ними изменен

3. При начальной стадии ксеростомии больные жалуются на:

- А. повышение температуры тела
- Б. гиперсаливацию
- В. на боль и неприятные ощущения в языке, на сухость жалоб не предъявляют
- Г. на боль и неприятные ощущения в языке, на гиперсаливацию
- Д. нет верного ответа

4. Гипосаливация как временное явление возникает при:

- А. дизентерии
- Б. брюшном тифе
- В. гепатите
- Г. гастроэнтероколите
- Д. все ответы верные

5. При синдроме и болезни Шегрена:

- А. ксеростомия является ведущим симптомом
- Б. ксеростомия не является ведущим симптомом
- В. гиперсаливация является ведущим симптомом
- Г. гиперсаливация может чередоваться с гипосаливацией
- Д. нет верного ответа

6. При цитологическом исследовании секрета слюнных желез при клинически выраженной стадии отмечают:

- А. бокаловидные клетки
- Б. клеточный состав без изменений
- В. при клинически выраженной стадии проводить цитологическое исследование нельзя
- Г. клетки плоского ороговевающего эпителия
- Д. клетки мерцательного кубического эпителия

7. Болезнь Гужеро-Шегрена характеризуется:

- А. недостаточностью желез внешней секреции
- Б. недостаточностью желез внутренней секреции
- 8. недостаточностью желез внешней и внутренней секреции
- Г. функция желез не изменяется
- Д. недостаточностью функции половых желез

8. Хронический сиаладенит при болезни и синдроме Шегрена чаще протекает как:
А. интерстициальный Б. паренхиматозный
8. при болезни и синдроме Шегрена не наблюдается Г. слюннокаменная болезнь Д.
все ответы верные

9. Терапия болезни Микулича:
А. не представляет трудностей
Б. не поддается лечению
В. эффективна рентгенотерапия
Г. рентгенотерапия противопоказана
Д. представляет большие трудности

10. Синонимы гипосаливации:
А. гипосиалия
Б. олигоптиализм
В. олигосиалия
Г. ответы А,Б,В верны
Д. нет правильного ответа

2 уровень:

1. К реактивно-дистрофическим изменениям слюнных желез относят:

- 1) болезнь и синдром Микулича
- 2) болезнь и синдром Шегрена
- 3) синдром Хеерфордта
- 4) аденому

А. 1,2,3 Б. 1,4 В. 2,4 Г. 4 Д. 3

2. При начальной стадии ксеростомии жалобы на:

- 1) боль
- 2) неприятные ощущения в языке
- 3) сухость во рту
- 4) не предъявляют жалоб на сухость
- 5) зуд в полости рта

А. 3,4,5 Б. 1,2,4 В. 1,2,3,4,5 Г. 4,5 Д. 1,4

3. Секреция слюнных желез снижается при:

- 1) гипотиреозе
- 2) патологическом гипогонадизме
- 3) физиологическом климаксе
- 4) авитаминозе
- 5) анемии

А. 1,2 Б. 3,4 В. 4,5 Г. все ответы верные Д. нет верного ответа

4. Различают следующие стадии ксеростомии:

- 1) начальную
- 2) клинически выраженную
- 3) позднюю
- 4) терминальную
- 5) стадии не различают

А. 1,2,3 Б. 2,3 В. 4,5 Г. все ответы верные Д. 1,4,5

5. Обследование околоушных желез в период ремиссии при болезни Гужеро-Шегрена показывает:

- 1) увеличены
- 2) плотны
- 3) болезненны
- 4) бугристы
- 5) безболезненны

А. 1,3 Б. 1,2,4,5 В. 1,2,3,4 Г. все ответы верные Д. нет верного ответа

Тема № 8. Острые воспалительные заболевания слюнных желез (эпидемический паротит, постинфекционный и послеоперационный сиалодениты). Общие принципы лечения и профилактика.

Шаги	Цель	Описание
Проверка	Проверка базового знания студентов (по опросным листам)	Требуются короткие и точные ответы на вопросы. Не допускайте дискуссию. Не допускайте пользоваться записями в конспектах, а также учебниками. Опрос заканчивается постановкой рейтингового балла в журнал и объявлением его студентам.
Обзор	Установить мотивации изучения данной темы и ввести их в курс изучаемого материала	Сделайте обзор работы предстоящего занятия. Раскройте задачи обучения данного занятия. Определите мотивацию (необходимость) получения ими данной информации.

Презентация	Обсуждение темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач и контрольные тесты 1 уровня).	-Каждому студенту дайте по одному листу с описанием ситуационных задач одинакового содержания. -Дайте 5-7 минут для обдумывания. -Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, а также взаимное консультирование присутствующих. -При обсуждении раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии. -Подтвердите правильность версии на демонстрационных материалах (слайды, учебные плакаты, фильмы, муляжи и т.д.). -Обсуждение заканчивается решением контрольных тестов 1 уровня).
Практика	Выработка практических навыков студентов по диагностике и оказанию первой врачебной помощи при острых воспалительных заболеваниях слюнных желез (прием больных в поликлинике и стационаре).	-Обеспечить контроль работы студентов с больными. -Независимо, стационар или поликлиника, не допускайте прием больных студентами без контроля преподавателя или лечащего врача. - Дайте возможность студенту прийти к самостоятельному решению, только после этого внесите коррекцию.
Итог	Подвести итог занятия, уточнить, что было освоено. Дать занятия к следующему занятию.	-Проведите обсуждение истории болезни осмотренных больных. -Дайте каждому студенту по 1 контрольному тесту 2 уровня. При этом не разрешайте пользоваться записями в конспектах или учебными пособиями -Сделайте резюме по теме и по проделанной работе студентов.

Цель занятия.

Ознакомить студентов с классификацией воспалительных заболеваний слюнных желез. Методы обследования и диагностики воспалительных заболеваний слюнных желез.

Перечень рассматриваемых вопросов по теме и методы их реализации:

- Эпидемический паротит. Этиология, клиника, лечение (ответы на вопросы, беседа);
- Неинфекционные сиалодениты. Разновидности. Особенности клиники, течение и лечение. Профилактика (мозговой штурм, беседа, решение контрольных тестов и ситуационных задач)

4 преподавательские заметки по теме практического занятия №12

Содержание занятия	Демонстр. Мат.
Введение А. Вводная информация Б. Чему вы научитесь? В. Острые воспалительные заболевания слюнных желез (эпидемический паротит, гриппозный сиалоденит, неинфекционные ..; Клиника, диагностика, лечение, профилактика. 1.Эпидемический паротит – острое инфекционное вирусное заболевание, характеризующееся воспалением больших слюнных желез.	Слайды Тематические плакаты, контрастные рентгеновские снимки слюнных желез

В основном болеют дети в возрасте от 7 до 10 лет. Возбудитель болезни – фильтрующий вирус.

Заражение происходит воздушно-капельным и контактным путем. Инфекционный период болезни составляет в среднем 2-3 недели. В зависимости от тяжести течения разделяют три формы: легкую, среднюю и тяжелую. При легкой форме паротита припухание околоушных желез почти безболезненно, из их протоков выделяется прозрачная слюна. Все это исчезает на протяжении недели.

При средней степени тяжести заболевания отмечается:

- недомогание
- головная боль
- озноб
- сухость во рту
- температура 37.5 – 38 градусов С

Возникает болезненное припухание железы. Через 1 – 2 дня также припухает другая сторона, через 3 – 4 дня воспалительные явления начинают стихать.

При тяжелой форме – отмечается припухлость с обеих сторон.

Развивается катаральный стоматит, температура повышается до 39 – 40 градусов. На 5 – 6 день может наступить абсцедирование эпидемического паротита у большинства больных заканчивается выздоровлением.

Лечение эпидемического паротита в основном симптоматическое и заключается в уходе за больными и предупреждении осложнений

2. Гриппозный сиалоденит

- болезнь, развивающаяся в период эпидемии гриппа. Часто поражаются обе парные слюнные железы. Воспалительные явления нарастают быстро, на протяжении 1 – 2 дня наступает полное расплавление железы.

3. Постинфекционный и послеоперационный сиалодениты – чаще наблюдаются в области околоушных слюнных желез. Часто развивается при тифах. Существуют стоматогенный, гематогенный, лимфогенный пути распространения инфекции. Инфекция чаще проникает через устье выводного протока железы.

Быстрое нарастание воспалительных явлений, на протяжении 1 – 2 дней может привести к некрозу железы. При серозном и гнойном паротите в случае благоприятного течения процесса воспалительные явления через 10 – 15 дней постепенно стихают.

4. Неинфекционные сиалодениты.

5. Оснащение практического занятия:

Тематические учебные таблицы
Тематические учебные слайды
Рентгеновские снимки

Задания для самостоятельной работы и УИРС:

Методы обследования воспалительных заболеваний слюнных желез
Классификация острых воспалительных заболеваний слюнных желез

Литература:

1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология/ М.: Медицина, 1990. 331-342 с.
2. Швырков М.Б. , Афанасьев В.В., Стародубцев В.С. Неогнестрельные переломы челюстей/ М.: Медицина, 1999 11-44, 133-169
3. Аржанцев П.З. , Иващенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица/ М.: Медицина , 1975 23-40 с
4. Кабаков Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей/ М.: Медицина, 1981 5-34 с.

Приложение.

Вопросы для контроля базовых знаний студентов

1. Общее понятие острых воспалительных заболеваний слюнных желез.
2. Что такое эпидемический паротит?
3. Этиопатогенез эпидемического паротита.
4. Расскажите о клинических формах эпид. паротита
5. Лечение эпидемического паротита
6. Расскажите о гриппозном сиалодените
7. Понятие о постинфекционном и послеоперационном сиалодените
8. Неинфекционные сиалодениты
9. Профилактика острых воспалительных заболеваний слюнных желез.

II. Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1. Женщина 56 лет поступила в стоматологическое учреждение с жалобами на припухлость в области шеи, припухлость равномерная, отмечает боль в затылке, чувство неловкости в ушах. Припухлость постоянная, безболезненная. Увеличенная железа имеет гладкую, ровную поверхность, с подлежащими тканями не спаяна. Со слов больной припухлость появляется в зимнее время, но, через несколько дней, припухлость спадает. На основе клинических данных поставьте диагноз.

- а. Интерстициальный сиаладенит
- б. Лимфогенный сиаладенит
- в. Эпидемический паротит
- г. Паренхиматозный сиаладенит
- д. Гриппозный сиаладенит

Ситуационная задача № 2. Больной 62 лет обратился в стоматологическое учреждение с жалобами на припухлость в области шеи, чувства тяжести в околоушных областях, выделение неприятной гнойной слюны. Припухлость, безболезненная бугристая кожа, покрывающая припухлость, истончена и имеет рубцы от ранее производимых разрезов по поводу абсцедирования паротита. На основе клинических данных поставьте диагноз:

- а. Паренхиматозный сиаладенит
- б. Интерстициальный сиаладенит
- в. Эпидемический паротит
- г. Слюннокаменная болезнь
- д. Лимфогенный сиаладенит

Ситуационная задача № 3. Больная 53 лет обратилась в стоматологическое учреждение с жалобами на периодически возникающую припухлость при приеме острой пищи в околоушно-жевательной области, сопровождающееся неприятным ощущением распирающего характера, нерезкой болью. Припухлость небольших размеров, неравномерно уплотнена. Из околоушных протоков обильно выделяется водянисто-слизистый секрет с гноем. Поставьте диагноз:

- а. Хронический сиалодохит
- б. Эпидемический паротит
- в. Слюннокаменная болезнь
- г. Лимфогенный сиалоденит
- д. Гриппозный сиалоденит.

III. Контрольные тесты

1. При эпидемическом паротите чаще всего поражаются:
 - а. Околоушные слюнные железы
 - б. Поднижнечелюстные слюнные железы
 - в. Подъязычные слюнные железы
 - г. Малые слюнные железы
 - д. Все поражаются одинаково
2. Заражение эпидемическим паротитом происходит:
 - а. Воздушно-капельным путем
 - б. Фекально-оральным путем
 - в. Алиментарным путем
 - г. Парентерально
 - д. Нет правильного ответа
3. Микроскопически при эпидемическом паротите воспалительного процесса железы:
 - а. Гиперемирована
 - б. Воспалительный отек стромы
 - в. Лейкоцитарная инфильтрация
 - г. Большое количество слущивающихся эпителиальных клеток
 - д. Все ответы верны
4. Инкубационный период при эпидемическом паротите:
 - а. 2-3 недели
 - б. 1-2 дня
 - в. 3-4 месяца
 - г. 5-6 недель
 - д. Один год
5. Три формы клинического течения эпидемического паротита:
 - а. Легкая, средняя, тяжелая
 - б. Острая, подострая, хроническая
 - в. Острая, хроническая, обострение хронической
 - г. Легкая, тяжелая, крайне тяжелая
 - д. Острая, подострая, тяжелая
6. При осложненной форме эпидемического паротита наблюдается поражение:
 - а. Нервной системы
 - б. Сердечно-сосудистой
 - в. ЖКТ
 - г. Костных структур
 - д. Все ответы верны
7. При значительном снижении функции слюнных желез при эпидемическом паротите в их проток вводят:
 - а. Пенициллин и стрептомицин в 1 мл 0.5 % раствора новокаина
 - б. Трихопол в 2 мл 2% раствора новокаина
 - в. Поливитамины
 - г. Нуклеиат натрия
 - д. Парацетамол
8. К острым воспалениям слюнных желез относится:
 - а. Гриппозный сиаладенит
 - б. Интерстициальный сиаладенит
 - в. Паренхиматозный сиаладенит

- г. Лимфогенный сиаладенит
- д. Контактный сиаладенит

9. При гриппозном сиаладените, когда поражаются околоушные слюнные железы отмечается боль:

- а. При открывании рта
- б. При глотании
- в. При движении языка
- г. При повороте головы
- д. При дотрагивании до шеи

10. Острый сиалоденит наиболее часто возникает при:

- а. Тифах
- б. Малярии
- в. Пневмонии
- г. Сахарном диабете
- д. Дифтерии

11. К поздним осложнениям гнойного паротита относятся:

- а. Образование слюнных свищей
- б. Околоушной гипергидроз
- в. Уплотнение железы
- г. Нефункционирование слюнной железы
- д. Множественные узелковые образования в железе

- 1. А, Б
- 2. А, Г, Д
- 3. Б, Г
- 4. В, Д
- 5. А, Д
- 6.

12. Источником инфекции при лимфогенном спаладените может быть воспалительный процесс

- а. В зеве
- б. В носоглотке
- в. Языке
- г. Нижней челюсти
- д. Все ответы верны

13. При цитологическом исследовании секрета железы при лимфогенном сиаладените определяются клетки

- а. Нейтрофилы
- б. Лимфоциты
- в. Гистноциты
- г. Макрофаги
- д. Все ответы верны

14. С целью усиления саливации полость рта обрабатывают:

- а. 0.5-1% раствором лимонной кислоты
- б. 2% раствором новокаина
- в. Слабым раствором марганцовки
- г. Физ. раствором
- д. Все ответы верны

15. Пути распространения инфекции при острых сиаладенитах

- а. Стоматогенно
- б. Гематогенно
- в. Лимфогенно
- г. Парентерально

д. Алиментарным путем

ТЕМА № 9. ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИАГНОСТИКА,

Шаги	Цель	Описание
Проверка	Проверка базового знания студентов (по опросным листам)	Требуются короткие и точные ответы на вопросы. Не допускайте дискуссию. Не допускайте пользоваться записями в конспектах, а также учебниками. Опрос заканчивается постановкой рейтингового балла в журнал и объявлением его студентам.
Обзор	Установить мотивации изучения данной темы и ввести их в курс изучаемого материала	Сделайте обзор работы предстоящего занятия. Раскройте задачи обучения данного занятия. Определите мотивацию (необходимость) получения ими данной информации.
Презентация	Обсуждение темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач и контрольные тесты 1 уровня).	-Каждому студенту дайте по одному листу с описанием ситуационных задач одинакового содержания. -Дайте 5-7 минут для обдумывания. -Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, а также взаимное консультирование присутствующих. -При обсуждении раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии. -Подтвердите правильность версии на демонстрационных материалах (слайды, учебные плакаты, фильмы, муляжи и т.д.). -Обсуждение заканчивается решением контрольных тестов 1 уровня).
Практика	Разработка практических навыков студентов по диагностике и оказанию первой врачебной помощи при хронических неспецифических воспалительных заболеваниях слюнных желез (прием больных вы поликлинике и в стационаре).	-Обеспечить контроль работы студентов с больными. -Независимо, стационар или поликлиника, не допускайте прием больных студентами без контроля преподавателя или лечащего врача. - Дайте возможность студенту прийти к самостоятельному решению, только после этого внесите коррекцию.
Итог	Подвести итог занятия, уточнить, что было освоено. Дать занятия к следующему занятию.	-Проведите обсуждение истории болезни осмотренных больных. -Дайте каждому студенту по 1 контрольному тесту 2 уровня. - При этом не разрешайте пользоваться записями в конспектах или учебными пособиями -Сделайте резюме по теме и по проделанной работе студентов.

ЛЕЧЕНИЕ. ЭНТИОПАТОГЕНЕЗ И ПАТАНАТОМИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СИАЛОДЕНИТОВ.

Цель занятия.

Ознакомить студентов с хроническими неспецифическими воспалительными заболеваниями слюнных желез. Причины возникновения заболеваний. Методы диагностики и обследования больных.

Перечень рассматриваемых вопросов по теме и методы их реализации:

Энтропатогенез и патанатомия хронических сиаоденитов. (ответы на вопросы, беседа);

Интерстициальный сиаоденит. Клиника, диагностика, лечение (ответы на вопросы, беседа, решение контрольных тестов и ситуационных задач);

Паренхиматозный сиаоденит. Клиника, диагностика, лечение (беседа, решение контрольных тестов и ситуационных задач);

Хронический сиаоденит. Клиника, диагностика, лечение(мозговой штурм, беседа, решение контрольных тестов и ситуационных задач)

4 преподавательские заметки по теме практического занятия №13

Содержание занятия	Демонстр. Мат.
Введение. А. Вводная информация. Б. Чему вы научитесь? В. Хронические неспецифические воспалительные заболевания слюнных желез интерстициальный сиаоденит, хронический сиаоденит . Клиника, диагностика, лечение диф. диагностика, пат. анатомия. 1 интерстициальный сиаоденит – характеризуется поражением интерстициальной железы. Этиология изучена мало. Предполагается, что нарушение в слюнных железах возникает на фоне общих заболеваний организма – нарушении обменных процессов. При патологоанатомическом исследовании слюнных желез определяется рыхлая соединительная ткань в междольковых прослойках с отеком и ангиоматозом; кровеносные сосуды расширены и переполнены кровью. Интерстициальным паротитом чаще страдают женщины. Характерный признак – равномерное припухание слюнных желез. Различают начальную, клинически выраженную и позднюю стадии процесса. Диагноз подтверждается данными с палографии. 2. Паренхиматозный сиаоденит. Этиология изучена недостаточно. Патоморфологические изменения слюнных желез характеризуются отеком и выраженным ангиоматозом в междольковых прослойках, наличием отдельных расширенных выводных протоков. Клиника в начальной стадии заболевания характеризуется бессимптомным течением. В клинически выраженной стадии больных при массировании железы беспокоит соленоватое выделение, чувство тяжести в области железы. Иногда железы увеличены. Из протоков выделяется секрет с примесью слизистых комочков или же он бывает прозрачный, умеренно вязкий. В поздней стадии заболевания больных беспокоят припухлость в области железы, иногда болезненность в околоушных областях, выделение неприятной гной ной слюны, иногда чувство сухости во рту. Припухлость бывает бугристая, болезненная. Диагноз хронического паренхиматозного маладенита подтверждается цитологически и слалографически. Диф.диагностика: с	Слайды Тематические плакаты, Рентгеновские снимки больных

гиперстициальным сиаладенитом, с сиалодохитом, эпидемическим паротитом, с опухолями. 3. Хронический сиалодохит. Этиология этой болезни большую роль играет врожденная эктазия протоков слюнной железы. Существует мнение, что заболевание является одним из вариантов течения парелхиматозного паротита. Чаще слюнные железы поражаются с двух сторон. При патоморфологическом исследовании между протоками и дольками железы обнаруживаются лимфонеостиоцитарные и лимфогранулоцитарные инфильтраты с примесью полинуклеаров. Выводные протоки железы расширены, выстланы многоядным кубическим эпителием. Хронически сиалодохинтом страдают чаще лица пожилого возраста, В клинике различают начальную, клинически выраженную позднюю стадии болезни. Обострение хронического сиалодохинта протекает бурно, сопровождается сильной болью, повышением температуры тела. Эту болезнь следует дифференцировать от паренхиматозного интерстициального и эпидемического паротитов, слюнокашлевой болезни, кисты слюнной железы, опухоли слюнной железы. Диагноз подтверждается данными сиалографии, рентгенографии, цитологии секрета. 4. Лечение больных с хронической формой сиалоденитов должно быть комплексным и включает коррекцию нарушенного иммунитета; терапию системных заболеваний; улучшение функции слюнной железы; диспансеризацию в специализированных учреждениях. Больные хроническим сиаладенитом практически не выздоравливают. Это обусловлено этиопатогенетическими факторами. Поэтому особенно важна профилактика. Регулярное проведение комплекса лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить количество обострений процесса и перевести активную форму течения заболевания в неактивную.	

6. Оснащение практического занятия:

Тематические учебные таблицы
Тематические учебные слайды
Рентгеновские снимки

Задания для самостоятельной работы и УИРС:

Этиопатогенез и патанатомия хронических сиалоденитов
Классификация хронических воспалительных заболеваний слюнных желез.

Литература:

- Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология/ М.: Медицина, 1990. 331-342 с.
- Швырков М.,Б. , Афанасьев В.В., Стародубцев В.С. Неогнестрельные переломы челюстей/ М.: Медицина, 1999 11-44, 133-169
- Аржанцев П.З. , Иващенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица/ М.: Медицина , 1975 23-40 с
- Кабаков Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей/ М.: Медицина, 1981 5-34 с.

I. Вопросы для контроля базового знания студентов.

1. Анатомическое строение слюнных желез и их функции.
2. Интерстициальный сиалоденит и его клиническое течение.
3. Диагностика и диф.диагностика интерстициального сиалоденита.
4. Понятие о паренхиматозном сиалодените, клиника.
5. Пат.анатомические изменения в железе при паренхиматозном сиалодените.
6. Диагностика и диф. диагностика паренхиматозного сиалоденита.
7. Клиническое течение хронического сиалодохита.
8. Дифференцированная диагностика хронического сиалодохита.
9. Лечение всех видов хронических сиалоденитов.

II. Ситуационные задачи.

Ситуационная задача № 1. Больной 18 лет обратился в поликлинику хирургической стоматологии с жалобами на припухлость околоушной слюнной железы и болезненными ощущениями в области шеи. Припухлость появилась три дня назад, была безболезненной, через три дня появилась небольшая боль, отмечается сухость в полости рта, снижение аппетита. Кожа над припухлостью имеет нормальную окраску, но напряжена. Левая околоушная слюнная железа припухла сильнее, чем правая. Поставьте диагноз на основе клинических данных:

- а. Эпидемический паротит
- б. Интерстициальный сиалоденит
- в. Слюннокаменная болезнь
- г. Хронический сиалодохит
- д. Паренхиматозный сиалоденит

Ситуационная задача № 2. Больной 32 лет поступил в стоматологическое учреждение с жалобами на припухлость в области шеи, болезненными ощущениями при открывании рта и повороте головы. Четыре дня назад появился озноб, упадок сил, температура тела поднялась до $39,40^{\circ}\text{C}$. Все признаки гриппа. На третьи сутки появилась припухлость, сначала с одной стороны, потом с другой. Поставьте диагноз на основе клинических данных:

- а. Гриппозный сиаладенит**
- б. Интерстициальный сиаладенит**
- в. Хронический сиаладенит**
- г. Эпидемический паротит
- д. Паренхиматозный сиалоденит

Ситуационная задача № 3. Больной 29 лет поступил в стоматологическое учреждение с жалобами на появление болезненного уплотнения в области околоушной слюнной железы. Две недели назад у больного отмечались сильные боли в области нижней челюсти справа, он не обратился к врачу, так как через сутки боль уменьшилась. Общее состояние больного: температура тела 38°C , пульсирующая боль в области железы. Покрывающая железу кожа покрасневшая, воспаленная с инфильтратом. Поставьте диагноз на основе клинических данных:

- а. Лимфогенный сиалоденит
- б. Эпидемический паротит
- в. Слюннокаменная болезнь
- г. Паренхиматозный сиалоденит
- д. Хронический сиалодохит

III. Контрольные тесты

1. К хроническим воспалениям слюнных желез относятся

- а. Интерстициальный сиаладенит**

- б. Паренхиматозный сиалоденит
- в. Лимфогенный сиалоденит
- г. Контактный сиалоденит
- д. Эпидемический паротит

- 1. А, Б
- 2. Б, Д
- 3. В, Г, Д
- 4. А, В, Г
- 5. А, Г

2. В зависимости от степени выраженности патологических симптомов при хронических сиаладенитах отмечаются следующие стадии заболевания

- а. Начальную
- б. Клинически выраженную
- в. Острую
- г. Средней тяжести
- д. Позднюю

- 1. А, Б, Д
- 2. А, Б, Г
- 3. В, Г, Д
- 4. Б, В, Г
- 5. А, В, Г

3. **Синоним интерстициального сиаладенита**

- а. Воспалительная опухоль Кюттнера
- б. Хронический рецидивирующий паротит
- в. Кистозный паротит
- г. Фиброзный сиаладенит
- д. Хронический сиалодохит Куссмауля

4. **Интерстициальным паротитом чаще страдают:**

- а. Дети до трех лет
- б. Мужчины пожилого возраста
- в. Женщины пожилого возраста
- г. Женщины от 25 до 35 лет
- д. Юноши

5. **Цитологическое исследование секрета при интерстициальном паротите позволяет выявить**

- а. Единичные ниттрофилы
- б. Клетки цилиндрического эпителия
- в. Бокаловидные клетки
- г. «Голые» Лура
- д. Все ответы верны

6. **При клинически выраженной стадии интерстициального паротита припухлость в области пораженных желез**

- а. Постоянная, безболезненная
- б. Постоянная, болезненная
- в. Непостоянная, болезненная
- г. Непостоянная, безболезненная
- д. Нет припухлости

7. В поздней стадии интерстициального паротита больные жалуются

- а. Снижение слуха**
- б. Слабость**
- в. Сухость в полости рта**
- г. Безболезненные или малоболезненные припухлости**
- д. Все ответы верны**

8. Интерстициальный сиаладенит следует дифференцировать:

- а. Хронических паренхиматозных сиаладенитах**
- б. Лимфогенных сиаладенитах**
- в. Контактных сиаладенитах**
- г. Гриппозных сиаладенитах**
- д. Слюннокаменной болезни**

9. Синоним паренхиматозного сиаладенита:

- а. Хронический рецидивирующий паротит**
- б. Хронический склерозированный паротит**
- в. Гормональный сиаладенит**
- г. Хронический сиалодохит Куссмаля**
- д. Атрофический сиаладенит**

10. Сиалометрия при паренхиматозном сиаладените выявляет:

- а. Снижение функции железы**
- б. Повышение функции железы**
- в. Увеличение размеров железы**
- г. Расширение околоушного протока**
- д. Наличие в железе слизи**

11. С чем дифференцируют паренхиматозный сиаладенит:

- а. С интерстициальным сиаладенитом**
- б. С сиалодохитом**
- в. С эпидемическим паротитом**
- г. С лимфогенным сиаладенитом**
- д. С контактным сиаладенитом**

- 1. А, Б, В**
- 2. А, Б, Д**
- 3. Б, В, Г**
- 4. А, В, Г**
- 5. В, Г, Д**

12. Симптомы хронического сиалодохита

- а. Идиопатическая дилатация протоков**
- б. Кистозная дисплазия**
- в. Дуктулярный паротит**
- г. Воспалительная опухоль Кюттнера**
- д. Гормональный сиалодохит**

13. При лечении хронического сиаладенита йодолипол следует вводить

- а. Через 3-4 месяца после начала заболевания**
- б. Через 2-3 дня после начала заболевания**
- в. Для профилактики заболевания**
- г. Через 2-3 недели после начала заболевания**
- д. В первые часы от начала заболевания**

14. Хронический сialодохит следует дифференцировать:

- а. Эпидемический паротит**
- б. Лимфогенный сialаденит**
- в. Контактный сialаденит**
- г. Киста слюнной железы**
- д. Опухоль слюнной железы**

- 1. А, Г, Д
- 2. А, Б, В
- 3. А, В, Д
- 4. А, Б, Д
- 5. В, Г, Д

15. Лечение поздней стадии паренхиматозного паротита и сialодохита следует начинать с введения:

- а. Антибиотиков**
- б. Поливитаминов**
- в. Антигистаминовых препаратов**
- г. Обезболивающих средств**
- д. Стероидных гормонов.**

ТЕМА № 10 А. СЛЮННОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. МЕХАНИЗМ ОБРАЗОВАНИЯ КАМНЯ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

Шаги	Цель	Описание
Проверка	Проверка базового знания студентов (по опросным листам)	Требуются короткие и точные ответы на вопросы. Не допускайте дискуссию. Не допускайте пользоваться записями в конспектах, а также учебниками. Опрос заканчивается постановкой рейтингового балла в журнал и объявлением его студентам.
Обзор	Установить мотивации изучения данной темы и ввести их в курс изучаемого материала	Сделайте обзор работы предстоящего занятия. Раскройте задачи обучения данного занятия. Определите мотивацию (необходимость) получения ими данной информации.
Презентация	Обсуждение темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач и контрольные тесты 1 уровня).	-Каждому студенту дайте по одному листу с описанием ситуационных задач одинакового содержания. -Дайте 5-7 минут для обдумывания. -Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, а также взаимное консультирование присутствующих. -При обсуждении раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии. -Подтвердите правильность версии на демонстрационных материалах (слайды, учебные плакаты, фильмы, муляжи и т.д.). -Обсуждение заканчивается решением контрольных тестов 1 уровня).

Практика	Выработка практических навыков студентов по диагностике и оказание первой врачебной помощи при слюннокаменной болезни (прием больных в поликлинике, работа в стационаре).	-Обеспечить контроль работы студентов с больными. -Независимо, стационар или поликлиника, не допускайте прием больных студентами без контроля преподавателя или лечащего врача. - Дайте возможность студенту прийти к самостоятельному решению, только после этого внесите коррекцию.
Итог	Подвести итог занятия, уточнить, что было освоено. Дать занятия к следующему занятию.	-Проведите обсуждение истории болезни осмотренных больных. -Дайте каждому студенту по 1 контрольному тесту 2 уровня. При этом не разрешайте пользоваться записями в конспектах или учебными пособиями -Сделайте резюме по теме и по проделанной работе студентов.

Цель занятия.

Ознакомить студентов с механизмом образования камня. Причины возникновения заболеваний. Методы диагностики и обследования больных.

Перечень рассматриваемых вопросов по теме и методы их реализации:

- Этиология и патогенез образования слюнного камня(ответы на вопросы, беседа);
- Клиника, особенности диагностики и лечение(ответы на вопросы, беседа, решение контрольных тестов и ситуационных задач);
- Возможные осложнения и их профилактика (мозговой штурм, беседа, решение контрольных тестов и ситуационных задач)

4 преподавательские заметки по теме практического занятия №14а

Содержание занятия	Демонстр. Мат.
ВВЕДЕНИЕ. А. Вводная информация. Б. Чему вы научитесь? В. Слюннокаменная болезнь: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, возможность осложнений, профилактика. 1.Слюннокаменная болезнь – спалолитиаз, характеризуется образованием камней в протоках слюнных желез. Как вне, так и внутри железы камешки препятствующие току слюны. 2.Этиопатогенез. Причины образования камней до конца не выяснены. Известны лишь отдельные звенья этого сложного процесса. – нарушения минерального, главным образом кальциевого обмена и авитаминоз А и других витаминов, а также нарушения секреторной функции и хроническое воспаление слюнной железы.	Слайды Тематические плакаты, Рентгеновские снимки больных

Форма камней может быть различной. Камни, располагающиеся в области железы – округлые, имеют неровную поверхность, камни же образовавшиеся в протоке, чаще всего продолговатые.

3. Клиника Различают клинические стадии заболевания: начальную (протекающую без клинических признаков воспаления), клинически выраженного воспаления (протекающего с периодическим обострением сиаденита) и позднюю (с выраженными симптомами хронического воспаления).

4. Диагноз слюннокаменной болезни подтверждается рентгенологическими исследованиями (по В.С. Коваленко). Сталографию проводят после стихания обострения.

5. Лечение этой болезни определяется стадией воспалительного процесса, наличием обострения сиаденита. При обострении калькулезного сиаденита показано то же лечение, что и при любом остром сиадените.

При хронической фазе калькулезного сиаденита производят удаление камня из протока или железы, при невозможности – экстирпацию слюнной железы.

При хирургических вмешательствах по поводу удаления слюнных камней могут наблюдаться следующие осложнения, как: слюнный свищ, сужение слюнного протока, травматическая киста слюнной железы.

Профилактика осложнений включает в себя знание анатомо-топографического расположения слюнных желез и вообще знание анатомии ЧЛЮ.

7. Оснащение практического занятия:

Тематические учебные таблицы
Тематические учебные слайды
Рентгеновские снимки

Задания для самостоятельной работы и УИРС:

Методы обследования слюннокаменной болезни
Клиника, диагностика, лечение.

Литература:

9. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология/ М.: Медицина, 1990. 331-342 с.
10. Швырков М.,Б. , Афанасьев В.В., Стародубцев В.С. Неогнестрельные переломы челюстей/ М.: Медицина, 1999 11-44, 133-169
11. Аржанцев П.З. , Иващенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица/ М.: Медицина , 1975 23-40 с
12. Кабаков Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей/ М.: Медицина, 1981 5-34 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

1. Вопросы для контроля базового знания студентов

1. Понятие о сиалометиазе
2. Этиопатогенез слюннокаменной болезни
3. Клиническое течение слюннокаменной болезни. Особенности диагностики слюннокаменной болезни. Методы хирургического лечения при сиалометиазе. Дифференцированная диагностика слюннокаменной болезни.

4. Особенности диагностики слюннокаменной болезни
5. Методы хирургического лечения при сиалометиазе
6. Дифференцированная диагностика слюннокаменной болезни
7. Реабилитация больных слюннокаменной болезнью
8. Перечислите возможные осложнения
9. Профилактика больных слюннокаменной болезнью

II. Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1. Больному 43 года во время еды он отмечает увеличение слюнной железы и появляется ощущение распиравания в области околоушной слюнной железы, которая сопровождается болью. Поставьте диагноз.

- а. Слюннокаменная болезнь начальной стадии
- б. Слюннокаменная болезнь поздней стадии
- в. Флегмона щечной области
- г. Слюнной свищ
- д. Киста слюнной железы

Ситуационная задача № 2. Больному 45 лет он поступил в отделение хирургической стоматологии с жалобами на появление болезненной припухлости в подъязычной области, повышение температуры тела, общее недомогание и затрудненный прием пищи. Поставьте диагноз.

- а. Слюннокаменная болезнь в стадии клинически выраженного воспаления подъязычной слюнной железы.
- б. Слюннокаменная болезнь в начальной стадии подъязычной слюнной железы
- в. Слюннокаменная болезнь в поздней стадии подъязычной слюнной железы
- г. Слюнной свищ в подъязычной области
- д. Повреждение подъязычной слюнной железы.

Ситуационная задача № 3. Больному 36 лет. Он поступил в отделение хирургической стоматологии с жалобами на постоянную припухлость в области околоушной слюнной железы, слизисто-гнойные выделения из протока. При осмотре устанавливается припухание, ограниченное пределами железы, плотное, безболезненное при пальпации. Поставьте диагноз.

- а. Слюннокаменная болезнь в поздней стадии околоушной слюнной железы
- б. Слюннокаменная болезнь в начальной стадии
- в. Слюннокаменная болезнь в стадии клинически выраженного воспаления околоушной слюнной железы
- г. Повреждение щечной области
- д. Аденофлегмона щечной области.

III. Контрольные тесты

1. В какой слюнной железе чаще всего располагаются конкременты?

- а. Поднижнечелюстной
- б. Околоушной
- в. Подбородочной
- г. Околоушной и подбородочной
- д. Все ответы верны

2. Какую форму имеют камни образовавшиеся в протоке слюнной железы?

- а. Продолговатые
- б. Неровные
- в. Треугольные
- г. Звездчатые

д. Округлые

3. Сколько клинических стадий различают в клинике слюннокаменной болезни?

- а. 3
- б. 4
- в. 2
- г. 1
- д. 5

4. Назовите первую клиническую стадию слюннокаменной болезни.

- а. Начальная
- б. Клинически выраженная
- в. Протекающая с обострением
- г. Поздняя
- д. С симптомами хронического воспаления.

5. Назовите 2-ю клиническую стадию слюннокаменной болезни.

- а. Клинически выраженного воспаления
- б. Начальная
- в. Без клинических признаков воспаления
- г. Поздняя
- д. С симптомами хронического воспаления

6. Назовите 3-ю клиническую стадию слюннокаменной болезни

- а. Поздняя
- б. Протекающая без клинических признаков
- в. Клинически выраженного воспаления
- г. Протекающая с периодическим обострением
- д. Начальная

7. Какая из клинических стадий слюннокаменной болезни протекает бессимптомно и может обнаружиться случайно?

- а. Начальная
- б. Клинически выраженного воспаления
- в. Протекающая без обострений
- г. Поздняя
- д. С симптомами хронического воспаления

8. В каком отделе протока наблюдается расширение на слалограмме?

- а. Сзади от места расположения камня
- б. Спереди от места расположения камня
- в. В главном протоке
- г. В терминальном отделе
- д. С двух сторон расположенного камня

9. Первым клиническим признаком слюннокаменной болезни является:

- а. Ретенция слюны
- б. Воспаление паренхимы
- в. Воспаление протоков
- г. Гиперемия слизистой
- д. Камень на слалограмме

10. Как называется боль, возникающая при ретенции слюны в начальной стадии слюннокаменной болезни?

- а. Слюнная колика
- б. Слюнная боль
- в. Боль от камня
- г. Слюннокаменная боль
- д. Боль от ретенции

11. В какой стадии слюннокаменной болезни больные жалуются на появление болезненной припухлости, повышение температуры тела и общее недомогание?

- а. Клинически выраженного воспаления
- б. Начальной
- в. Поздней
- г. С симптомами хронического воспаления
- д. Все ответы верны

12. В какой стадии слюннокаменной болезни определяется плотное безболезненное припухание, ограниченное пределами железы и выделение слизеподобного секрета с гнойными включениями?

- а. Поздней стадии
- б. Ранней
- в. Без клинических признаков
- г. С периодическим обострением
- д. Клинически выраженная стадия.

I. ТЕМА 11 ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ: ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.

Преподаватель: _____

Количество часов - 4 часа

Структура занятия

ШАГИ	ЦЕЛЬ	ОПИСАНИЕ
ПРОВЕРКА	Проверка базового знаний студентов (по опросным листам).	• Требуются короткие и точные ответы на вопросы. • Не допускайте дискуссии; • Не допускайте использования записей в конспектах, а также учебников; • Опрос заканчивается постановкой рейтингового балла в журнал и объявлении их студентам.
ОБЗОР	Установление мотивации изучения данной темы и ввести их в курс изучаемого материала.	• Сделайте обзор работы предстоящего занятия. • Раскройте задачи обучения данного занятия. • Определите мотивацию получения студентами данной информации.

ПРЕЗЕНТАЦИЯ	Обсуждение темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач и контрольных тестов I уровня).	• Каждому студенту дайте опросный лист с описанием ситуационных задач одинакового содержания; • Дайте 5-7 мин для обдумывания; • Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, взаимного консультирования присутствующих; • При обсуждении раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии; • Подтвердите правильный выбор версии на демонстрационных материалах (слайды, учебные плакаты, фильмы, муляжи и т.д.).
ПРАКТИКА	Выработка практических навыков студентов по диагностике и оказанию первой	• Обеспечьте контроль работы студентов с больными; • Независимо стационар или поликлиника - не допускайте приема больных студентами без контроля

	врачебной помощи при дистрофических заболеваниях ВНЧС (прием больных в поликлинике, работа в перевязочной и у койки в стационаре)	преподавателя или лечащего врача; • Дайте возможность студенту прийти к самостоятельному решению, только после этого внесите коррекцию.
итог	Подвести итог занятию, уточнить, что было усвоено. Дать задания к следующему занятию.	• Проведите обсуждение истории болезни (амбулаторных карт) осмотренных (принятых) больных. • Дайте каждому студенту по 1 контрольному тесту 2 уровня. • При этом не разрешайте пользоваться записями в конспектах или учебными пособиями. • Сделайте резюме по теме и по проделанной работе студентов.

II. Цель занятия:

Ознакомить студентов с причинами возникновения дистрофических заболеваний ВНЧС; Рассмотреть особенности клиники, диагностики и лечения дистрофических заболеваний ВНЧС в процессе обследования больных.

III. Перечень рассматриваемых вопросов по теме и методы их реализации:

- Причины развития дистрофических заболеваний ВНЧС;
- Остеоартроз ВНЧС. Разновидности. Особенности клиники, диагностики и лечения.
- Тризм и рубцовая контрактура. Причины. Особенности клиники, диагностики и лечения.
- Анкилоз. Классификация, клиника, диагностика и лечение.

IV. Преподавательские заметки по теме практического занятия №

Содержание занятия	Демонст. Материалы
I. Введение А. Вводная информация Б. Чему вы научитесь? В. Дистрофические заболевания ВНЧС: клиническая картина, особенности диагностики и лечения.	Слайды, тематические плакаты. Рентгеновские снимки больных.

Остеоартроз.

Остеоартроз - хроническое заболевание сустава дистрофического характера, причиной которого может быть длительно текущий воспалительный процесс или хроническая травма сустава. Классификация. Различают склерозирующие и деформирующие остеоартрозы. При склерозирующем остеоартрозе отмечается склероз в поверхностных и глубже лежащих слоях губчатой кости элементов сустава. При деформирующем остеоартрозе возникает деформация кости, которая часто сопровождается образованием на головке нижней челюсти краевых костных разрастаний в виде шипов (экзостозы и остеофиты). Клиническая картина склерозирующего остеоартроза весьма скудна. Иногда возникают нерезкие боли. При рентгенографическом обследовании определяется уплотнение костных краев суставных поверхностей головки, ямки сустава. Клиническая картина деформирующего остеоартроза весьма выражена. Она зависит от объема и степени деформации. Больные жалуются на постоянную боль, которая резко усиливается при движении нижней челюсти. При рентгенологическом обследовании можно отметить увеличение головки мышечкового отростка нижней челюсти, значительное изменение ее формы с экзостозами и остеофитами. Лечение заключается в рациональном протезировании, проведении нескольких курсов электрофореза с тримекаином, лидокаином или йодидом калия на область сустава, гидрокортизон-терапии путем внутрисуставной инъекции. В тяжелых случаях, чаще при деформирующих артрозах, показано хирургическое лечение, которое может заключаться в удалении мениска, моделировании или даже резекции головки мышечкового отростка нижней челюсти. Сведение челюстей. Сведение челюстей - это ограниченное открывание рта вплоть до полной неподвижности нижней челюсти. Различают три вида сведения

челюстей: 1) тризм; 2) рубцовая контрактура; 3) анкилоз. Тризм (скрип, скрежет, судорожное стискивание челюстей) - тонический спазм, или судорога, жевательной мускулатуры, может быть неврогенной и воспалительной природы. Тризм может быть и центрального происхождения, например, при столбняке, менингите, в тонической фазе эпилептического припадка, при псевдобульбарном синдроме, субарахноидальных кровоизлияниях в задней черепной ямке, опухоли мозга в области моста, истерии. Неврогенные контрактуры подразделяют на: 1) психогенные; 2) центральные; 3) периферические. Различают три степени тризма: 1 степень - открывание рта слегка ограничено, рот открывается примерно на 5 см при измерении между режущими краями верхних и нижних центральных резцов. 2 степень - открывание рта ограничено, но рот открывается более чем на 1 см. 3 степень - открывание рта ограничено, рот открывается менее чем на 1 см. Лечение воспалительной контрактуры сводится к ликвидации воспалительного очага. Иногда из-за того, что рот плохо открывается, вскрытие гнойника затруднено. В этом случае следует прервать рефлекторную дугу при помощи анестезии по Берше-Дубову. Но если воспалительный процесс существует более 2 недель и все время сопровождается тризмом, то анестезия для ликвидации рефлекторной воспалительной контрактуры будет недостаточной из-за развития значительных дегенеративных изменений в мышцах, приводящих к возникновению рубцов. Рубцовая контрактура - это сведение челюстей в результате рубцовых изменений тканей, окружающих нижнюю челюсть. К Рубцовым изменениям приводят патологические процессы, вызывающие возникновение ран, прежде всего ран, заживающих вторичным натяжением. Различают дерматогенную, мукогенную, миогенную, десмогенную рубцовые контрактуры. Причины возникновения:

1) язвенно-некротические процессы в полости рта (нома, осложнение после скарлатины, тифа); 2) хронические специфические процессы в полости рта (туберкулез, сифилис, актиномикоз); 3) термические и химические ожоги; 4) травматические повреждения, если раны заживали вторичным натяжением; 5) после операции по поводу доброкачественных и злокачественных опухолей; 6) оссифицирующий миозит. Клиническая картина бывает различной степени - от небольшого ограничения подвижности нижней челюсти до почти полного закрытия рта. При прощупывании головок суставных отростков через наружные слуховые проходы ощущается их подвижность. Сохраняются и небольшие качательные и боковые движения нижней челюсти. Лечение может быть консервативным с применением парафина, пирогенала, тканевой терапии по Филатову, гиалуронидазы, лидазы, ронидазы, гидрокортизона, вакуум-терапии и ультразвука. Основное лечение рубцовых контрактур при давности заболевания более года - хирургическое. Оперативное вмешательство заключается в иссечении рубцовой ткани и замещении ее другой тканью. Применяют все виды пластики: лоскутом на ножке, при помощи филатовского стебля, свободную персадку ткани (в основном кожи). Для предотвращения рецидива контрактуры после оперативного вмешательства необходимо длительное время проводить лечебную гимнастику, в т.ч. механотерапию. Анкилоз - сведение челюстей, связанное со стойкими изменениями внутри сустава. При этом происходит срастание суставных поверхностей фиброзной или костной спайкой. Клиника. Анкилоз характеризуется затрудненным открыванием рта, асимметрией лица, изменениями в окружающих тканях, в основном деформирующего характера, нарушением движения

в суставах, определяемым пальпацией через наружные слуховые проходы. У больных нарушается прикус, наблюдается множественное разрушение зубов, а также их дистопия. Лечение фиброзного анкилоза следует начинать с консервативных мероприятий. Иногда больному внутрь сустава путем инъекции вводят по 25 МГ гидрокортизона 2 раза в неделю, всего 5-6 инъекций. Костный анкилоз и стойкие формы фиброзного анкилоза лечатся только хирургическим путем. Хирургическое лечение заключается в создании нового ложного сустава по возможности на месте прежнего сустава. Наиболее рациональным местом остеотомии является граница между верхней и средней третью ветви нижней челюсти, т.е. над мандибулярным отверстием. При осуществлении только линейной остеотомии часто возникают рецидивы. В результате замедленного образования замыкательной костной пластинки на остеотомированных поверхностях происходит их срастание. Во избежание этого предложено множество мероприятий, среди которых основными являются следующие: 1) интерпозиция различными тканями и материалами; наиболее эффективным является метод интерпозиции клетчатки филатовского стебля (А. А. Лимберг). Метод, однако, трудоемок и требует много времени. 2) создание широкого диастаза между фрагментами. Для этого нужно скелетировать нижнюю челюсть, т.е. как можно больше освободить ветвь нижней челюсти от окружающих тканей. 3) Применение ранней и эффективной механотерапии челюстей, лучше специальными аппаратами.	

Приложение. I. Вопросы для контроля базового знания студентов.

1. Анатомия и клиническая анатомия височно-нижнечелюстного сустава.

2. Понятие об остеоартрозе. Причины развития.
3. Виды остеоартроза.
4. Что такое тризм? Какие виды его различают согласно этиологическому признаку?
5. Лечение тризма.
6. Что такое рубцовая контрактура?
7. Патологические процессы, лежащие в основе развития рубцовой контрактуры.
8. Анкилоз. Определение. Клиническая картина.
9. Лечение анкилоза.

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача №1.

Больной 64 года поступил в поликлинику хирургической стоматологии с жалобами на постоянную боль, усиливающуюся при движении нижней челюсти. На рентгенограмме: увеличение головки мышечного отростка нижней челюсти, экзостозы и остеофиты.

1. Поставьте диагноз.
2. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями.
3. Лечение. Ответ:
 1. Деформирующий остеоартроз.
 2. Дифференциальная диагностика со склерозирующим остеоартрозом на основе клинической картины и рентгенограммы. При склерозирующем остеоартрозе боли нерезкие, на рентгенограмме: уплотнение краев суставных поверхностей головки, ямки сустава.
 3. Рациональное протезирование, несколько курсов электрофореза с тримекаином, лидокаином, йодидом калия на область сустава. Терапия гидрокортизоном путем внутрисуставной инъекции. В тяжелых случаях - хирургическое лечение, заключающееся в удалении мениска.

Ситуационная задача №2.

Больной 24 года поступил в поликлинику хирургической стоматологии. При осмотре наблюдается ограничение открывания рта - рот открывается более чем на 1 см. больной недавно перенес сильный стресс.

1. Поставьте диагноз. С каким заболеванием проводят дифференциальную диагностику?
2. Какая степень ограничения открывания рта?
3. Ваш подход к устранению ограничения открывания рта. Ответ:
 1. Тризм психогенной природы. Дифференциальную диагностику проводят с анкилозом на основе рентгенологического обследования и на основе анамнеза.

2. Ограничение открывания рта 2 степени.
3. Так как заболевание психогенной природы, назначают успокоительные средства, транквилизаторы.

Ситуационная задача № 3.

Больная 30 лет поступила в поликлинику хирургической стоматологии. При осмотре наблюдается невозможность открывания рта. После проведенного обследования поставили диагноз: фиброзный анкилоз.

1. На чем основан диагноз?
2. С каким заболеванием проводят дифференциальную диагностику?
3. Лечение. Ответ:
 1. На рентгенологическом обследовании и на основании данных анамнеза.
 2. С тризмом, костным анкилозом.
 3. Консервативное: гидрокортизон-терапия курсом 5-6 инъекций, 2 раза в неделю.

III. Контрольные тесты. 1 уровень:

1. Различают остеоартрозы:
А. склерозирующие и деформирующие Б. склерозирующие и гипертрофические В. гипертрофические и гипотрофические Г. гипертрофические и деформирующие Д. гипотрофические и деформирующие
2. Остеоартроз-это...
А. острое заболевание мышечного отростка дистрофического характера
Б. хроническое заболевание мышечного отростка воспалительного генеза
В. острое заболевание воспалительного генеза тела нижней челюсти
Г. хроническое заболевание сустава дистрофического характера
Д. хроническое заболевание дистрофического генеза тела верхней челюсти
3. При склерозирующем остеоартрозе боли:
А. иногда беспокоят и нерезкие Б. резкие причинные боли В. постоянные, ноющие Г. ноющие, причинные Д. болей не наблюдается
4. При деформирующем остеоартрозе боли:
А. постоянная боль, резко усиливающаяся при движении нижней челюсти
Б. беспричинные нерезкие
В. отсутствуют
Г. ноющие, постоянного характера
Д. постоянная боль, стихающая при движении нижней челюсти
5. Неврогенные контрактуры подразделяют на:
А. периферические, челюстогенные
Б. центральные
В. психогенные
Г. периферические, центральные, психогенные
Д. периферические, центральные, психогенные, челюстогенные
6. Сколько степеней тризма различают? А.3 Б. 5 В. 6 Г. 2
Д. 4

7. К специфическим процессам в полости рта и окружающих тканей, приводящих к рубцовой контрактуре, относят:

А. стоматит, болезнь Микулича Б. сифилис, туберкулез, актиномикоз

8. скарлатина, тиф, нома Г. сифилис, стоматит Д. туберкулез, стоматит

8. В рубцовой ткани в основном образуются волокна:

А. коллагеновые

Б. коллагеновые и эластические

В. эластические

Г. эластические и аргирофильные

Д. аргирофильные горизонтальные и вертикальные

'9. При костном анкилозе применяют методику создания широкого

диастаза между фрагментами. Для этого нижнюю челюсть нужно... А. скелетировать Б. шинировать В. резецировать Г. пересадить другую Д. провести резекцию части челюсти

Ю. Рубцы считаются «молодыми», если их давность:

А. не более 1 месяца Б. не более 12

месяцев В. не более 24 месяцев Г. не более

30 месяцев Д. не более 6 недель

2 уровень:

1. Причиной остеоартроза может быть:

1) длительно текущий воспалительный процесс

2) хроническая травма

3) возраст

4) наследственность

А. 1,4 Б. 2,4 В. 1,2,3 Г. 1,2 Д. 1,2,3,4

2. К чему может привести потеря моляров?

1) продвижение мышечковых отростков в суставную ямку несколько глубже, чем в норме

2) излишнее давление на суставные поверхности

3) разгрузка суставных поверхностей

4) завышение прикуса

5) снижение прикуса

А. 1,2,5 Б. 1,3 В. 4,5 Г. 3,4 Д. 1,4

3. Причиной рубцовой контрактуры может быть:

1) язвенно-некротические процессы полости рта

2) хронические специфические процессы в полости рта

3) травмы

4) эпилептический припадок

А. 3,4 Б. 2,3 В. 1,4 Г. 1,2 Д. среди ответов нет правильного

4. При рубцовых контрактурах движения суставных головок:

1) отсутствуют

2) ощущается при пальцевом исследовании

3) небольшие качательные

4) небольшие боковые

А. 2,3,4 Б. 1,3 В. 1,2 Г. 3,4 Д. 1,2,3

5. При артрите изменения в височно-нижнечелюстном суставе:

1) хрящевые поверхности мутнеют

2) мениск уплощается

- 3) мениск расщепляется на волокна
- 4) синовиальная оболочка перерождается
- 5) хрящ постепенно исчезает

А. 1,3,4,5 Б. 1,2,3,4,5 В. нет правильного ответа Г. 2,3 Д. 1,4

4 кууурссс 888 сссееемммессттттр

I. ТЕМА №1. Повреждение мягких тканей лица неогнестрельного происхождения. Классификация, клиника и особенности проведения ПХО раны.

II. Цель занятия:

Ознакомить студентов с повреждениями мягких тканей неогнестрельного происхождения. Ознакомить с классификацией, клиникой и особенностями проведения ПХО раны.

III. Задачи практического занятия:

1. Рассмотреть классификацию повреждений мягких тканей;
2. Обсудить виды и сроки заживления раны;
3. Обсудить особенности первичной хирургической обработки ран на лице

IV. Ожидаемые результаты:

1. Студент должен знать анатомическое строение мягких тканей лица;
2. Студент должен знать возможные причины приводящий к повреждениям мягких тканях;
3. Студент должен знать классификацию повреждений мягких тканей;
4. Должен уметь обследовать больных с повреждениями мягких тканей;
5. Должен знать клинику повреждений мягких тканей лица;
6. Должен знать и освоить особенности проведения ПХО раны на лице.

V. Содержание практического занятия:

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентируя внимание по проблемах повреждения мягких тканей лица неогнестрельного происхождения. Объясняет необходимость изучения вопросов клиники и особенности проведения ПХО раны на лице.

Перечень рассматриваемых вопросов по теме:

- классификация ранений мягких тканей лица мирного времени;
- виды заживления раны. Периоды вторичного заживления раны и соответственно с ними лечебная тактика врача;
- особенности и сроки первичной хирургической обработки ран на лице;
- методика первичной хирургической обработки ран на лице.

1. Неогнестрельные повреждения мягких тканей лица наблюдается у больных с механическими травмами ЧЛЮ. Причинами их могут быть бытовая, транспортная, уличная, производственная и спортивная травмы.

2. Классификация. Выделяются две основные группы травматических повреждений мягких тканей (Агросина А.П., 10986).

1) Изолированные повреждения мягких тканей лица (без нарушения целостности кожных покровов или слизистой оболочки полости рта) – ушибы, с нарушением целостности кожных покровов или слизистой оболочки полости рта – ссадины, раны.

2) Сочетанные повреждения мягких тканей лица и костей лицевого черепа (без нарушения целостности кожных покровов или слизистой оболочки полости рта, с нарушением целостности кожных покровов или слизистой оболочки полости рта).

3. Клиника. Повреждения мягких тканей различны в зависимости от вида ранящего предмета и силы его воздействия, локализация ранения. Может быть: ушиб, ссадина, рана.

Ушиб – это повреждение подкожной жировой клетчатки и мышц без разрыва кожи. Сопровождается кровоизлиянием, отеком мягких тканей.

Ссадина – нарушение целостности поверхностных слоев кожи. При ударе острыми предметами образуются раны мягких тканей лица. Раны бывают:

- резаные
- колотые
- рубленые
- рваные
- ушибленные
- рвано-ушибленные
- укушенные

4. Первичная хирургическая обработка – первое по счету оперативное вмешательство по поводу данного ранения, производственное по первичным показаниям независимо от наличия или отсутствия инфекционных осложнений. Вторичная хирургическая обработка – это вмешательство по поводу развившихся вторичных инфекционных осложнений в ране; это может быть и повторная обработка ран.

Ранняя хирургическая обработка производится до развития инфекционных осложнений в ране.

Отсроченная обработка раны проводится в течение суток после ранения.

Поздняя хирургическая обработка производится через 48-72 часов после травмы.

5. ПХО лица включает в себя следующее:

- антисептическую обработку
- обезболивание
- экономное отсечение нежизнеспособных участков тканей
- ревизию
- наложение швов

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного с переломом костей носа, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания), осмотр (визуальный и пальпаторный костей носа). При этом оцениваются знания как студента «больного» - правильно ли стоит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента «врача» – на сколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия. В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов правильности проведения этапов обследования больных, интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

VI. Преподавательские заметки:

1. Проверка базового знания студентов по контрольным вопросам (приложение 1). Каждому студенту дается определенный вопрос, на который он должен ответить. Ответ должен четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками (45 минут).

2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационных задач. Дается 4-5 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знание.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задачи по теме занятия. Через 5-7 минут обдумывая и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия (45 минут).

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

4. В конце занятия подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляется рейтинговый балл, объявляет его.

А) контрольные вопросы

Б) темы самостоятельной работы

В) перечень дополнительной литературы

VII. Раздаточный материал:

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов;

2. Ситуационные задачи (приложение 2);
3. Тесты 1 уровня сложности (приложение 3);
4. Тесты 2 уровня сложности (приложение 4);

VIII. Оснащение практического занятия:

1. Тематически учебные таблицы
2. Тематические учебные слайды, муляжи

IX. Виды контроля знаний, умений и навыков:

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал.

Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

X. Самостоятельная работа студентов:

1. Топографическая анатомия челюстно-лицевой области
2. Личная тактика врача при заживлении раны путем вторичного натяжения.

XI. Контрольные вопросы:

1. Понятие о повреждениях мягких тканей лица.
2. Что такое ушиб, ссадина, рана?
3. Классификация повреждений мягких тканей лица
4. Расскажите клинику повреждений мягких тканей лица
5. Виды ран мягких тканей лица
6. Диагностика повреждений мягких тканей лица неогнестрельного характера
7. Особенности ПХО ран лица
8. Сроки проведения хирургической обработки ран лица
9. Заживление ран ЧЛЮ

Литература

1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология: М., Медицина, 1990. –331-342 с.
2. Швырков М.Б., Афанасьева В.В., Стародубцев В.С. Неогнестрельные переломы челюстей. М., Медицина, 1999. 11-44, 133-169 с.

3. Аржанцев П.З., Иващенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица. М., Медицина, 1981. – 5-34 с.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1. Поступил больной с колотой раной околоушной жевательной области с повреждением околоушной слюнной железы. Ваша тактика.

Ситуационная задача №2. В клинику обратился больной с повреждением мягких тканей лица. С момента получения травмы прошло более 72 часов. Ваша тактика.

Ситуационная задача №3. Поступил больной в клинику. Проникающая рана в полость рта. Особенности проведения ПХО. Расскажите этапность оказания помощи.

XI. Контрольные тесты

I уровня

1. Ссадины, наблюдающиеся в подбородочной и скуловой областях. На коже лба и носа характеризуются:

- а) нарушением целостности слоев кожи
- б) требуют наложение швов
- в) не требует наложение швов
- г) заживление проходит под корочкой
- д) а,в,г

2. Чем достаточно обработать ссадины?

- 1) раствором бриллиантовой зелени
- 2) 5% раствором настойки йода
- 3) 5% раствором перекиси водорода
- 4) 10% раствором настойки йода

а) 1,3,4

б) 2,3

в) 1,2

г) 2,4

д) 1,2,3

3. При ранении тканей поднижнечелюстной области, что можно повредит?

- 1) лицевую артерию и вены
- 2) поднижнечелюстную слюнную железу
- 3) гортань, ткани дна полости рта
- 4) n. fasialis
- 5) ткани языка

а) 1,2

б) 1,2,3,5

в) 2,3,4

- г) 4,5
- д) 3,5

4. Что можно наблюдать при ранениях подъязычной области, когда рассекается диском язычная артерия и вена?

- а) сильное кровотечение, быстрое увеличение языка в объеме
- б) асфикция
- в) западание языка
- г) а,б
- д) б,в

5. Действия при ранениях язычных артерий и вен:

1. Перевязка сосуда на протяжении (наружной сонной артерии или язычной в диагностике Пирогова)
 2. Коагуляция
 3. Наложение трахеостомы
 4. Наложение швов
- а) 1,2,3
 - б) 1,3
 - в) 2,4
 - г) 2
 - д) 1,2,3,4

Тесты II уровня

6. Порядок наложения швов при проникающих ранениях в рот:

- а) слизистая оболочка, мышцы и фасции, подкожная жировая клетчатка, кожа
- б) мышцы, кожу, жировую клетчатку, слизистую оболочку
- в) мышцы, слизистую оболочку, жировую клетчатку, кожу
- г) кожу, мышцы и слизистую

7. Порядок наложения швов при ранении губ:

- а) мышцы, кожа, жировая клетчатка, слизистая оболочка, фасция
- б) слизистая оболочка, затем мышцы и фасции, подкожная жировая клетчатка, кожа
- в) мышцы, затем кожу с подкожной клетчаткой, в потом слизистую оболочку
- г) мышцы, слизистую оболочку, кожу по красной кайме

8. Действия при повреждении выводного протока околоушной железы:

- а) к центральному отрезку провести дренаж и вывести в полость рта
- б) дренаж и вывести в полость рта, наложить швы
- в) ушить паренхиму
- г) ушить капсулу
- д) нет правильного ответа

9. Если обработка проведена позднее 48 часов, когда в тканях имеются признаки воспаленной инфильтрации, то какой шов (при ранении губ) следует наложить?

- а) глухой шов
- б) узловатый шов
- в) окружной шов
- г) а,б
- д) б,в

10. Какие швы накладывают при ранении других участков лица?

- а) глухие швы
- б) узловатые швы
- в) окружные швы
- г) а,б
- д) б,в

11. При повреждениях околоушной слюнной железы ставят дренаж. Через какое время его следует удалить?

- а) 15 дней
- б) 8 дней
- в) 1 месяц
- г) 15-20 дней
- д) от 25 дней до одного месяца

- 1) в,д
- 2) а,б,г
- 3) а,б
- 4) в
- 5) а,б,в,г,д

12. Показания к наложению пластиночных швов:

- а) для уменьшения натяжения краев раны при их сшивании
- б) для временного удержания в правильном положении кожно-мышечных лоскутов
- в) для постепенного сближения краев раны при наличии дефекта тканей
- г) для закрытия гранулирующих ран
- д) все ответы верны

13. Для ускорения рассасывания гематомы показано:

- а) холодный пузырь со льдом на место ушиба
- б) тепловые процедуры
- в) обработка раствором бриллиантовой зелени
- г) обработка 5% настойкой йода
- д) все ответы верны

14. С какой целью розевую поверхность смазывают раствором KMnO_4 1:10?

- а) с целью антисептической обработки
- б) для ускорения рассасывания гематомы
- в) для предотвращения корочки, так как под ней скапливается большое количество микроорганизмов, что ведет к гнойному воспалению
- г) для быстрого образования корочки, чтобы не происходило намокание раневой поверхности вследствие выделения плазмы и лимфы
- д) все ответы верны

15. Для наложения пластиночных швов требуются:

1. Стандартно вогнутые алюминиевые и пластмассовые пластины с одним или двумя отверстиями
2. Свищевые пробники
3. Бронзово-алюминовая или медная лигатурная проволока диаметром 0,4 мм
4. Стандартные выгнутые алюминиевые пластинки
5. Бронзо-алюминовая или медная лигатурная проволока диаметром 0,9 мм

- а) 1,2,3
- б) 2,3,4
- в) 4,5
- г) 1,3,5
- д) 3,4,5

ВОЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Тема: Общая клиническая характеристика огнестрельных ранений. Боевые повреждения мягких тканей лица — 6 часов

1. Цель занятия:

Ознакомить студентов с классификацией и общими особенностями боевых повреждений челюстно-лицевой области и обучить их методам клинического обследования и диагностики огнестрельных ранений мягких тканей ЧЛЮ;

2. Задачи:

- Рассмотреть классификацию и особенности огнестрельных ранений и повреждений ЧЛЮ;
- Проанализировать характеристику раневой (терминальной) баллистики в ЧЛЮ и ее влияние на хирургическую тактику;
- Рассмотреть особенности клиники и диагностики огнестрельных ранений челюстно-лицевой области;
- Продемонстрировать особенности ранений мягких тканей лица и языка

3. Ожидаемые результаты:

- Студент должен освоить баллистическую характеристику огнестрельных ранений ЧЛО;
- Знать особенности клиники и диагностики боевых повреждений ЧЛО;
- Уметь диагностировать различные виды огнестрельных повреждений ЧЛО и оказать первую врачебную помощь при них;
- Уметь правильно направить раненого по этапам эвакуации;
- Научиться способам наложения хирургического шва на края раны.

4.Содержание практического занятия

ШАГИ	ЦЕЛЬ	ОПИСАНИЕ
ПРОВЕРКА (15 мин)	Проверка базового знания студентов (по опросным листам)	- Требуется короткие и точные ответы на вопросы. - Не допускайте дискуссию. - Не допускайте пользоваться записями в конспектах, а также учебниками.
ОБЗОР (10 мин)	Установить мотивации изучения данной темы и ввести их в курс изучаемого материала	- Сделайте обзор работы предстоящей занятии. - Раскройте задачи обучения данного занятия. - Определите мотивация (необходимости) получения ими данной информации.
ПРЕЗЕНТАЦИЯ (45 мин)	Обсуждения темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач и контрольные тесты уровня)	- Каждому студенту дайте по одному листу с описанием ситуационных задач одинакового содержания. - Дайте 5-7 мин для обдумывания. - Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, а также взаимное консультирование присутствующих. - При обсуждение раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии. - Подтвердите правильной версии на демонстрационных материалах (слайды, учебные плакаты, фильмы муляжи и т.д.). - Обсуждение заканчивается решением контрольных тестов I уровня.
ПРАКТИКА (155)	Выработка практических навыков студентов по клиническому обследованию и хирургической санации полости рта у военнослужащих, (прием больных)	- Обеспечит контроль работы студентов с больными. - Независимо стационар или поликлиника не допускайте прием больных студентами без контроля преподавателя и или лечащего врача. - Дайте возможность студенту прийти к самостоятельному решению, только после этого внесите коррекцию.
ИТОГ (45 мин)	Подвести итог занятия, уточнить, что было освоено. Дать задания к следующему занятию. Объявить темы для СРС.	Проведите обсуждение истории болезни (амб. карт) осмотренных (принятых) больных. Дайте каждому студенту по 1 контрольному тесту II уровня. При этом не разрешайте пользоваться записями в

конспектах или учебными пособиями.
Поставьте рейтинговый балл в журнал и объявите их студентам.
Сделайте резюме по теме и по проделанной работе студентов.

5. Преподавательские заметки:

1. Занятие начинается с проверки базового знания студентов группы. Для чего всем присутствующим раздается опросные листы с напечатанными контрольными вопросами и каждому студенту указывается номер вопроса, которого он должен разъяснить. При этом требуется конкретные короткие ответы на поставленный вопрос. Категорически запрещается пользоваться записями в конспектах, учебниками. Параллельно преподаватель проверяет наличие у студента конспекта домашнего задания и его подписывает. Попытка провокации дискуссии со стороны студента пресекается.

Результаты опроса преподаватель заносит на лист протокола занятия в виде заметок.

2. В разделе обзор предстоящей практической занятия преподаватель дает мотивации изучение данной тематики. При этом особо следует обращать внимание студентов на то, что в современных условиях огнестрельные ранения не является редким случаем и они обязательно встретиться в практике будущих врачей-стоматологов. Кроме того, врачи-стоматологи являются офицерами запаса и, они в любой момент могут быть привлечены к несению воинской службы в госпиталях армии. В условиях же военного времени, эти врачи будут нести службу начиная с МПБир. По этому знания баллистических характеристик боевого ранения и особенности клиники, диагностики огнестрельных повреждений ЧЛЮ совершенно необходим для будущего врача-стоматолога.

В этом же разделе занятия преподаватель ставить конкретные задачи перед студентами и указывает на ожидаемые результаты (чего они должны достиг в конечном итоге занятия), что соответствуют пунктам 2 и 3 настоящей методической разработки.

3. В разделе презентация, преподаватель проводит совместное обсуждение содержание данной темы. Для чего каждому студенту вручается опросный лист с напечатанными текстами ситуационных задач одинакового содержания. Дает 5-7 мин для обдумывания. При этом целесообразно применять технологии интерактивных методов обучения. Например: метод спонтанного поиска версии ответов "Мозговой штурм". При этом допускается свободная дискуссия присутствующих. Если, при этом выявляется 2 или 3 противоположных (или схожих) версий, для доказательства правильности каждой версии допускается использование записей в конспектах, а также данных учебной литературы. Преподаватель выступает в роле тренера (корректируя направления аналитического мышления студентов) и не вмешивается в процессе принятия правильного решения, пока студенты сами не докажут свою правоту. После чего, выбранный преподавателем студент или представитель каждой подгрупп выдвинувший версии, обосновывает решение данной ситуационной задачи.

После чего преподаватель делает краткое резюме, указывая при этом на много вариантности подхода к истинному решению проблемы. Наиболее важные моменты обсуждаемой темы демонстрирует на слайдах, плакатах и других учебных пособиях.

В конце обсуждения каждому студенту поочередно вручается по одному контрольному тесту. Ответы получает в течении одного минута времени.

Результаты обсуждения преподавателем вносятся в протокол занятия в виде заметок по каждому студенту, которые будут учитываться при выставлении итогового рейтингового балла.

4. В течении первых 45 мин практической части занятия, студенты индивидуально обучаются методам наложения хирургического шва на поролонах. В роли тренера выступает сам преподаватель.

В течении последующего 110 мин учебного времени студенты работают в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники (перевязочной или операционной стационара) или курируют тематических больных (больные с различными травмами ЧЛЮ) под руководством ассистента или лечащего врача. Принимают участие в обходах заведующего кафедрой (или профессора) стационарных больных или на их консультациях поликлинических больных.

При этом преподаватель выступает в роли тренера. Студенту дается возможность самостоятельно принять решение касающегося диагноза травмы или метода фиксации отломков. Только после этого преподаватель вносит коррекцию и разъясняет допущенные ошибки студента.

Результаты практической работы студентов, точнее степени их активности, также вносятся в протокол занятия.

5. В разделе итог занятия, преподаватель проводить обобщающее обсуждение результатов практической работы студентов, рассмотренных историй болезней, рентгеновских снимков с выявлением допущенных ошибок работы. Дает рекомендации по их устранению.

Каждому присутствующему студенту поочередно вручается по одному опросному листу с напечатанным текстом контрольного теста II уровня и получают ответ через 1 мин. Результаты фиксируются на протоколе занятия.

После чего преподаватель выставляет в классный журнал итоговый рейтинг (баллы) каждого студента и немедленно их объявляет.

Проводит краткое резюме всего занятия, отвечает на поступившие вопросы, объявляет домашнее задание и темы для СРС.

6.Раздаточный материал.

- Опросные листы с напечатанными вопросами для контроля базового знания студентов;
- Опросные листы с напечатанными текстами ситуационных задач (приложение N 1, задачи N 6-9);
- Опросные листы с напечатанными текстами контрольных тестов I и II уровня (приложение II 2, тесты N 10 - 27).
- Опросные листы с напечатанными графическими изображениями демонстрируемых слайдов, плакатов и фотоснимков по данной теме.

7. Оснащение практического занятия:

- Учебная таблица с изображениями видов огнестрельных ранений ЧЛЮ;
- Поролоновые листы размером 21x30 см (8 шт.);
- Иглодержатель (2 шт.)
- Хирургические иглы (8 шт);
- Нити хирургические из шелка (1 моток);

- Другие тематические учебные таблицы;
- Тематические учебные слайды;
- Тематический учебный фильм.

8. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Текущий контроль по данному занятию проводится путем оценки знаний и умений студентов, выраженных в рейтинговых баллах, градации которых принята на кафедре.

Рейтинговые баллы ставятся по итогам деятельности каждого студента (суммарно за уровень его теоретической подготовленности и приобретенных навыков и умений). Оценки выставляются в журнал в конце занятия, которые тут же объявляются студентам. В случае желание студента - улучшать оценку, ему предоставляется недельный срок для повторной проработки всего материала занятия во внеурочной времени.

9. Самостоятельная работа студентов.

- Клинические и физиологические особенности мягких тканей ЧЛО и ими;
- Методы рентгенологического исследования свищевых ходов - фистулографии;
- Методическая основа и показания к применению рентгеноскопических исследований ЧЛО;

10. Контрольные вопросы:

1. Какие вы знаете виды огнестрельных ранящих снарядов?
2. Какая начальная скорость пули считается сверхзвуковой в чем ее особенность при поражении человека?
3. Что такое баллистика и какие виды баллистики вы знаете?
4. Что понимается под термином "фугасные повреждения"?
5. Расскажите о классификации огнестрельных ранений и повреждений ЧЛО?
6. Расскажите о клинико-физиологических особенностях ЧЛО при огнестрельных повреждениях?
7. Дайте характеристику костельным, слепым и сквозным ранениям ЧЛО?
8. Дайте характеристику боевым повреждениям отдельных частей лица и шеи?
9. Что вы знаете о боевых повреждениях языка?

ЛИТЕРАТУРА:

3. Аржанцев П.З., Иващенко Г.М., Лурье Т.М. Лачерие травм лица/ М.: Медицина, 1975.- С.273-297.

4. Кабаков Б.Д., Лукьяненко В.И., Аржанцев П.З. Учебное пособие по военной челюстно-лицевой хирургии, терапевтической и ортопедической стоматологии / М.: Медицина, 1980.- С.7-63, 253-266.

1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология // М.: Медицина, 1990.- 373-376 с.

2. Учебник военной челюстно-лицевой хирургии /под ред. Б.Д.Кабакова.- Л.: ВМА им. С.М. Кирова, 1976.- С.194-212.

Составил, доц.
д.м.н.

М.Э.Махкамов

I. ТЕМА №2. ВЫВИХИ И ПЕРЕЛОМЫ ЗУБОВ И АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА.

Количество часов - 4 часа

II. Цель занятия:

Ознакомить студентов с классификацией повреждений челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) мирного времени, рассмотреть клиническую картину, диагностику, методы иммобилизации и лечения переломов и вывихов зубов и альвеолярного отростка с тем, чтобы студенты могли определить виды вывихов и переломов зубов в процессе обследования больных.

III. Задачи практического занятия

1. Рассмотреть анатомические особенности зубочелюстной системы
2. Рассмотреть классификацию повреждений челюстно-лицевой области
3. Рассмотреть особенности различных видов вывиха, перелома зубов и альвеолярного отростка.
4. Обсудить студентов как провести опрос больного, обследовать и диагностировать при вывихах, перелома зубов и альвеолярного отростка
5. Обсудить студентов выбрать оптимальный метод лечения при вывихах, перелома зубов и альвеолярного отростка '

IV. Ожидаемые результаты:

1. Знать причины возникновения вывихов, переломов зубов и альвеолярного отростка.
2. Знать классификацию вывихов, переломов зубов и альвеолярных отростков зубов.
3. Знать клиническую картину и диагностику неполного, полного и вколоченного вывиха зубов.
4. Знать клиническую картину и диагностику перелома коронки и корня зубов
5. Знать клиническую картину и диагностику переломов альвеолярного отростка
6. Знать и рентгенологическую картину вывихов, переломов зубов и альвеолярных отростков зубов.
7. Знать методы лечения вывихов, переломов зубов и альвеолярных отростков.

V. Содержание практического занятия:

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание на проблемах и вопросах травматических повреждениях челюстно-лицевой области, объясняет необходимость изучения вопросов клиники, диагностики и лечение вывихов, переломов зубов и альвеолярных отростков.

В теоретической части, прежде чем рассматривать вопросы изучаемой темы преподаватель расспрашивает студентов о полученных прежде знания о особенности анатомические строение зубов верхней и нижней челюсти.

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Передом, определение понятия
- 2 .. Классификация повреждений ЧЛЮ мирного времени.

3. Вывихи зубов. Классификация, клиника, диагностика, методы иммобилизации и лечение:

4. Переломы зубов. Классификация, клиника, диагностика, методы иммобилизации, сроки лечения.

5. Перелом альвеолярного отростка. Клиника, диагностика, методы иммобилизации и лечение.

Краткое изложение рассматриваемых вопросов

Перелом - это частичное или полное нарушение непрерывности, кости, происходящее под влиянием механического воздействия.

Вывих зубов. Чаще возникают вывихи фронтальных зубов верхней челюсти. Различают неполный, полный и вколоченный вывихи. При неполном вывихе часть волокон периодонта разрывается, сохранившиеся растянуты на большем или меньшем -протяжении. Зуб может смещаться в различном направлении.

При смещении зуба в оральном или вестибулярном направлении режущий край его располагается не на одном уровне с режущими краями соседних зубов. На рентгенограмме корень зуба укорочен вследствие его -наклонного положения.

Полный вывих сопровождается разрывом периодонта на протяжении всего корня, гибелью сосудисто-нервного пучка, иногда переломом ,вестибулярной части альвеолы, выпадением зуба из лунки.

Лунка вывихнутого зуба заполнена сгустком. Слизистая оболочка десны может быть разорвана; одна из стенок лунки сломана, или вообще отсутствует. Реплантация зуба возможна лишь при сохранении целостности анатомических структур ее и если больной обратился не позже 3 суток с момента травмы.

Вколоченный вывих - разновидность полного вывиха, когда корень зуба, перфорируя компактную пластинку альвеолы, внедряется в губчатое вещество альвеолярного отростка. Сосудисто-нервный пучок при этом всегда разрывается. На рентгенограмме определяется или значительное сужение периодонтальной щели, или ее полное отсутствие вследствие перемещения более широкой части корня в менее узкую часть лунки зуба.

Лечение: под местным обезболиванием следует аккуратно произвести репозицию вывихнутого зуба пальцами, располагая их не только на коронке зуба, но и на альвеолярном отростке. Иммобилизацию зуба лучше производить шиной-каппой, а не гладкой шиной-скобой, так как лигатура при ее закручивании способствует выталкиванию зуба из лунки. Режущий край фиксированного зуба следует освободить от пластмассы, чтобы он не испытывал нагрузки.

Перелом зуба. Зубы верхней челюсти ломаются чаще, чем зубы нижней челюсти, фронтальные - более часто, чем премоляры или моляры. В первом случае линия перелома проходит через коронку корень зуба вдоль вертикальной оси во втором или через коронку, или через корень, поперек вертикальной оси. Перелом корня может произойти в пределах эмали или дентина без нарушения целостности ее полости с обнажением коронковой пульпы. Коронка зуба может полностью отломиться на уровне шейки. Перелом корня бывает в середине, в верхней или нижней трети его. Перелом корня может быть поперечным, косым,

реже продольным. При переломе зуб становится подвижным. Если указательный палец левой руки поместить в проекции корня то при осторожном смещении коронки в передненаружном направлении по характерному тактильному ощущению можно определить уровень перелома корня зуба. Этот клинический прием позволяет дифференцировать перелом корня зуба от частичного вывиха зуба.

Лечение: Когда сломана коронка зуба без вскрытия полости его, лечение сводится к сошлифовыванию острых краев и устранения дефекта с помощью пломбы или вкладки. При полном отломе коронки корень можно использовать для штифтового зуба или культевой вкладки.

Если перелом коря зуба произошел в средней части его и целостность сосудисто-нервного пучка не нарушена, возможно сращение корня и образование мозоли в области цемента и дентина за счет пластической функции цементобластов и одонтобластов.

Перелом альвеолярного отростка. Передний отдел альвеолярного отростка на верхней челюсти ничем не защищен, кроме эластичного хрящевого отдела носа. Боковые отделы его прикрыты скуловой дугой. Фронтальный участок альвеолярной части нижней челюсти достаточно защищен выступающим впереди верхним альвеолярным отростком и зубами, подбородком, боковые отделы ее соответствующим участком тела нижней челюсти и скуловой дугой.

Линия перелома проходит через всю толщу альвеолярного отростка. Отломанный участок чаще сохраняет связь с надкостницей и слизистой оболочкой полости рта. Линия излома имеет аркообразную форму, особенно на верхней челюсти. Она может располагаться вне корней зубов создает предпосылки для приживления: отломка, или проходит через корни зубов, что сопровождается их переломом. При переломе бокового отдела альвеолярного отростка верхней челюсти нередко отламывается дно верхнечелюстной пазухи.

Лечение. Под проводниковым обезболиванием необходимо установить отломок в правильном положении под контролем прикуса. Имобилизацию его осуществляют с помощью гладкой шины скобы. Шина должна включать не менее 2-3 устойчивых зубов.

Если анатомические условия не позволяют использовать гладкую шину-скобу, на отломанный участок можно изготовить зубонаддесневую шину и зафиксировать ее с помощью шва из полиамидной нити к неповрежденному участку альвеолярного отростка. Шину можно снять через 5-7 недель. Если ушить рану не представляется возможным, ее закрывают тампоном из йодоформной марли, смену которого производят не ранее чем на 7-8 день.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного с различными видами вывиха, перелома зубов и альвеолярного отростка - другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр (визуальный, пальпаторный области вывиха, перелома зубов и альвеолярного отростка). При этом оцениваются знания как студента «больного» - правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента «врача» - насколько корректно, логично, целенаправленно со знанием темы проводит

обследование больного. При обследовании больных необходимо научить студентов анализировать вывихи, переломы зубов и альвеолярных отростков.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия II уровня сложности.

В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов, правильности проведения этапов обследования больных, интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

VI. Преподавательские заметки.

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам, содержащим контрольные

вопросы (приложение 1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить! 1ГБ. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко. Четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками. (45 минут).

2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач.

Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-4 минут ДЛЯ обдумывания, разрешается пользоваться конспектами. Учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия (приложение 2). Через 5-7 минут обдумывания и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом ни один студент не остаётся в стороне от усвоения темы занятия. (45 минут)

3., Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата; перевязочная).

Опрос и осмотр больного, проводится В стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность Этапов обследования: осмотр, пальпация, . инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля усвоения данной темы (приложение 4) (15 минут).

4. В конце занятий подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту по успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

а. контрольные вопросы

б. темы самостоятельных работ

с. перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VII. Раздаточный материал.

1. контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов

(приложение 4)

2.ситуационные задачи (приложение 2)

3.тесты I уровня сложности (приложение 3)

4.тесты II уровня сложности (приложение 4)

VIII. Оснащение практического знания.

1.диапроектор слайды

2.муляжи

3.плакаты, альбомы

4.череп и нижняя челюсть

5.рентгенологические снимки больных

6.инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др)

IX. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течение недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

X. Самостоятельная работа студента:

1. Методы рентгенодиагностики вывиха, перелома зубов и альвеолярного отростка

2. Способы иммобилизации при вывихах, перелома зубов и альвеолярного отростка.

XI. Контрольные вопросы:

1.Причина возникновения вывихов зубов.

2.Классификация вывихов переломами зубов и переломами альвеолярного отростка.

3.Клиническая картина неполного вывиха.

4.Клиническая картина полного вывиха.

5.Клиническая картина вколоченного вывиха.

6.Рентгенологическая картина вколоченного вывиха.

7.Лечение вывихов.

8.Жалобы больных при переломе зуба.

9.Лечение больных переломами зубов.

XII. Литература

1. Хирургическая стоматология. - М. Медицина, 2003. Т. Г. Робустова.

2. Швырков М.Б., Афанасьев В.В., Стародубцев В.С. Неогнестрельные переломы челюстей. - М.: Медицина, 1999. , . '.

3. Аржанцев П.Э., Иващенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица. - М., Медицина, 1975. - С. 23- 40

4. Кабаков БД., Малышев В.А «Переломы челюстей». - М.: Медицина, 1981.-С. 5-34.

Ситуационная задача. №1

Больная 18 лет обратилась в поликлинику хирургической стоматологии со следующими жалобами: на боль в 1 зубе, усиливающуюся при прикосновении к нему, на невозможность откусывания пищи, на неправильное положение зуба, подвижность зуба. На рентгенограмме определяется равномерное расширение периодонтальной щели и свободное от верхушки корня дно альвеолы. При внешнем осмотре определяется прикосновение к мягкой ткани в виде кровоизлияния в губы. Рот полуоткрыт. Зуб смещен в небном направлении по отношению к рядом стоящему вследствие смещения коронки повышен. Перкуссия сильно болезненна.

1. Ваш предположительный диагноз?

Ответ: неполный вывих зуба

2. Ваша лечебная тактика?

Ответ: иммобилизация зуба шиной каппой, режущие края зуба освободить от пластмассы, контролировать в динамике жизнеспособность пульпы.

Ситуационная задача. №2.

Больной, 48 лет. Обратился в поликлинику хирургической стоматологии со следующими жалобами: на самопроизвольную боль в области верхней челюсти, усиливающаяся при смыкании зубов, при попытке пережевывания пищи неправильное положение зубов. При внешнем осмотре отмечается отек мягких тканей при ротовой области. Рот полуоткрыт. При осмотре полости рта на слизистой оболочке верхней губы отмечается кровоизлияния. Конфигурация зубной дуги нарушена, прикус неправильный. Пальпаторно определяется подвижность. Перкуссия зубов болезненная.

1. Ваш предположительный диагноз?

Ответ: перелом альвеолярного отростка верхней челюсти

2. Ваша лечебная тактика?

Ответ: иммобилизация отломка с шиной каппой, контроль жизнеспособности пульпы зубов в области перелома, снятия шины через 5-7 недель.

Ситуационная задача №3.

Больной 25 лет. Обратился в поликлинику. хирургической стоматологии со, следующими жалобами: на самопроизвольную боль в зубе, усиливающуюся при откусывании пищи, подвижность зуба, боль при смыкании зубов.

При внешнем осмотре отмечается отек мягких тканей при ротовой области. При осмотре полости рта на слизистой оболочке верхней губы имеется рана с неровными краями. Коронка зуба имеет розовую окраску, зуб подвижный, перкуссия зуба сильно болезненная.

1. Ваш предположительный диагноз?

Ответ: перелом корней зуба.

2. Ваша лечебная тактика?

Отвёт: удаление пульпы зуба скрепление отломков стальным штифтом, иммобилизация зуба шиной каппой.

Контрольные тесты 1 уровня.

1. Какая группа зубов наиболее часто подвержена вывихам?

- а) верхние фронтальные.
- б) верхние премоляры
- в) верхние моляры
- г) нижние резцы
- д) нижние премоляры

2. Что можно определить на рентгенограмме при неполном вывихе зуба?

- а) корень зуба укорочен видна свободная верхушечная часть альвеолы
- б) сужение периодонтальной щели;
- в) полное отсутствие периодонтальной щели
- г) видна линия перелома корня зуба
- д) направление и локализация линии перелома в виде темной полосы,

3. В какие сроки обращения больного с момента травмы возможно реплантация зуба?

- а) не позже 2 сут
- б) не позже 5 сут
- в) не позже 4 сут
- г) не раньше 1 мес
- д) невозможна

4. Что определяется во время осмотра полости рта при вколоченном вывихе?

- а) коронка зуба полностью погружена в лунку
- б) наклонение зуба в оральную сторону
- в) наклонение зуба в язычную сторону
- г) состояние пульпы вколоченного зуба
- д) состояние периодонтальной щели

5.Сроки снятия шин после репозиция отломка -----:

- а) 5 - 7 нед .
- б) 4 - 6 нед
- в) 7 - 8 нед
- г) 1 - 2 нед
- д) 3-4 нед

6. Вывихи и переломы зубов составляет сколько процентов травматических повреждений ЧЛЮ?

- а) 3%
- б) 5~6%
- в) 10%
- г) 7%
- д) 9%

Контрольные тесты II уровня

1. Что характерно для перелома альвеолярного отростка?

- а) разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка
- б) неправильный прикус
- в) нарушение конфигурации зубной дуги
- г) кровотечение из носа
- д) ощущение инородного тела в глотке

2. Какие вывихи зуба различают?

- а) неполный
- б) полный
- в) вколоченный
- г) изолированный
- д) множественный

3. Как проходит линия перелома при поперечном переломе зуба?

- а) через коронку
- б) через корень
- в) поперек вертикальной оси
- г) в пределах дентина
- д) в пределах эмали

4. Что следует сделать при переломе верхушечной части корня?

- а) удалить пульпу
- б) запломбировать канал
- в) операция резекции верхушки корня зуба
- г) специальное лечение не требуется
- д) иммобилизовать зуб

5. Что необходимо сделать при некрозе пульпы при переломах альвеолярного отростка?

- а) зубы трепанируют
- б) каналы пломбируют
- в) удаляют зубы
- г) изготавливают наддесневую шину
- д) все ответы верные

6. Что можно обнаружить на рентгеновском снимке при переломе корня зуба?

- а) линия перелома
- б) направление перелома
- в) локализация перелома
- г) отсутствие периодонтальной щели
- д) расширение периодонтальной щели

7. Каким путем происходит соединение отломков при переломе корня зубов?

- а) цементоидным типом
- б) с помощи костной мудаты
- в) ретрозным типом
- г) периодонтальным типом
- д) пульпарным типом

Тема: Организация и объем помощи челюстно-лицевым раненым на этапах медицинской эвакуации - 6 часов

1. Цель занятия:

Ознакомить студентов с основами организации и объемом хирургической стоматологической помощи раненым на этапах медицинской эвакуации, обучить их особенностям оказания раненым первой врачебной и квалифицированной хирургической стоматологической помощи, а также специализированной помощи в ГБФ.

2. Задачи:

- Рассмотреть особенности организации медицинской помощи раненым в условиях военного времени;
- Рассмотреть особенности проведения приемно-сортировочных и эвакуационно-сортировочных работ на МПБир и МедСБ (ОМО), в т.ч. с учетом оперативно-тактической обстановки;
- Проанализировать виды и объем медицинской помощи раненым в ЧЛЮ на различных этапах эвакуации раненых;
- Проанализировать особенности оказания первой врачебной, квалифицированной и специализированной помощи раненым в ЧЛЮ.

3. Ожидаемые результаты:

- Студенты должны освоить отличительные особенности организации этапного лечения раненых в ЧЛЮ в условиях военного времени;
- Знать названия этапов эвакуации раненых и объем оказываемый в них хирургической стоматологической помощи;
- Уметь проводить прием и сортировку раненых в ЧЛЮ на этапах медицинской эвакуации, в том числе и в зависимости от оперативно-тактической обстановки боевых действий;

4. Содержание практического занятия

ШАГИ	ОПИСАНИЕ	
	ЦЕЛЬ	
ПРОВЕР КА (15 мин)	Проверка базового знания студентов (по опросным листам)	- Требуется короткие и точные ответы на вопросы. - Не допускайте дискуссию. - Не допускайте пользоваться записями в

		конспектах, а также учебниками.
ОБЗОР (10 мин)	Установить мотивации изучения данной темы и ввести их в курс изучаемого материала	- Сделайте обзор работы предстоящей занятии. - Раскройте задачи обучения данного занятия. - Определите мотивация (необходимости) получения ими данной информации.
ПРЕЗЕНТАЦИЯ (45 мин)	Обсуждения темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач и контрольные тесты уровня)	- Каждому студенту дайте по одному листу с описанием ситуационных задач одинакового содержания. - Дайте 5-7 мин для обдумывания. - Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, а также взаимное консультирование присутствующих. - При обсуждении раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии. - Подтвердите правильной версии на демонстрационных материалах (слайды, учебные плакаты, фильмы муляжи и т.д.). - Обсуждение заканчивается решением контрольных тестов I уровня.
ПРАКТИКА (155)	Выработка практических навыков студентов по клиническому обследованию и хирургической санации полости рта у военнослужащих, (прием больных)	- Обеспечит контроль работы студентов с больными. - Независимо стационар или поликлиника не допускайте прием больных студентами без контроля преподавателя и или лечащего врача. - Дайте возможность студенту прийти к самостоятельному решению, только после этого внесите коррекцию.
ИТОГ (45 мин)	Подвести итог занятия, уточнить, что было освоено. Дать задания к следующему занятию. Объявить темы для СРС.	Проведите обсуждение истории болезни (амб. карт) осмотренных (принятых) больных. Дайте каждому студенту по 1 контрольному тесту II уровня. При этом не разрешайте пользоваться записями в конспектах или учебными пособиями. Поставьте рейтинговый балл в журнал и объявите их студентам. Сделайте резюме по теме и по проделанной работе студентов.

5. Преподавательские заметки.

1. Занятие начинается с проверки базового знания студентов группы. Для чего всем присутствующим раздается опросные листы с напечатанными контрольными вопросами и каждому студенту указывается номер вопроса, которого он должен разъяснить. При этом требуется конкретные короткие ответы на поставленный вопрос. Категорически запрещается пользоваться записями в конспектах, учебниками. Параллельно преподаватель проверяет наличие у студента конспекта домашнего задания и его подписывает. Попытка провокации дискуссии со стороны студента пресекается.

Результаты опроса преподаватель заносит на лист протокола занятия в виде заметок.

2. В разделе обзор предстоящей практической занятие преподаватель дает мотивации изучение данной тематики. При этом особо следует обращать внимание студентов на то, что врачи-стоматологи являются офицерами запаса и, они в любой момент могут быть привлечены к несению воинской службы в армии. В условиях же военного времени они работают на всех этапах медицинской эвакуации раненых, начиная с МПВир.

В этом же разделе занятия преподаватель ставит конкретные задачи перед студентами и указывает на ожидаемые результаты (чего они должны достиг в конечном итоге занятия), что соответствует пунктам 2 и 3 настоящей методической разработки.

3. В разделе презентация, преподаватель проводит совместное обсуждение содержание данной темы. Для чего каждому студенту вручается опросный лист с напечатанными текстами ситуационных задач одинакового содержания. Дает 5-7 мин для обдумывания. При этом целесообразно применять технологии интерактивных методов обучения. Например: метод спонтанного поиска версии ответов "Мозговой штурм". При этом допускается свободная дискуссия присутствующих. Если, при этом выявляется 2 или 3 противоположных (или схожих) версий, для доказательства правильности каждой версии допускается использование записей в конспектах, а также данных учебной литературы. Преподаватель выступает в роли тренера (корректируя направления аналитического мышления студентов) и не вмешивается в процессе принятия правильного решения, пока студенты сами не докажут свою правоту. После чего, выбранный преподавателем студент или представитель каждой подгруппы выдвинувший версии, обосновывает решение данной ситуационной задачи.

После чего преподаватель делает краткое резюме, указывая при этом на многовариантности подхода к метенному решению проблемы. Наиболее важные моменты обсуждаемой темы демонстрирует на слайдах, плакатах и других учебных пособиях.

На примере данного занятия возможно применение метода "Ролевых игр", несколько имеется возможность моделирования клинической ситуации различных видов огнестрельных ранений челюстей и их осложнений на разных этапах медицинской эвакуации раненых. Для этого на этапе предыдущего занятия должен быть подготовлен волонтер (имитатор состояния), а в роли врача выступают сами студенты.

В конце обсуждения каждому студенту поочередно вручается по одному контрольному тесту. Ответы получает в течении одного минута времени.

Результаты обсуждения преподавателем вносятся в протокол занятия в виде заметок по каждому студенту, которые будут учитываться при выставлении итогового рейтингового балла.

4. В течении первых 45 мин практической части занятия, студенты индивидуально обучаются методики поэтапного проведения ПХО раны на поролоновых листах, прорабатывают методы остановки кровотечений, наложении транспортных иммобилизирующих шин. При этом преподаватель выступает в роли тренера.

В течении последующего 110 мин учебного времени студенты работают в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники (перевязочной или операционной стационара) или курируют тематических больных (больные с переломами челюстных и лицевых костей) под руководством ассистента или лечащего врача. Принимает участие в обходах заведующего кафедрой (или

профессора) стационарных больных или на их консультациях поликлинических больных.

При этом студенту дается возможность самостоятельно принять решение касающегося диагноза травмы или метода фиксации отломков. Только после этого преподаватель вносит коррекцию и разъясняет допущенные ошибки студента.

Для закрепления полученных знаний студентам рекомендуется дежурство в приемной стоматологии, где он лично будет участвовать на операции ПХО раны.

Результаты практической работы студентов, точнее степени их активности, также вносятся в протокол занятия.

5. В разделе итог занятия, преподаватель проводить обобщающее обсуждение рассмотренных историй болезней, рентгеновских снимков с выявлением допущенных ошибок работы студентов. Дает рекомендации по их устранению.

Каждому присутствующему студенту поочередно вручается по одному опросному листу с напечатанным текстом контрольного теста II уровня и получают ответ через 1 мин. Результаты фиксируются на протоколе занятия.

После чего преподаватель выставляет в классный журнал итоговый рейтинг (баллы) каждого студента и немедленно их объявляет.

Проводит краткое резюме всего занятия, отвечает на поступившие вопросы, объявляет домашнее задание и темы для СРС.

6. Раздаточный материал.

- Опросные листы с напечатанными вопросами для контроля базового знания студентов;
- Опросные листы с напечатанными текстами ситуационных задач (приложение N 1, задачи IX сем.: N19-21);
- Опросные листы с напечатанными текстами контрольных тестов I и II уровня (приложение N2, тесты IX сем.: N97-114).
- Опросные листы с напечатанными копиями демонстрируемых слайдов, учебных плакатов и др.

7. Оснащение практического занятия:

- Учебная таблица со схемой организационных структур МПБир (МПП), МедСБ (ОМО) и СХППГ;
- Бинт медицинский шириной 5 см (1 шт);
- Поролоновые листы размером 21x30 (5 шт);
- Иглодержатель малый (5 шт), иглы хирургические (5 шт) шелк для шитья (1 моток), бронзо-алюминиевая проволока диаметром сечения 0,4-0,5 мм (1 м), свинцовые дробинки (10 шт), пластмассовые пуговицы (10 шт);
- Другие тематические учебные таблицы;
- Тематические учебные слайды.

8. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Текущий контроль по данному занятию проводится путем оценки знаний и умений студентов, выраженных в рейтинговых баллах, градации которых принята на кафедре.

Рейтинговые баллы. ставиться по итогам деятельности каждого студента (суммарно за уровень его теоретической подготовленности и приобретенных навыков и умений). Оценки выставляются в журнал в конце занятия, которые тут же объявляются студентам. В случае желание студента - улучшать оценку, ему предоставляются недельный срок для повторный проработки всего материала занятия во внеурочной времени.

9. Самостоятельная работа студентов:

- Приемно-сartiровочная характеристика раненых в ЧЛО проводимых МПБир (МПП) и МедСБ (ОМО);
- Эвакуационно-сartiровочная характеристика раненых в ЧЛО проводимых в МПБир и МадСБ (ОМО).

10. Контрольные вопросы:

1.Перечислите этапы эвакуации раненых в условиях боевых действий?

2.Что входит в понятие первой медицинской помощи на поле боя?

3.Где и кем оказывается доврачебная помощь раненым в ЧЛО?

4.Расскажите об организационной структуре МПБир (МПП)?

5.Какие мероприятия входят в объем первой врачебной помощи?

6.В каких воинских медицинских учреждениях работают врачи-стоматологи?

7.Что такое квалифицированная медицинская помощь раненым и где она оказывается?

8.Расскажите об эвакуационной характеристики раненых в ЧЛО на этапах медицинской эвакуации?

9.Что входит в объем специализированной медицинской помощи раненым в ЧЛО и где она оказывается?

Л И Т Е Р А Т У Р А :

1. Кабаков Б.Д., Лукъяненко В.И., Аржанцев П.З. Учебное пособие по военной челюстно-лицевой хирургии, терапевтической и ортопедической стоматологии / М.«Медицина, 1980.- С. 187-210.

2. Аржанцев П.З., Иващенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица / М.: Медицина,1975.- С. 286-292.

3. Учебник военной челюстно-лицевой хирургии / под ред.Б.Д.

Кабакова.- Л.: ВМА им.С.М.Кирова, 1976. М.: Медицина, 1987.- 157 с.

Составил, доц.
д.м.н.

М.Э.Махкамов

I. ТЕМА №3. Вывих нижней челюсти. Клиника, диагностика, лечение

II. Цель занятия:

Ознакомление студентов с классификацией вывихов нижней челюсти и методов их лечения. Рассмотреть механизмы возникновения вывихов нижней челюсти.

III. Задачи практического занятия:

1. Рассмотреть анатомическую строению височно-нижнечелюстного сустава;
2. Рассмотреть механизм вывихов нижней челюсти и классификацию;

IV. Ожидаемые результаты:

1. Студент должен знать анатомическую строению ВНЧС;
2. Студент должен знать и анализировать механизм вывихов НЧ;
3. Студент должен освоить клинику вывиха НЧ;
4. Студент должен знать и освоит методы диагностики и лечения вывиха НЧ;

V. Содержание практического занятия:

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, объясняет необходимость изучения вопросов клиники и особенности вывиха нижней челюсти.

1. Вывих нижней челюсти – это чрезмерное выдвижение головки суставного отростка нижней челюсти вперед или назад от нормы. Он может произойти при:

- зевание;
- смеха;
- кашле;
- во время лечения зубов
- при ударах и т.д.

2. Классификация

В зависимости от частоты возникновения вывихи делят на:

- острые
- привычные

3. Механизм вывиха нижней челюсти.

В норме при максимальном открывании рта головка нижней челюсти вместе с внутрисуставным диском устанавливается на заднем скате суставного бугорка. Чрезмерному выдвижению головки вперед за вершину бугорка препятствует высота его, связочный аппарат, прекращение сокращения мышц.

Однако, при чрезмерном опускании нижней челюсти суставная головка иногда соскальзывает на передний скат суставного бугорка. Возникает вывих.

4. Клиника одно- и двухсторонних вывихов

При двухстороннем вывихе больные не могут изложить жалобы, так как не могут закрыть рот. Мимикой и жестами они дают понять врачу о наличии сильной боли. Конфигурация лица изменяется вследствие удлинения нижней 1/3 его.

Из рта обильно выделяется слюна, язык сухой, собственно жевательные мышцы напряжены и отчетливо контурируются в виде валиков ткани впереди козелка уха с двух сторон западают, а под скуловой дугой пальпируется сместившаяся головка. При одностороннем вывихе та же клиника, только с одной стороны лица больного.

5. Способы вправления вывихов нижней челюсти:

- метод Гиппократ
- метод Гиппократ-П.В.Ходоровича
- метод Г.Л.Блехмана-Ю.Д.Гершени
- метод Popesku

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания), осмотр (визуальный и пальпаторный костей носа). При этом оцениваются знания как студента “больного” - правильно ли стоит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента “врача” – на сколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия. В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов правильности проведения этапов обследования больных, интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

VI. Преподавательские заметки:

1. Проверка базового знания студентов по контрольным вопросам (приложение 1). Каждому студенту дается определенный вопрос, на который он должен ответить. Ответ должен четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками (45 минут).

2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационных задач. Дается 4-5 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при

этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знание.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задачи по теме занятия. Через 5-7 минут обдумывая и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия (45 минут).

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

4. В конце занятия подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляется рейтинговый балл, объявляет его.

А) контрольные вопросы

Б) темы самостоятельной работы

В) перечень дополнительной литературы

VII. Раздаточный материал:

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов;

2. Ситуационные задачи (приложение 2);

3. Тесты 1 уровня сложности (приложение 3);

4. Тесты 2 уровня сложности (приложение 4);

VIII. Оснащение практического занятия:

3. Тематически учебные таблицы

4. Тематические учебные слайды, муляжи

IX. Виды контроля знаний, умений и навыков:

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал.

Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

X. Самостоятельная работа студентов:

Анатомия височно-нижнечелюстного сустава

XI. Контрольные вопросы:

1. Понятие о вывихе нижней челюсти.

2. Частота встречаемости вывихов НЧ
3. Анатомия височно-нижнечелюстного сустава
4. Механизм возникновения переднего и заднего вывиха НЧ
5. Клиника одностороннего вывиха НЧ
6. Клиника двухстороннего вывиха НЧ
7. Что такое привычный вывих?
8. Лечение вывихов методом Гиппократ
9. Лечение привычных вывихов

Литература

1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология: М., Медицина, 1990. –331-342 с.
2. Швырков М.Б., Афанасьева В.В., Стародубцев В.С. Неогнестрелные переломы челюстей. М., Медицина, 1999. 11-44, 133-169 с.
3. Аржанцев П.З., Иващенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица. М., Медицина, 1981. – 5-34 с.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1. Больной 23 года обратился в клинику ХС. У больного рот открыт, обильное слюнотечение. Объективно: изменение конфигурации лица, удлинение нижней трети лица, смещение подбородка кпереди. Ткани впереди козелка уха западают слева и справа. Ваш диагноз?

- А) двусторонний вывих НЧ
- Б) односторонний вывих НЧ
- В) перелом НЧ в области подбородка
- Г) перелом мышечкового отростка
- Д) перелом НЧ в области верхней челюсти.

Ситуационная задача №2. Больной 36 лет поступил в клинику. Конфигурация лица изменена за счет смещения подбородка кпереди и влево, наблюдается западание мягких тканей в области козелка уха справа. Рот открыт. Слюнотечение. Ваш диагноз,

- А) двусторонний вывих НЧ
- Б) односторонний вывих НЧ
- В) перелом НЧ в области подбородка
- Г) перелом мышечкового отростка НЧ
- Д) перелом НЧ в области верхней челюсти.

XI. Контрольные тесты

I уровня

1. Вывих НЧ может быть:

- а) двусторонним
- б) одностороннем
- в) смещанным
- г) вертикальным
- д) горизонтальным

2. Вывих происходит при:

- а) зевании
- б) удаления зуба
- в) разговоре
- г) попытке откусить большой кусок
- д) чихании

- 1) а,б
- 2) а,д
- 3) б,д
- 4) г,д
- 5) б,в

- 1. а.б
- 2. г.д
- 3. а.в
- 4. б.д
- 5. б.г

3. Методы лечения вывиха НЧ:

- а) метод Гиппократ
- б) метод Рудько
- в) метод Блехмана
- г) метод Бернадского
- д) метод Зборжо

- 1. а.в
- 2. а.г
- 3. б.в
- 4. б.д
- 5. а.д

4. Эффективным методом при застарелом переднем вывихе является:

- а) метод Попеску
- б) метод Гершуни

- в) метод Гиппократ
- г) метод Блехмана
- метод Рудько

5. Ограничение движений в суставе при лечении привычных вывихов достигается:

- а) аппаратом Петросова
- б) аппаратом Рудько
- в) аппаратом Ходоровича
- г) аппаратом Бургонского
- д) аппаратом Зборжо

- 1. а.в.
- 2. а.д.
- 3. б.д.
- 4. г.д.
- 5. б.в
- 6. Привычный вывих возникает у лиц:
 - а) с плоской головкой НЧ
 - б) с плоским суставным бегорком
 - в) при слабом связочным аппарате НЧ
 - г) при растянутой суставной сумке
 - д) все ответы верны

7. Куда врач производит давление и как производится лечение вывиха методом Блехмана.

- а) на венечный отростки со стороны преддверия рта
- б) на венечные отростки со стороны преддверия
- в) на мышцелковые отростки со стороны преддверия
- г) к зади и вниз
- д) кпереди и вверх

- 1. а.г
- 2. б.г
- 3. б.д
- 4. в.д
- 5. в.г

Тесты II уровня

8. Внеротовой способ по Блехману:

- а) по методу Гершуни

- б) по методу Гиппократ
- в) по методу Попеску
- г) по методу Зборжо
- д) по методу Рудько

9. Какой путь должна проделать головка НЧ при ее вправлении:

- а) низ, назад, кверху
- б) вниз, вперед, кверху
- в) кверху, вперед, вниз
- г) кверху, назад, вниз
- д) вниз, назад, кверху

10. Односторонний вывих следует дифференцировать как%

- а) односторонний перелом мышечкового отростка
- б) двусторонний перелом мышечкового отростка
- в) доносторонний перелом венечного отростка
- г) двусторонний перелом венечного отростка
- д) перелом в области НЧ

11. При одностороннем вывихе НЧ конфигурация лица изменена за счет смещения подбородка:

- а) кпереди и в здоровую сторону
- б) кпереди в больную сторону
- в) кзади и в здоровую сторону
- г) кзади и в здоровую сторону
- д) нет правильного ответа

12. Задний вывих возникает при ударе в область:

- а) подбородка
- б) нижней челюсти
- в) ветки НЧ
- г) в околоушной-жевательную область
- д) в сосцевый отросток

13. При методе Гиппократ врач свои руки помещает на:

- а) большие коренные зубы
- б) малые коренные зубы
- в) фронтальные зубы
- г) большие и малые коренные зубы
- д) малые коренные и фронтальные зубы

14. Если врач хочет вправить вывих с помощью анестезии по Дубову он вводит:

- а) латерально крыловидную мышцу
- б) медиальнокрыловидную мышцу
- в) височную мышцу
- г) жевательную мышцу
- д) в щечную мышцу

Тема: Огнестрельные повреждения челюстных и лицевых костей.
Особенности клиники и диагностики - 6 часов.

1. Цель занятия:

Ознакомить студентов с особенностями боевых повреждений лицевого черепа и обучить их методам диагностики различных видов огнестрельных ранений костей лицевого скелета.

2. Задачи:

- Рассмотреть особенности огнестрельных ранений нижней, верхней и обеих челюсти;
- Рассмотреть особенности клиники и диагностики огнестрельных переломов челюстей и лицевых костей;
- Проанализировать существующие методы диагностики огнестрельных ранений костей лицевого скелета;
- Продемонстрировать различные варианты огнестрельного повреждения костей лицевого скелета.

3. Ожидаемые результаты:

- Студент должен освоить клиническую характеристику сквозных, слепых и костельных, огнестрельных ранений челюстей и лицевых костей;
- Знать особенности диагностики боевых повреждений костей лицевого скелета;
- Уметь диагностировать различные виды огнестрельных повреждений челюстей и оказать первую врачебную помощь при них;
- Уметь правильно направить раненого по этапам эвакуации;

4. Содержание практического занятия

ШАГИ	ОПИСАНИЕ	
	ЦЕЛЬ	
ПРОВЕРКА (15 мин)	Проверка базового знания студентов (по опросным листам)	- Требуется короткие и точные ответы на вопросы. - Не допускайте дискуссию. - Не допускайте пользоваться записями в конспектах, а также учебниками.
ОБЗОР (10 мин)	Установить мотивации изучения данной темы и ввести их в курс изучаемого материала	- Сделайте обзор работы предстоящей занятии. - Раскройте задачи обучения данного занятия. - Определите мотивация (необходимости) получения ими данной информации.
ПРЕЗЕНТАЦИЯ (45 мин)	Обсуждения темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач и контрольные тесты	- Каждому студенту дайте по одному листу с описанием ситуационных задач одинакового содержания.

	уровня)	- Дайте 5-7 мин для обдумывания. - Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, а также взаимное консультирование присутствующих. - При обсуждении раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии. - Подтвердите правильной версии на демонстрационных материалах (слайды, учебные плакаты, фильмы муляжи и т.д.). - Обсуждение заканчивается решением контрольных тестов I уровня.
ПРАКТИКА (155)	Выработка практических навыков студентов по клиническому обследованию и хирургической санации полости рта у военнослужащих, (прием больных)	- Обеспечит контроль работы студентов с больными. - Независимо стационар или поликлиника не допускайте прием больных студентами без контроля преподавателя и или лечащего врача. - Дайте возможность студенту прийти к самостоятельному решению, только после этого внесите коррекцию.
ИТОГ (20 мин)	Подвести итог занятия, уточнить, что было освоено. Дать задания к следующему занятию. Объявить темы для СРС.	Проведите обсуждение истории болезни (амб. карт) осмотренных (принятых) больных. Дайте каждому студенту по 1 контрольному тесту II уровня. При этом не разрешайте пользоваться записями в конспектах или учебными пособиями. Поставьте рейтинговый балл в журнал и объявите их студентам. Сделайте резюме по теме и по проделанной работе студентов.

5. Преподавательские заметки:

1. Занятие начинается с проверки базового знания студентов группы. Для чего всем присутствующим раздается опросные листы с напечатанными контрольными вопросами и каждому студенту указывается номер вопроса, которого он должен разъяснить. При этом требуется конкретные короткие ответы на поставленный вопрос. Категорически запрещается пользоваться записями в конспектах, учебниками. Параллельно преподаватель проверяет наличие у студента конспекта домашнего задания и его подписывает. Попытка провокации дискуссии со стороны студента пресекается.

Результаты опроса преподаватель заносит на лист протокола занятия в виде заметок.

2. В разделе обзор предстоящей практической занятия преподаватель дает мотивации изучение данной тематики. При этом особо следует обращать внимание студентов на то, что в современных условиях огнестрельные ранения не является редким случаем и они обязательно встретятся в практике будущих врачей-стоматологов. Кроме того, врачи-стоматологи являются офицерами запаса и, они в любой момент могут быть привлечены к несению воинской службы в госпиталях армии. В условиях же военного времени, эти врачи будут нести службу начиная с МПБир, где оказывая раненым первую врачебную помощь. От правильности диагностики повреждения челюстей и своевременности и адекватности оказанной помощи зависит жизнь раненого. По этому знания баллистических характеристик боевого ранения костей

лицевого скелета и особенности их клиники, диагностики совершенно необходим для будущего врача-стоматолога.

В этом же разделе занятия преподаватель ставить конкретные задачи перед студентами и указывает на ожидаемые результаты (чего они должны достиг в конечном итоге занятия), что соответствуют пунктам 2 и 3 настоящей методической разработки.

3. В разделе презентация, преподаватель проводит совместное обсуждение содержание данной темы. Для чего каждому студенту вручается опросный лист с напечатанными текстами ситуационных задач одинакового содержания. Дает 5-7 мин для обдумывания. При этом целесообразно применять технологии интраактивных методов обучения. Например: метод спонтанного поиска версии ответов "Мозговой штурм". При этом допускается свободная дискуссия присутствующих. Если, при этом выявляется 2 или 3 противоположных (или схожих) версий, для доказательства правильности каждой версии допускается использование записей в конспектах, а также данных учебной литературы. Преподаватель выступает в роли тренера (корректируя направления аналитического мышления студентов) и не вмешивается в процессе принятия правильного решения, пока студенты сами не докажут свою правоту. После чего, выбранный преподавателем студент или представитель каждой подгруппы выдвинувший версии, обосновывает решение данной ситуационной задачи.

После чего преподаватель делает краткое резюме, указывая при этом на много вариантности подхода к истинному решению проблемы. Наиболее важные моменты обсуждаемой темы демонстрирует на слайдах, плакатах и других учебных пособиях.

В конце обсуждения каждому студенту поочередно вручается по одному контрольному тесту. Ответы получает в течении одного минута времени.

Результаты обсуждения преподавателем вносятся в протокол занятия в виде заметок по каждому студенту, которые будут учитываться при выставлении итогового рейтингового балла.

4. В течении первых 45 мин практической части занятия, студенты индивидуально обучаются методам наложения хирургического шва на поролонах. В роли тренера выступает сам преподаватель.

В течении последующего 110 мин учебного времени студенты работают в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники (перевязочной или операционной стационара) или курируют тематических больных (больные с различными травмами ЧЛЮ) под руководством ассистента или лечащего врача. Принимают участие в обходах заведующего кафедрой (или профессора) стационарных больных или на их консультациях поликлинических больных.

При этом преподаватель выступает в роли тренера. Студенту дается возможность самостоятельно принять решение касающегося диагноза травмы или метода фиксации отломков. Только после этого преподаватель вносит коррекцию и разъясняет допущенные ошибки студента.

Результаты практической работы студентов, точнее степени их активности, также вносятся в протокол занятия.

5. В разделе итог занятия, преподаватель проводить обобщающее обсуждение результатов практической работы студентов, рассмотренных историй болезней, рентгеновских снимков с выявлением допущенных ошибок работы. Дает рекомендации по их устранению.

Каждому присутствующему студенту поочередно вручается по одному опросному листу с напечатанным текстом контрольного теста II уровня и получают ответ через 1 мин. Результаты фиксируются на протоколе занятия.

После чего преподаватель выставляет в классный журнал итоговый рейтинг (баллы) каждого студента и немедленно их объявляет.

Проводит краткое резюме всего занятия, отвечает на поступившие вопросы, объявляет домашнее задание и темы для СРС.

6. Раздаточный материал.

- Опросные листы с напечатанными вопросами для контроля базового знания студентов;
- Опросные листы с напечатанными текстами ситуационных задач (приложение N 1, задачи N 7-9);
- Опросные листы с напечатанными текстами контрольных тестов I и II уровня (приложение N 2, тесты N IX сем: 28 - 46).
- Опросные листы с напечатанными графическими изображениями демонстрируемых слайдов, плакатов и фотоснимков по данной теме.

7. Оснащение практического занятия:

- Учебная таблица с изображениями видов огнестрельных переломов челюстей;
- Другие тематические учебные таблицы;
- Тематические учебные слайды;
- Тематический учебный фильм.

8. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Текущий контроль по данному занятию проводится путем оценки знаний и умений студентов, выраженных в рейтинговых баллах, градации которых принята на кафедре.

Рейтинговые баллы ставятся по итогам деятельности каждого студента (суммарно за уровень его теоретической подготовленности и приобретенных навыков и умений). Оценки выставляются в журнал в конце занятия, которые тут же объявляются студентам. В случае желания студента - улучшить оценку, ему предоставляется недельный срок для повторной проработки всего материала занятия во внеурочной времени.

9. Самостоятельная работа студентов.

- Особенности формирования раневого канала в зависимости от вида ранящего снаряда, скорости и живой его силы;
- Методы рентгенологического исследования черепно-лицевых костей. Стоматологическая особенность изображения переломов челюстей.

10. Контрольные вопросы:

1. Перечислите виды огнестрельных переломов нижней челюсти?
2. Факторы влияющие на объем и тяжесть повреждения челюстей?
3. Особенности смещения костных отломков и осколков нижней челюсти при огнестрельных переломах?
4. Особенности клинического осмотра раненого с огнестрельным переломом нижней челюсти?
5. Особенности огнестрельных ранений верхней челюсти? 6. Особенности клинического обследования раненого с переломами верхней челюсти?

7.Особенности рентгенологического обследования ЧЛЮ при огнестрельных ранениях?

8.Особенности огнестрельных переломов скуловых костей? 9.Особенности клиники огнестрельных переломов костей носа?

Л И Т Е Р А Т У Р А :

1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология // М.: Медицина, 1990.-373-376 с.
2. Учебник военной челюстно-лицевой хирургии /под ред.Б.Д.Кабакова.- Л.: ВМА им.С.М.Кирова, 1976.- С.58-60; 63-65; 69-70; 71-78.
3. Арзканцев П.З., Иващенко Г.М., Лурье Т.М. Лечерие травм лица/ М.: Медицина, 1975.- С.152-169.
4. Кабаков Б.Д., Лукьяненко В.И., Аржанцев П.З. Учебное пособие по военной челюстно-лицевой хирургии, терапевтической и ортопедической стоматологии / М.: Медицина, 1980.- С.159-166.

Составил доц. д.м.н.

М.Э.Махкамов

ТЕМА №4: "ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕЛЮСТНЫХ И ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ. ВРЕМЕННАЯ И ПОСТОЯННАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ" - 6 ЧАСОВ

1. Цель занятия:

- Ознакомить студентов с особенностями временной и постоянной иммобилизации отломков челюстей в условиях военного времени, обучить их методам изготовления и наложения транспортных иммобилизирующих средств, а также лечебных иммобилизирующих приспособлений и ортопедических аппаратов в условиях поэтапного лечения раненых, ознакомить с основами применения оперативных методов иммобилизации отломков челюстей в условиях хирургического полевого подвижного госпиталя.

2. Задачи:

- Рассмотреть особенности иммобилизации отломков челюстей при их огнестрельных ранениях;
- Рассмотреть роль и место врача-стоматолога в лечении раненых с переломами челюстей и лицевых костей на этапах медицинской эвакуации;
- Продемонстрировать виды транспортной иммобилизирующих повязок и методы их изготовления и способы наложения на раненого;
- Проанализировать различные варианты лечебной иммобилизации отломков челюстных и лицевых костей в условиях военного времени.

3. Ожидаемые результаты:

- Студенты должны освоить особенности временной и лечебной иммобилизации челюстей в условиях военного времени;
 - Понимать роль и место врача-стоматолога в условиях этапного лечения раненого;
 - Уметь накладывать временные и постоянные иммобилизирующие повязки и шины;
 - Знать хирургические методы иммобилизации отломков челюстей. При этом они должны:
 - Уметь определить показания к наложению отдельным видам временных и постоянных повязок и шин;
 - Уметь накладывать пращевидную и подбородочно-теменную повязку, жесткую стандартную повязку и методы межчелюстных лигатурных связываний;
 - Уметь изготовить гнутых шин и накладывать их на фантомы челюстей.

4. Содержание практического занятия.

ШАГИ	ОПИСАНИЕ	
	ЦЕЛЬ	
ПРОВЕРКА	Проверка базового знания студентов (по опросным листам)	- Требуется короткие и точные ответы на вопросы. - Не допускайте дискуссию. - Не допускайте пользоваться записями в конспектах, а также учебниками.
ОБЗОР	Установить мотивации изучения данной темы и	- Сделайте обзор работы предстоящей занятии. - Раскройте задачи обучения данного занятия.

(10 мин)	ввести их в курс изучаемого материала	- Определите мотивация (необходимости) получения ими данной информации.
ПРЕЗЕНТАЦИЯ (45 мин)	Обсуждения темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач и контрольные тесты уровня)	- Каждому студенту дайте по одному листу с описанием ситуационных задач одинакового содержания. - Дайте 5-7 мин для обдумывания. - Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, а также взаимное консультирование присутствующих. - При обсуждении раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии. - Подтвердите правильной версии на демонстрационных материалах (слайды, учебные плакаты, фильмы муляжи и т.д.). - Обсуждение заканчивается решением контрольных тестов I уровня.
ПРАКТИКА (155)	Выработка практических навыков студентов по клиническому обследованию и хирургической санации полости рта у военнослужащих, (прием больных)	- Обеспечит контроль работы студентов с больными. - Независимо стационар или поликлиника не допускайте прием больных студентами без контроля преподавателя и или лечащего врача. - Дайте возможность студенту прийти к самостоятельному решению, только после этого внесите коррекцию.
ИТОГ (45 мин)	Подвести итог занятия, уточнить, что было освоено. Дать задания к следующему занятию. Объявить темы для СРС.	Проведите обсуждение истории болезни (амб. карт) осмотренных (принятых) больных. Дайте каждому студенту по 1 контрольному тесту II уровня. При этом не разрешайте пользоваться записями в конспектах или учебными пособиями. Поставьте рейтинговый балл в журнал и объявите их студентам. Сделайте резюме по теме и по проделанной работе студентов.

5. Преподавательские заметки.

1. Занятие начинается с проверки базового знания студентов группы. Для чего всем присутствующим раздается опросные листы с напечатанными контрольными вопросами и каждому студенту указывается номер вопроса, которого он должен разъяснить. При этом требуется конкретные короткие ответы на поставленный вопрос. Категорически запрещается пользоваться записями в конспектах, учебниками. Параллельно преподаватель проверяет наличие у студента конспекта домашнего задания и его подписывает. Попытка провокации дискуссии со стороны студента пресекается.

Результаты опроса преподаватель заносит на лист протокола занятия в виде заметок.

2. В разделе обзор предстоящей практической занятия преподаватель дает мотивации изучение данной тематики. При этом особо следует обращать внимание студентов на то, что в современных условиях огнестрельные ранения не является редким случаем и они обязательно встретиться в практике будущих врачей—стоматологов.

Кроме того, врачи-стоматологи являются офицерами запаса и, они в любой момент могут быть привлечены к несению воинской службы в госпиталях армии. В условиях же военного времени, эти врачи будут нести службу начиная с МПБир.

В этом же разделе занятия преподаватель ставит конкретные задачи перед студентами и указывает на ожидаемые результаты (чего они должны достиг в конечном итоге занятия), что соответствуют пунктам 2 и 3 настоящей методической разработки.

3. В разделе презентация, преподаватель проводит совместное обсуждение содержания данной темы. Для чего каждому студенту вручается опросный лист с напечатанными текстами ситуационных задач одинакового содержания. Дает 5-7 мин для обдумывания. При этом целесообразно применять технологии интерактивных методов обучения. Например: метод спонтанного поиска версии ответов "Мозговой Штурм". При этом допускается свободная дискуссия присутствующих. Если, при этом выявляется 2 или 3 противоположных (или схожих) версий, для доказательства правильности каждой версии допускается использование записей в конспектах, а также данных учебной литературы. Преподаватель выступает в роле тренера (корректируя направления аналитического мышления студентов) и не вмешивается в процессе принятия правильного решения, пока студенты сами не докажут свою правоту. После чего, выбранный преподавателем студент или представитель каждой подгрупп выдвинувший версии, обосновывает решение данной ситуационной задачи.

После чего преподаватель делает краткое резюме, указывая при этом на многовариантности подхода к истинному решению проблемы. Наиболее важные моменты обсуждаемой темы демонстрирует на слайдах, плакатах и других учебных пособиях.

На примере данного занятия возможно применение метода "Ролевых игр", по сколько имеется возможность моделирования клинической картины различных видов огнестрельных переломов челюстей и их осложнений на разных этапах медицинской эвакуации раненых. Для этого на этапе предыдущего занятия должен быть подготовлен волонтер (имитатор состояния), а в роли врача выступают сами студенты.

В конце обсуждения каждому студенту поочередно вручается по одному контрольному тесту. Ответы получает в течении одного минута времени.

Результаты обсуждения преподавателем вносятся в протокол занятия в виде заметок по каждому студенту, которые будут учитываться при выставлении итогового рейтингового балла.

4. В течении первых 45 мин практической части занятия, студенты индивидуально обучаются способам наложения межчелюстного лигатурного связывания на фантомах челюстей и друг на друга накладывают пращевидную повязку из бинта. Повторяют навыки изготовления гнутых алюминиевых шин Тигерштеда и методы фиксации челюстей при их переломах. Преподаватель выступает а роли тренера.

В течении последующего 110 мин учебного времени студенты работают в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники (перевязочной или операционной стационара) или курируют тематических больных (больные с переломами челюстных и лицевых костей) под руководством ассистента или лечащего врача. Принимает участие в обходах заведующего кафедрой (или профессора) стационарных больных или на их консультациях поликлинических больных.

При этом студенту дается возможность самостоятельно принять решение касающегося диагноза травмы или метода фиксации отломков. Только после этого преподаватель вносит коррекцию и разъясняет допущенные ошибки студента.

Результаты практической работы студентов, точнее степени их активности, также вносятся в протокол занятия.

5. В разделе итог занятия, преподаватель проводить обобщающее обсуждение рассмотренных историй болезней, рентгеновских снимков с выявлением допущенных ошибок работы студентов. Дает рекомендации по их устранению.

Каждому присутствующему студенту поочередно вручается по одному опросному листу с напечатанным текстом контрольного теста II уровня и получают ответ через 1 мин. Результаты фиксируются на протоколе занятия.

После чего преподаватель выставляет в классный журнал итоговый рейтинг (баллы) каждого студента и немедленно их объявляет.

Проводит краткое резюме всего занятия, отвечает на поступившие вопросы, объявляет домашнее задание и темы для СРС.

6. Раздаточный материал.

- Опросные листы с напечатанными вопросами для контроля базового знания студентов;
- Опросные листы с напечатанными текстами ситуационных задач (приложение N 1, задачи IX сем.: N 10-12);
- Опросные листы с напечатанными текстами контрольных тестов I и II уровня (приложение N 2, тесты IX сем.: N 46-63).
- Опросные листы с напечатанными копиями демонстрируемых слайдов, учебных плакатов и др.

7. Оснащение практического занятия:

- Учебная таблица с изображениями конструкции различных лечебных шин;
- Фантомы челюстей (4), алюминиевая проволока с диаметром сечения 1,8-2 мм и бронзо-алюминиевая проволока с диаметром сечения 0,4-0,5 мм;
- Крампонные щипцы (2), ножница по металлу (2), кровоостанавливающий зажим (2), бинт (5 м);
- Другие тематические учебные таблицы;
- Тематические учебные слайды;
- Тематический учебный фильм.

8. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Текущий контроль по данному занятию проводится путем оценки знаний и умений студентов, выраженных в рейтинговых баллах, градации которых принята на кафедре.

Рейтинговые баллы ставиться по итогам деятельности каждого студента (суммарно за уровень его теоретической подготовленности и приобретенных навыков и умений). Оценки выставляются в журнал в конце занятия, которые тут же объявляются студентам. В случае желание студента - улучшать оценку, ему предоставляются недельный срок для повторной проработки всего материала занятия во внеурочной времени.

9. Самостоятельная работа студентов.

- Аппаратное лечение огнестрельных переломов челюстей;

- Хирургические методы лечения огнестрельных переломов челюстных и лицевых костей;

10. Контрольные вопросы.

1. Что понимается под термином транспортной иммобилизации?
2. Что такое постоянная иммобилизация отломков челюстей?
3. Перечислите средства и виды транспортных повязок?
4. Перечислите виды лечения огнестрельных ранений челюстных и лицевых костей?
5. Назовите показания к наложению временных иммобилизаций?
6. Назовите противопоказания к наложению временных иммобилизаций челюстей при их переломах?
7. Перечислите виды лечебных иммобилизационных шин?
8. Назовите основные методы остеосинтеза нижней челюсти при их переломах?
9. Аппарат В.Ф.Рудько и показания к его применению.

ЛИТЕРАТУРА:

3. Аржанцев П.З., Иващенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица/ М.: Медицина, 1975.- С.74-105 и 111-125.
4. Кабаков Б.Д., Лукьяненко В.И., Аржанцев П.З. Учебное пособие по военной челюстно-лицевой хирургии, терапевтической и ортопедической стоматологии / М.: Медицина, 1980.- С.105-140.
1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология // М.: Медицина, 1990.- 373-376 с.
2. Учебник военной челюстно-лицевой хирургии /под ред.Б.Д.Кабаков.- Л.: ВМА им.С.М.Кирова, 1976.- С.119-150.

Составил, доц.
Д.М.Н.

М.Э.Махкамов

ТЕМА №5: ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ (ПХО) ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ

- 6 часов

1. Цель занятия:

Ознакомить студентов с особенностями и сроками проведения операции первичной хирургической обработки раны, обучать их методам подготовки раненого к операции, выбору хирургической тактики в зависимости от сроков поступления раненого, методике поэтапной хирургической обработки раны и наложению обычного и пластиночного шва не края раны.

2. Задачи:

- Рассмотреть особенности ЧЛО имеющие значения при проведении операции ПХО раны на лице, а также при заживлении раны в послеоперационном периоде;
- Рассмотреть периоды вторичного заживления раны и особенности выбора хирургической тактики в зависимости от сроков с момента получения огнестрельной раны;
- Проанализировать организационные моменты подготовительного этапа ПХО раны в предоперационной полевой госпитали и роль и участие врача в этом процессе;
- Продемонстрировать методики поэтапного проведения ПХО раны мягких и костных тканей огнестрельных ран ЧЛО с указанием отличительных моментов от обще хирургических методов;

3. Ожидаемые результаты:

- Студенты должны освоить отличительные особенности ЧЛО и связанные с ними хирургическую стоматологическую тактику при ПХО раны;
- Знать этапы вторичного заживления раны на лице и уметь правильно выбрать хирургическую тактику обработки раны в зависимости от сроков поступления раненого;
- Знать все этапы проведения ПХО огнестрельной раны на лице;
- Уметь накладывать послойный шов на края раны и применяемые при этом шовные материалы;
- Иметь представления о показаниях к применению и методике наложения пластиночного шва;

4. Содержание практического занятия

ШАГИ	ОПИСАНИЕ
ЦЕЛЬ	
ПРОВЕРКА КА (15 мин)	Проверка базового знания студентов (по опросным листам) - Требуется короткие и точные ответы на вопросы. - Не допускайте дискуссию. - Не допускайте пользоваться записями в конспектах, а также учебниками.

ОБЗОР (10 мин)	Установить мотивации изучения данной темы и ввести их в курс изучаемого материала	- Сделайте обзор работы предстоящей занятии. - Раскройте задачи обучения данного занятия. - Определите мотивация (необходимости) получения ими данной информации.
ПРЕЗЕНТАЦИЯ (45 мин)	Обсуждения темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач и контрольные тесты уровня)	- Каждому студенту дайте по одному листу с описанием ситуационных задач одинакового содержания. - Дайте 5-7 мин для обдумывания. - Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, а также взаимное консультирование присутствующих. - При обсуждение раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии. - Подтвердите правильной версии на демонстрационных материалах (слайды, учебные плакаты, фильмы муляжи и т.д.). - Обсуждение заканчивается решением контрольных тестов I уровня.
ПРАКТИКА (155)	Выработка практических навыков студентов по клиническому обследованию и хирургической санации полости рта у военнослужащих, (прием больных)	- Обеспечит контроль работы студентов с больными. - Независимо стационар или поликлиника не допускайте прием больных студентами без контроля преподавателя и или лечащего врача. - Дайте возможность студенту прийти к самостоятельному решению, только после этого внесите коррекцию.
ИТОГ (45 мин)	Подвести итог занятия, уточнить, что было освоено. Дать задания к следующему занятию. Объявить темы для СРС.	Проведите обсуждение истории болезни (амб. карт) осмотренных (принятых) больных. Дайте каждому студенту по 1 контрольному тесту II уровня. При этом не разрешайте пользоваться записями в конспектах или учебными пособиями. Поставьте рейтинговый балл в журнал и объявите их студентам. Сделайте резюме по теме и по проделанной работе студентов.

5. Преподавательские заметки.

1. Занятие начинается с проверки базового знания студентов группы. Для чего всем присутствующим раздается опросные листы с напечатанными контрольными вопросами и каждому студенту указывается номер вопроса, которого он должен разъяснить. При этом требуется конкретные короткие ответы на поставленный вопрос. Категорически запрещается пользоваться записями в конспектах, учебниками. Параллельно преподаватель проверяет наличие у студента конспекта домашнего задания и его подписывает. Попытка провокации дискуссии со стороны студента пресекается.

Результаты опроса преподаватель заносить на лист протокола занятия в виде заметок.

2. В разделе обзор предстоящей практической занятие преподаватель дает мотивации изучение данной тематики. При этом особо следует обращать внимание студентов на то, что в современных условиях огнестрельные ранения не является редким случаем и они обязательно встретиться в практике будущих врачей-стоматологов

не только в военное время, но и ПХО обычной раны является ежедневной работой хирургов стоматологов. Кроме того, врачи-стоматологи являются офицерами запаса и, они в любой момент могут быть привлечены к несению воинской службы в госпиталях армии. В условиях же военного времени ПХО раны проводится в всех этапах эвакуации начиная с МПБир.

В этом же разделе занятия преподаватель ставить конкретные задачи перед студентами и указывает на ожидаемые результаты (чего они должны достиг в конечном итоге занятия), что соответствуют пунктам 2 и 3 настоящей методической разработки.

3. В разделе презентация, преподаватель проводит совместное обсуждение содержание данной темы. Для чего каждому студенту вручается опросный лист с напечатанными текстами ситуационных задач одинакового содержания. Дает 5-7 мин для обдумывания. При этом целесообразно применять технологии интерактивных методов обучения. Например: метод спонтанного поиска версии ответов "Мозговой штурм". При этом допускается свободная дискуссия присутствующих. Если, при этом выявляется 2 или 3 противоположных (или схожих) версий, для доказательства правильности каждой версии допускается использование записей в конспектах, а также данных учебной литературы. Преподаватель выступает в роле тренера (корректируя направления аналитического мышления студентов) и не вмешивается в процессе принятия правильного решения, пока студенты сами не докажут свою правоту. После чего, выбранный преподавателем студент или представитель каждой подгрупп выдвинувший версии, обосновывает решение данной ситуационной задачи.

После чего преподаватель делает краткое резюме, указывая при этом на многовариантности подхода к истинному решению проблемы. Наиболее важные моменты обсуждаемой темы демонстрирует на слайдах, плакатах и других учебных пособиях.

На примере данного занятия возможно применение метода "Ролевых игр", несколько имеется возможность моделирования клинической картины различных видов огнестрельных ранений челюстей и их осложнений на разных этапах медицинской эвакуации раненых. Для этого на этапе предыдущего занятия должен быть подготовлен волонтер (имитатор состояния), а в роли врача выступают сами студенты.

В конце обсуждения каждому студенту поочередно вручается по одному контрольному тесту. Ответы получает в течении одного минута времени.

Результаты обсуждения преподавателем вносятся в протокол занятия в виде заметок по каждому студенту, которые будут учитываться при выставлении итогового рейтингового балла.

4. В течении первых 45 мин практической части занятия, студенты индивидуально обучаются методики поэтапного проведения ПХО раны на поролоновых листах. При этом преподаватель выступает в роли тренера. Кроме того, он показывает методику наложения пластиночного шва и разъясняет показания к его применению.

В течении последующего 110 мин учебного времени студенты работают в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники (перевязочной или операционной стационара) или курируют тематических больных (больные с переломами челюстных и лицевых костей) под руководством ассистента или лечащего врача. Принимает участие в обходах заведующего кафедрой (или профессора) стационарных больных или на их консультациях поликлинических больных.

При этом студенту дается возможность самостоятельно принять решение касающегося диагноза травмы или метода фиксации отломков. Только после этого преподаватель вносит коррекцию и разъясняет допущенные ошибки студента.

Для закрепления полученных знаний студентам рекомендуется дежурство в приемной стоматологии, где он лично будет участвовать на операции ПХО раны.

Результаты практической работы студентов, точнее степени их активности, также вносятся в протокол занятия.

5. В разделе итог занятия, преподаватель проводить обобщающее обсуждение рассмотренных историй болезней» рентгеновских снимков с выявлением допущенных ошибок работы студентов. Дает рекомендации по их устранению.

Каждому присутствующему студенту поочередно вручается по одному опросному листу с напечатанным текстом контрольного теста II уровня и получают ответ через 1 мин. Результаты фиксируются на протоколе занятия.

После чего преподаватель выставляет в классный журнал итоговый рейтинг (баллы) каждого студента и немедленно их объявляет.

Проводит краткое резюме всего занятия, отвечает на поступившие вопросы, объявляет домашнее задание и темы для СРС.

6. Раздаточный материал.

- Опросные листы с напечатанными вопросами для контроля базового знания студентов;

- Опросные листы с напечатанными текстами ситуационных задач (приложение N 1, задачи IX сем.: N 12-15);

- Опросные листы с напечатанными текстами контрольных тестов I и II уровня (приложение N 2, тесты IX сем.: N 64-78).

- Опросные листы с напечатанными копиями демонстрируемых слайдов, учебных плакатов и др.

5. Оснащение практического занятия:

- Учебная таблица со схемой дислокации структурных подразделений стоматологического отделения полевого подвижного хирургического госпиталя;

- Поролоновые листы размером 21x30 (5 шт.);

- Иглодержатель малый (5 шт), иглы хирургические (5 шт) шелк для шитья (1 моток), бронзо-алюминиевая проволока диаметром сечения 0,4-0,5 мм (1 м), свинцовые дробинки (10 шт), пластмассовые пуговицы (10 шт);

- Другие тематические учебные таблицы;

- Тематические учебные слайды;

- Тематический учебный фильм.

8. Виды контроля знаний, умений и навыков».

Текущий контроль по данному занятию проводится путем оценки знаний и умений студентов, выраженных в рейтинговых баллах, градации которых принята на кафедре.

Рейтинговые баллы ставиться по итогам деятельности каждого студента (суммарно за уровень его теоретической подготовленности и приобретенных навыков и умений). Оценки выставляются в журнал в конце занятия, которые тут

же объявляются студентам. В случае желание студента - улучшать оценку, ему предоставляются недельный срок для повторный проработки всего материала занятия во внеурочной времени.

9. Самостоятельная работа студентов.

- Особенности ПХО раны в общей хирургии и ее отличительные черты от таковой в хирургической стоматологии;
- Особенности хирургической обработки ожоговой и укушенной раны на лице.

10. Контрольные вопросы:

- 1.Перечислите особенности ЧЛО при огнестрельных ранениях?
- 2.Что такое ПХО раны и для какой цели она проводится?
- 3.Перечислите периоды вторичного заживления раны?
- 4.Перечислите виды и сроки проведения хирургической обработки раны?
- 5.Где и в какие сроки проводится ПХО огнестрельной раны?
- 6.Основные отличительные принципы ПХО раны на лице?
- 7.Перечислите основные этапы проведения ПХО ран на лице?
- 8.Особенности выбора метода обезболивания при ПХО огнестрельных ран налице?
- 9.Особенности ПХО огнестрельных ран при комбинированных поражениях.

Л И Т Е Р А Т У Р А :

3. Аржанцев П.З., Иващенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица/ М.: Медицина, 1975.- С.169-184
4. Кабаков Б.Д., Лукьяненко В.И., Аржанцев П.З. Учебное пособие по военной челюстно-лицевой хирургии, терапевтической и ортопедической стоматологии / М.: Медицина, 1980.- С.147-150, 208-211.
1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология // М.: Медицина, 1990.- 373-376 с.
2. Учебник военной челюстно-лицевой хирургии /под ред. Б.Д.Кабакова.- Л.: ВМА им. С.М.Кирова, 1976.

Составил, доц.

д.м.н.

М.Э.Махкамов

Тема №6: Питание и уход за пострадавшими с травмой лица. Роль физиотерапии и ЛФК в комплексе реабилитации травм — 2 часа

1. Цель занятия:

Ознакомить студентов с особенностями организации питания раненым в ЧЛЮ на этапах медицинской эвакуации и в госпитальной базе фронта, обучить их правильному выбору лечебной диеты при различных состояниях раненого в зависимости от тяжести повреждения и сроков с момента их получения;

2. Задачи:

- Рассмотреть проблемы ухода за ранеными в ЧЛЮ на этапах медицинской эвакуации и в госпитальной базе фронта;
- Рассмотреть особенности организации питания раненых в МедСБ (ОМО);
- Продемонстрировать способы кормления и ухода раненых лишенных возможности обслуживания самого себя или находящегося в тяжелом состоянии;
- Проанализировать роль физиотерапии и ЛФК при реабилитации больных с травмами ЧЛЮ.

3. Ожидаемые результаты:

- Студент должен освоить особенности ухода и кормления раненых с повреждениями ЧЛЮ;
- Знать способы кормления раненых лишенных возможности обслуживать самого себя или находящихся в тяжелом состоянии;
- Уметь правильно выбрать диету, методы ухода за ранеными в ЧЛЮ, а также назначать физиолечения и ЛФК в период их реабилитации.

4. Содержание практического занятия

ШАГИ	ЦЕЛЬ	ОПИСАНИЕ
ПРОВЕРКА (15 мин)	Проверка базового знания студентов (по опросным листам)	- Требуется короткие и точные ответы на вопросы. - Не допускайте дискуссию. - Не допускайте пользоваться записями в конспектах, а также учебниками.
ОБЗОР (10 мин)	Установить мотивации изучения данной темы и ввести их в курс изучаемого материала	- Сделайте обзор работы предстоящей занятии. - Раскройте задачи обучения данного занятия. - Определите мотивация (необходимости) получения ими данной информации.
ПРЕЗЕНТАЦИЯ (25 мин)	Обсуждения темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач и контрольные тесты уровня)	- Каждому студенту дайте по одному листу с описанием ситуационных задач одинакового содержания. - Дайте 5-7 мин для обдумывания. - Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, а также взаимное консультирование присутствующих. - При обсуждении раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии. - Подтвердите правильной версии на демонстрационных материалах (слайды, учебные плакаты, фильмы муляжи и т.д.). - Обсуждение заканчивается решением

		контрольных тестов I уровня.
ПРАКТИКА (30)	Выработка практических навыков студентов по клиническому обследованию и хирургической санации полости рта у военнослужащих, (прием больных)	- Обеспечит контроль работы студентов с больными. - Независимо стационар или поликлиника не допускайте прием больных студентами без контроля преподавателя и или лечащего врача. - Дайте возможность студенту прийти к самостоятельному решению, только после этого внесите коррекцию.
ИТОГ (10 мин)	Подвести итог занятия, уточнить, что было освоено. Дать задания к следующему занятию. Объявить темы для СРС.	Проведите обсуждение истории болезни (амб. карт) осмотренных (принятых) больных. Дайте каждому студенту по 1 контрольному тесту II уровня. При этом не разрешайте пользоваться записями в конспектах или учебными пособиями. Поставьте рейтинговый балл в журнал и объявите их студентам. Сделайте резюме по теме и по проделанной работе студентов.

5. Преподавательские заметки:

1. Занятие начинается с проверки базового знания студентов группы. Для чего всем присутствующим раздается опросные листы с напечатанными контрольными вопросами и каждому студенту указывается номер вопроса, которого он должен разъяснить. При этом требуется конкретные короткие ответы на поставленный вопрос. Категорически запрещается пользоваться записями в конспектах, учебниками. Параллельно преподаватель проверяет наличие у студента конспекта домашнего задания и его подписывает. Попытка провокации дискуссии со стороны студента пресекается.

Результаты опроса преподаватель заносит на лист протокола занятия в виде заметок.

2. В разделе обзор предстоящей практической занятия преподаватель дает мотивации изучение данной тематики. При этом особо следует обращать внимание студентов на то, что в современных условиях огнестрельные ранения не является редким случаем и они обязательно встретятся в практике будущих врачей-стоматологов. Кроме того, врачи-стоматологи являются офицерами запаса и, они в любой момент могут быть привлечены к несению воинской службы в армии. В условиях же военного времени, эти врачи будут нести службу начиная с МПБир, где оказываю раненым первую врачебную помощь. В условиях интенсивного передвижения раненого по этапам эвакуации раненого, он теряет много энергии, которая требует своевременной восполнении. От правильности выбранной диетотерапию во многом зависит быстрота заживление ран и сращении отломков. Раненые в ЧЛЮ часто затрудняются или окажутся беспомощным при приеме пищи, что психологически плохо влияет на заживление раны, . Они нуждаются в специальном уходе.

В этом же разделе занятия преподаватель ставить конкретные задачи перед студентами и указывает на ожидаемые результаты (чего они должны достиг в конечном итоге занятия), что соответствуют пунктам 2 и 3 настоящей методической разработки.

3. В разделе презентация, преподаватель проводит совместное обсуждение содержание данной темы. Для чего каждому студенту вручается опросный лист с напечатанными текстами ситуационных задач одинакового содержания. Дает 5-7 мин для обдумывания. При этом целесообразно применять технологии интерактивных методов обучения. Например: метод спонтанного поиска версии ответов "Мозговой штурм". При этом допускается свободная дискуссия присутствующих. Если, при этом выявляется 2 или 3 противоположных (или

схожих) версий, для доказательства правильности каждой версии допускается использование записей в конспектах, а также данных учебной литературы. Преподаватель выступает в роли тренера (корректируя направления аналитического мышления студентов) и не вмешивается в процессе принятия правильного решения, пока студенты сами не докажут свою правоту. После чего, выбранный преподавателем студент или представитель каждой подгруппы выдвинувший версии, обосновывает решение данной ситуационной задачи.

После чего преподаватель делает краткое резюме, указывая при этом на многовариантности подхода к истинному решению проблемы. Наиболее важные моменты обсуждаемой темы демонстрирует на слайдах, плакатах и других учебных пособиях.

В конце обсуждения каждому студенту поочередно вручается по одному контрольному тесту. Ответы получает в течении одного минута времени.

Результаты обсуждения преподавателем вносятся в протокол занятия в виде заметок по каждому студенту, которые будут учитываться при выставлении итогового рейтингового балла.

4. Студенты работают в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники (перевязочной или операционной стационара) или курируют тематических больных (больные с различными травмами ЧЛЮ) под руководством ассистента или лечащего врача. Принимают участие в обходах заведующего кафедрой (или профессора) стационарных больных или на их консультациях поликлинических больных.

При этом преподаватель выступает в роли тренера. Студенту дается возможность самостоятельно принять решение касающегося диагноза травмы или метода фиксации отломков. Только после этого преподаватель вносит коррекцию и разъясняет допущенные ошибки студента.

Результаты практической работы студентов, точнее степени их активности, также вносятся в протокол занятия.

5. В разделе итог занятия, преподаватель проводить обобщающее обсуждение результатов практической работы студентов, рассмотренных историй болезней, рентгеновских снимков с выявлением допущенных ошибок работы. Дает рекомендации по их устранению.

Каждому присутствующему студенту поочередно вручается по одному опросному листу с напечатанным текстом контрольного теста II уровня и получают ответ через 1 мин. Результаты фиксируются на протоколе занятия.

После чего преподаватель выставляет в классный журнал итоговый рейтинг (баллы) каждого студента и немедленно их объявляет.

Проводит краткое резюме всего занятия, отвечает на поступившие вопросы, объявляет домашнее задание и темы для СРС.

6. Раздаточный материал.

- Опросные листы с напечатанными вопросами для контроля базового знания студентов;
- Опросные листы с напечатанными текстами ситуационных задач (приложение N 1, задачи IX сем.: N 22-24);
- Опросные листы с напечатанными текстами контрольных тестов I и II уровня (приложение N 2, тесты IX сем.: N 115-132).
- Опросные листы с напечатанными графическими изображениями демонстрируемых слайдов, плакатов и фотоснимков по данной теме.

7. Оснащение практического занятия:

- Учебная таблица со схемой дислокации структурных подразделений МедСБ или ОНО.
- Другие тематические учебные таблицы.
- Тематические учебные слайды.

8. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Текущий контроль по данному занятию проводится путем оценки знаний и умений студентов, выраженных в рейтинговых баллах, градации которых принята на кафедре.

Рейтинговые баллы ставятся по итогам деятельности каждого студента (суммарно за уровень его теоретической подготовленности и приобретенных навыков и умений). Оценки выставляются в журнал в конце занятия, которые тут же объявляются студентам. В случае желание студента - улучшить оценку, ему предоставляется недельный срок для повторной проработки всего материала занятия во внеурочной времени.

9. Самостоятельная работа студентов.

- Особенности и методы специального ухода за раной и ЧЛЮ и полости рта в условиях жаркого климата Узбекистана
- Понятие сбалансированного питания и потребности здорового организма в главных минеральных веществах

10. Контрольные вопросы:

1. Перечислите этапы медицинской эвакуации раненых в войсковом районе.
2. Перечислите особенности челюстно-лицевой травмы в связи с проблемой питания.
3. Перечислите виды диетического питания для больных с травмой лица и челюстей и их характеристики.
4. Какие виды обмена нарушаются при челюстно-лицевой травме.
5. Перечислите методы лечебного питания раненых.
6. Как нужно бороться со слюнотечением у больных с травмой лица и челюстей?
7. Какие особенности ухода за лицом раненого в условиях жаркого климата Узбекистана?
8. Какие физиотерапевтические методы лечения можно назначать раненым в ЧЛЮ в период их реабилитации?
9. Какие методы ЛФК целесообразно применять у больных с травмой ЧЛЮ и цель их применения?

ЛИТЕРАТУРА:

1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология // М.: Медицина, 1990. - 373-376 с.
2. Швырков М.Б., Афанасев В.В., Стародубцев В.С. Неогнестрельные переломы челюстей / М.: Медицина, 1999 - 288-295 с.
3. Аржанцев П.З., Иващенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица / М.1 Медицина, 1975. - 258-270 с.
4. Кабаков Б.Д., Руденко А.Т. Питание больных с травмой лица и челюстей и уход за ними / М.: Медицина, 1977. - 233 с.

Составил, доц. д.м.н.

М.Э.Махкамов

I. Тема №7. Перелом костей носа Клиника, диагностика, лечение

II. Цель занятия:

Ознакомить студентов со статистикой и классификацией и клиникой переломов костей носа обучить их методам диагностики и лечения этих переломов с тем, чтобы они могли ею пользоваться в процессе обследования и диагностики травматических повреждений костей лицевого скелета на следующих занятиях

III. Задачи практического занятия

1. Рассмотреть анатомическую строения костей носа .
2. Рассмотреть классификацию переломов костей носа.
3. Обсудить студентами как провести опрос больного, обследовать и диагностировать при переломах костей носа.
4. Обсудить студентами методы лечения переломов костей носа .

IV. Ожидаемые результаты:

1. Знать причины возникновения переломах костей носа.
2. Знать классификацию переломов костей носа.
3. Знать клиническую картину и уметь диагностировать переломах костей носа.
4. Знать рентгенологическую картину переломов костей носа и уметь читать рентгеновские снимки
5. Знать основные принципы лечения переломов костей носа.

V. Содержание практического занятия:

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание на проблемах и вопросах травматических повреждениях ЧЛО, объясняет необходимость изучения вопросов клиники, диагностики и лечение переломов костей носа.

Перечень рассматриваемых вопросов.

1. Классификация переломов костей носа.
2. Клиника и особенности диагностики решение контрольных тестов.
3. Определение показаний к оперативному вправлению отломков костей носа.
4. Методика оперативного вмешательства при переломах костей носа.
5. Сроки консолидации отломков.

Краткое изложение рассматриваемых вопросов.

Перелом- это частичное или полное нарушение целостности кости. Он происходит под влиянием механического воздействия. Различают травматические и патологические переломы.

Кости носа чаще ломаются при боковом ударе. Наиболее удобной для клинических целей является классификация переломов костей носа Ю.Н.Волкова(1958):

- 1.Переломы костей носа без смещения костных отломков и без деформации наружного носа(открытые и закрытые).
- 2.Переломы костей носа со смещением костных отломков и с деформацией наружного носа (открытые и закрытые)

Повреждение носовой перегородки.

Клиника. При наличии перелома костей носа больные жалуются на боль, косметический дефект, нарушение носового дыхания, иногда головокружение,

тошноту. Один из ведущих признаков – это носовое кровотечение. При внешнем осмотре отмечается отек мягких тканей в области носа, кровоподтеки иногда распространения в нижнюю веку при наличии смещения определяется деформация спинки носа

При переломах костей носа пальпация дает возможность установить подвижность костных фрагментов. Наличие перелома его характер и локализацию смещения костных отломков можно подтвердить рентгенограммами костей носа, сделанными в двух проекциях.(слева. справа боковая)

Лечения. Оказание помощи заключается в остановке кровотечения (передняя или задняя тампонада носа) и репозиция отломков если перелом сопровождается повреждением мягких тканей, то проводят первичную хирургическую обработку раны. Показаниями к операции вправления отломков костей носа служат:

- 1.Наличия видимой наружной деформации носа;
- 2.Затруднения носового дыхания.

Методика. Репозиция отломков может быть проведена давлением большим пальцем с помощью специального металлического элеватора или зажимом Кохера. После репозиции отломков в нижний носовой ход вводят хлорвиниловую трубку для обеспечения вентиляции носоглотки ; средний и верхний носовой ход тампонируют на 7-8 дней йодоформными турундами. Своевременно проведенное лечение дает хорошие функциональные и косметические результаты.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет , студенты создав группы по 2-3человека , один из которых имитирует больного другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр (визуальный и пальпаторный- костей носа. При этом оцениваются знания как студента “больного”- правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента “врача”- на сколько корректно, логично целенаправленно со знанием тема проводить обследование больного.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия II уровня сложности. В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов правильности проведения этапов обследования больных интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

VI. Преподавательские заметки.

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам содержащим контрольные вопросы (приложение1) . Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме кратко. Четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками.(45 минут).

2. Решение контрольных тестов ,ситуационных задач Каждому студенту дается по одному тесту(приложение3) или ситуационной задаче. Дается 5-4 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами. Учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их оценивает

знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждому дать по одной ситуационной задачи по теме занятия (приложение 2) . Через 5-7 минут обдумывания и решения задачи приступают к обсуждению между под группами. Таким образом ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия.(45 минут)

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная)

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Орошается внимание строгую последовательность этапов обследования: осмотр пальпация инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительными диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт истории болезни. Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля усвоения данной темы (приложение 4) (15 минут).

4. В конце занятий подводится итог проделанной работы . Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл объявляет его

VII Раздаточный материал.

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4).

2. ситуационные задачи (приложение 2).

3. тесты I уровня сложности (приложение 3).

4. тесты II уровня сложности (приложение 4).

VIII Оснащение практического знания.

1. Диaproектор слайды

2. муляжи

3. плакаты, альбомы.

4. череп и нижняя челюсть.

5. рентгенологический снимки больных.

6. инструментарий для обследования больных (зубоврачебного зеркала, пинцет, шпатель, и др)

IX. Виды контроля знаний, умений и новиков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки ,общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал.

Дается возможность улучшить оценку в течение недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

X. Самостоятельная работа студента.

1. Сроки консолидация отломков

XI. Контрольные вопросы.

1. Расскажите о строении костей носа.

2.Понятия о переломах костей носа .

3. Статистика повреждений костей носа.
4. Классификация переломов костей носа по Волькову.
5. Что вы знаете о механизме переломов костей носа?
6. Методы, используемые для определения перелома костей носа.
7. Клиника переломов костей носа.
8. Методы лечения переломов костей носа.
9. Реабилитация переломов костей носа.

Приложение.

I. Вопросы для контроля базового знания студентов

1. Понятия о переломах костей носа.
2. Статистика повреждений костей носа.
3. Классификация переломов костей носа.
4. Расскажите о строении костей носа.
5. Что вы знаете о механизме переломов костей носа.
6. Методы, используемые для определения перелома костей носа.
7. Клиника переломов костей носа.
8. Лечение переломов костей носа.
9. Расскажите о методе вправления костей носа зажимом Кохера.

II. Ситуационные задачи.

1. В клинику поступил больной в бессознательном состоянии. При наружном осмотре отмечен выраженный отек тканей носа, ссадины, кровотечение из носа “симптом очков”, поставьте диагноз.

А. Какие действия предпримете, с тем чтобы поставит диагноз.

Б. Ваша тактика оказания первой помощи?

2. В клинику поступил больной. По словам родных, упал с высоты. Объективно! “Симптом очков”. Кровотечение из носа. Поставлен диагноз: перелом костей носа.

А. С чем дифференцируют поставленный диагноз?

Б. Какие показания к оперативному лечению?

В. Ваша тактика лечения?

3. Мужчина, получивший травму носа год назад, обратился к врачу. Жалуются на косметический дефект (искривление носа).

А. Что может быть больного?

Б. Если показания к оперативному лечению

В. Составит план лечения этого больного.

Контрольные тесты.

• I уровне сложности.

1. На что жалуются больные с перелом костей носа?
 - а. Боль косметический дефект.
 - б. Плохое носовое дыхание.
 - в. Головокружение.
 - г. Тошноту.
 - д. Все ответы верны

2. Одним из ведущих признаков перелома костей носа является:

- а. Отек носа
- б. Плохое носовое дыхание
- в. Носовое кровотечение
- г. а, в
- д. Тошнота и головокружение

3. Чем можно подтвердить наличие перелома, его характер и локализацию, смещение костных отломков

- а. Рентгенограмма в двух проекциях (прямой и боковой)
- б. Рентген в прямой проекции
- в. Рентген в боковой проекции
- г. Нет правильного ответа
- д. В задней и передней проекции

4. В чем заключается оказание помощи

- а. Остановка кровотечения
- б. Противошоковые мероприятия
- в. Предотвращение асфиксии
- г. Остановка кровотечения и репозиция отломков
- д. Привести ПХО раны

5. В чем заключается оказание помощи, если перелом сопровождается повреждением (разрывом) мягких тканей?

- а. Проводят ПХО раны
- б. Передняя и задняя тампонада носа
- в. Репозиция отломков
- г. Противошковая терапия
- д. Нет правильного ответа

6. Что мы можем установить при пальпации при переломах костей носа?

- а. Подвижность костных фрагментов
- б. Наличие неровностей
- в. Острые края сместившихся костей носа
- г. крепитацию
- д. Все ответы правильны

7. Что позволяет определять передняя риноскопия „

- а. Место кровотечения
- б. Причину затрудненного носового дыхания, деформацию
- в. состояние слизистой оболочки носа
- г. а и в

8. С чем могут сопровождаться переломы костей носа?

- а. С сотрясением головного мозга.
- б. С нарушением памяти
- в. Амнезией
- г. Ретроградной амнезией

д. Менингитом

9. В каком году была создана классификация переломов костей носа (по Ю.Н. Волкову)

а. 1958 б. 1956 в. 1954 г. 1953 д. 1955

10. За счет чего деформируется нос?

а. За счет искривления его спинки

б. За счет уплощения его спинки

в. За счет смещения сошника

г. За счет отека

д. А, Б

11. Какими растворами проводят обезболивание для вправления отломков костей носа?

а. Слизистая оболочка носа смазывается 1-2% раствором дикаина

б. 5% раствором кокаина

в. 3% раствором лидокаина

г. в, б

д. а и б

12. Что вводят в нижний носовой ход после репозиции

а. Виниловую трубку

б. Хлорвиниловую трубку

г. Тампон

д. Среди ответов нет правильного

13. Что предусматривает реабилитация после лечения

а. Физиотерапевтическое лечение

б. Психиатрическое лечение

в. При показаниях — пластические операции

г. а и в

д. б и в

14. Продолжительность лечения в стационаре

а. Один месяц

б. 20-25 дней

в. 6-8 дней

г. 3-4 дня

д. Среди ответов нет правильных

15. С какой целью вводят в нижний носовой ход хлорвиниловую трубку, обернутую слоем йодоформной марли

а. Для вентиляции легких

Литература

1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология: М. Медицина, 1990. 331-342с.

2. Аржанцев П.З.,Иващенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица .М:Медицина ,1975 23-40с.
3. Кобаков Б.Д,Мальшев В А Переломы челюстей .:М. Медицина,1981 5-34с.

ТЕМА №8: КОМБИНИРОВАННЫЕ РАДИАЦИОННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛИЦА И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА - 6 ЧАСОВ

1. Цель занятия:

Ознакомить студентов с понятиями комбинированного радиационного поражения и лучевой болезни, обучить их методам ведения раненых с комбинированными радиационными поражениями на этапах медицинской эвакуации и особенностям ПХО раны при них.

2. Задачи:

- Рассмотреть особенности организации медицинской помощи раненым с комбинированными радиационными поражениями; ,
- Рассмотреть виды комбинированного поражения и объем медицинской помощи на различных этапах эвакуации раненых;
- Проанализировать особенности остановки кровотечения и проведения ПХО ран костных и мягких тканей ЧЛЮ при комбинированных радиационных поражениях;

3. Ожидаемые результаты:

- Студенты должны иметь понятие о комбинированном поражении и о стадиях острой лучевой болезни;
- Знать различные варианты комбинированного радиационного поражения и уметь правильно выбрать хирургическую тактику лечения;
- Знать методы ведения раненых с комбинированными радиационными поражениями на этапах медицинской эвакуации;
- Уметь оказать этим раненым первой врачебной и квалифицированной хирургической стоматологической помощи
- Знать особенности остановки кровотечения и проведения ПХО раны при наличии комбинированного радиационного поражения;
- Иметь понятие о тактике хирурга стоматолога в различных стадиях развития лучевой болезни.

4. Содержание практического занятия

ШАГИ	ОПИСАНИЕ	
	ЦЕЛЬ	
ПРОВЕРКА (15 мин)	Проверка базового знания студентов (по опросным листам)	- Требуется короткие и точные ответы на вопросы. - Не допускайте дискуссию. - Не допускайте пользоваться записями в конспектах, а также учебниками.
ОБЗОР (10 мин)	Установить мотивации изучения данной темы и ввести их в курс изучаемого материала	- Сделайте обзор работы предстоящей занятии. - Раскройте задачи обучения данного занятия. - Определите мотивация (необходимости) получения ими данной информации.
ПРЕЗЕНТАЦИЯ (45 мин)	Обсуждения темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач и контрольные тесты	- Каждому студенту дайте по одному листу с описанием ситуационных задач одинакового содержания.

	уровня)	- Дайте 5-7 мин для обдумывания. - Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, а также взаимное консультирование присутствующих. - При обсуждении раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии. - Подтвердите правильной версии на демонстрационных материалах (слайды, учебные плакаты, фильмы муляжи и т.д.). - Обсуждение заканчивается решением контрольных тестов I уровня.
ПРАКТИКА (155)	Выработка практических навыков студентов по клиническому обследованию и хирургической санации полости рта у военнослужащих, (прием больных)	- Обеспечит контроль работы студентов с больными. - Независимо стационар или поликлиника не допускайте прием больных студентами без контроля преподавателя и или лечащего врача. - Дайте возможность студенту прийти к самостоятельному решению, только после этого внесите коррекцию.
ИТОГ (45 мин)	Подвести итог занятия, уточнить, что было освоено. Дать задания к следующему занятию. Объявить темы для СРС.	Проведите обсуждение истории болезни (амб. карт) осмотренных (принятых) больных. Дайте каждому студенту по 1 контрольному тесту II уровня. При этом не разрешайте пользоваться записями в конспектах или учебными пособиями. Поставьте рейтинговый балл в журнал и объявите их студентам. Сделайте резюме по теме и по проделанной работе студентов.

5. Преподавательские заметки.

1. Занятие начинается с проверки базового знания студентов группы. Для чего всем присутствующим раздается опросные листы с напечатанными контрольными вопросами и каждому студенту указывается номер вопроса, которого он должен разъяснить. При этом требуется конкретные короткие ответы на поставленный вопрос. Категорически запрещается пользоваться записями в конспектах, учебниками. Параллельно преподаватель проверяет наличие у студента конспекта домашнего задания и его подписывает. Попытка провокации дискуссии со стороны студента пресекается.

Результаты опроса преподаватель заносит на лист протокола занятия в виде заметок.

2. В разделе обзор предстоящей практической занятия преподаватель дает мотивации изучение данной тематики. При этом особо следует обращать внимание студентов на то, что в условиях современных войн опасность применения оружия массового поражения весьма велика. По этому будущему врачу-стоматологу необходимо знать основы организации и методика оказания медицинской помощи раненым с комбинированными поражениями ЧЛЮ.

В этом же разделе занятия преподаватель ставить конкретные задачи перед студентами и указывает на ожидаемые результаты (чего они должны достиг в конечном итоге занятия), что соответствуют пунктам 2 и 3 настоящей методической разработки.

3. В разделе презентация, преподаватель проводит совместное обсуждение содержание данной темы. Для чего каждому студенту вручается опросный лист с

напечатанными текстами ситуационных задач одинакового содержания. Дает 5-7 мин для обдумывания. При этом целесообразно применять технологии интраактивных методов обучения. Например: метод спонтанного поиска версии ответов "Мозговой штурм". При этом допускается свободная дискуссия присутствующих. Если, при этом выявляется 2 или 3 противоположных (или схожих) версий, для доказательства правильности каждой версии допускается использование записей в конспектах, а также данных учебной литературы. Преподаватель выступает в роле тренера (корректируя направления аналитического мышления студентов) и не вмешивается в процессе принятия правильного решения, пока студенты сами не докажут свою правоту. После чего, выбранный преподавателем студент или представитель каждой подгруппы выдвинувший версии, обосновывает решение данной ситуационной задачи.

После чего преподаватель делает краткое резюме, указывая при этом на многовариантности подхода к истинному решению проблемы. Наиболее важные моменты обсуждаемой темы демонстрирует на слайдах, плакатах и других учебных пособиях.

На примере данного занятия возможно применение метода "Ролевых игр", поскольку имеется возможность моделирования клинической картины различных видов огнестрельных ранений ЧЛЮ в целом и комбинированных поражений в частности. Для этого на этапе предыдущего занятия должен быть подготовлен волонтер (имитатор состояния), а в роли врача выступают сами студенты.

В конце обсуждения каждому студенту поочередно вручается по одному контрольному тесту. Ответы получает в течении одного минута времени.

Результаты обсуждения преподавателем вносятся в протокол занятия в виде заметок по каждому студенту, которые будут учитываться при выставлении итогового рейтингового балла.

4. В течении первых 45 мин практической части занятия, студенты индивидуально закрепляет ранее приобретенных навыков по методике проведения ПХО раны, но с учетом наличия радиационного поражения (заражения раны радиоактивной пылью). При этом преподаватель выступает в роли тренера. В его задачи входит закрепление у студентов знания об отличительных особенностях ПХО раны при комбинированном поражении и в зависимости от стадии лучевой болезни.

В течении последующего 110 мин учебного времени студенты работают в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники (перевязочной или операционной стационара) или курируют тематических больных (больные с переломами челюстных и лицевых костей) под руководством ассистента или лечащего врача. Принимает участие в обходах заведующего кафедрой (или профессора) стационарных больных или на их консультациях поликлинических больных.

При этом студенту дается возможность самостоятельно принять решение касающегося диагноза травмы или метода фиксации отломков. Только после этого преподаватель вносит коррекцию и разъясняет допущенные ошибки студента.

Результаты практической работы студентов, точнее степени их активности, также вносятся в протокол занятия.

5. В разделе итог занятия, преподаватель проводить обобщающее обсуждение рассмотренных историй болезней, рентгеновских снимков с выявлением допущенных ошибок работы студентов. Дает рекомендации по их устранению.

Каждому присутствующему студенту поочередно вручается по одному опросному листу с напечатанным текстом контрольного теста II уровня и получают ответ через 1 мин. Результаты фиксируются на протоколе занятия.

После чего преподаватель выставляет в классный журнал итоговый рейтинг (баллы) каждого студента и немедленно их объявляет.

Проводит краткое резюме всего занятия, отвечает на поступившие вопросы, объявляет домашнее задание и темы для СРС.

6. Раздаточный материал.

- Опросные листы с напечатанными вопросами для контроля базового знания студентов;
- Опросные листы с напечатанными текстами ситуационных задач (приложение N 1, задачи IX сем.: N 16-18);
- Опросные листы с напечатанными текстами контрольных тестов I и II уровня (приложение N 2, тесты IX сем.: N 79-96).
- Опросные листы с напечатанными копиями демонстрируемых слайдов, учебных плакатов и др.

7. Оснащение практического занятия:

- Учебная таблица со схемой дислокации структурных подразделений стоматологического отделения полевого подвижного хирургического госпиталя;
- Поролоновые листы размером 21x30 (5 шт);
- Иглодержатель малый (5 шт), иглы хирургические (5 шт) шелк для шитья (1 моток);
- Другие тематические учебные таблицы;
- Тематические учебные слайды;
- Тематический учебный фильм.

8. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Текущий контроль по данному занятию проводится путем оценки знаний и умений студентов, выраженных в рейтинговых баллах, градации которых принята на кафедре.

Рейтинговые баллы ставиться по итогам деятельности каждого студента (суммарно за уровень его теоретической подготовленности и приобретенных навыков и умений). Оценки выставляются в журнал в конце занятия, которые тут же объявляются студентам. В случае желание студента - улучшать оценку, ему предоставляются недельный срок для повторной проработки всего материала занятия во внеурочной времени.

9. Самостоятельная работа студентов.

- Приемно-сортировочная характеристика раненых в ЧЛО проводимых в МПБир (МПП) и МядСБ (ОНО);
- Эвакуационно-сортировочная характеристика раненых в ЧЛО проводимых в МПБир и МадСБ (ОМО);
- Лучевая болезнь-степени, периоды развития, клиника.

10. Контрольные вопросы:

1. Что такое "Комбинированное поражение"?
2. Что такое "Сочетанное поражение"?

3. Какие вы знаете виды комбинированных повреждений?
4. Какие степени тяжести лучевого поражения вы знаете?
5. Какие симптомы характерны для начального периода лучевой болезни?
6. Что характерно для скрытого периода лучевой болезни и какое это имеет значение для лечения раненого?
7. Чего понимают под термином "Синдром взаимного отягощения"?
8. Расскажите об основных принципах ПХО раны при комбинированном лучевом поражении?
9. Расскажите об основных принципах ПХО раны при заражении раны радиоактивной пылью?

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кабаков Б.Д., Лукьяненко В.И., Аржанцев П.З. Учебное пособие по военной челюстно-лицевой хирургии, терапевтической и ортопедической стоматологии / М.жМедицина, 1980.- С. 187-210.
2. Аржанцев П.З., Иващенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица / М.: Медицина, 1975.- С. 286-292.
3. Учебник военной челюстно-лицевой хирургии / под ред.Б.Д. Кабакова.- Л.: ВМА им.С.М.Кирова, 1976. М.: Медицина, 1987.- 157с.

Составил, доц.
д.м.н.

М.Э.Махкамов

I. ТЕМА №9. ПОЗДНИЕ СРОКИ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЛЮ. ВТОРИЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ, КОНСОЛИДАЦИЯ ОТЛОМКОВ В НЕПРАВИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ, ЗАМЕДЛЕННАЯ КОНСОЛИДАЦИЯ, ЛОЖНЫЙ СУСТАВ, КОНТРАКТУРА, НАГНОЕНИЕ РАНЫ; КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ.

II. Цель занятия:

Ознакомить студентов с поздними осложнениями ЧЛЮ, обследования и диагностика поздних осложнений травматических повреждений ЧЛЮ.

III. Задачи практического занятия:

1. Рассмотреть и разобрать поздние осложнения травматических повреждений ЧЛЮ;
2. Обсудить причин поздних повреждений и принципы лечения;
3. Проанализировать бронхопульмональные осложнения, принципы лечения;
4. Обсудить причин контрактуры и консолидации отломков в неправильном положении, принципы диагностики и лечения;
5. Проанализировать механизмы образования ложного сустава, травматического остеомиелита и гайморита, принципы диагностики и лечения.

IV. Ожидаемые результаты:

- студенты должны знать поздних осложнений травматических повреждений ЧЛЮ
- студенты должны знать клинику бронхопульмональных осложнений и тактика лечения;
- студент должен уметь диагностировать вторичные кровотечения и уметь оказать экстренную помощь;
- студенты должны проанализировать и обсудить механизм контрактуры, замедленную консолидацию и формирования ложного сустава;
- студент должен уметь диагностировать травматический остеомиелит, гайморит и знать клинику и принципы лечения.

V. Содержание практического занятия:

В начале занятия педагог обосновывает актуальность темы занятия, акцентируя внимание по проблемах и вопросах поздних осложнений травматических повреждений. Объясняет необходимость изучения и знания оказания экстренной помощи при них.

Перечень рассматриваемых вопросов:

- 1) Механизм возникновения вторичных кровотечений и тактика лечения;
- 2) Бронхопульмональные осложнения, методы диагностики и принципы лечения;
- 3) Механизм возникновения контрактуры и принципы лечения;
- 4) Механизм формирования ложного сустава и принципы лечения;
- 5) Травматический остеомиелит, гайморит принципы лечения.

1. Осложнения возникающие через некоторое время спустя после травматических повреждений ЧЛЮ - называются поздними. Развитию таких осложнений способствуют такие факторы, как запоздалая госпитализация и несвоевременное оказание специализированной помощи, пожилой возраст больных, наличие хронических

сопутствующих заболеваний, вредных привычек, пониженная реактивность организма, неправильная диагностика и выбор метода лечения.

2. Статистика - среди травматических повреждений скелета человека переломы костей лица, составляющие от 3,2 до 8%. Средняя частота их 0,6 на 1000 человек населения. Из всех переломов лицевого скелета, перелом нижней челюсти занимает первое место и встречается от 61,2% до 79% случаев. 70% пострадавших составляют люди в возрасте 20-40 лет.

3. Классификация - травматические повреждения ЧЛО могут сопровождаться различными осложнениями. Эти осложнения могут быть ранними или поздними:

К ранним осложнениям относят:

- асфикцию
- кровотечение
- шок
- коллапс

Асфикция - осложнение непосредственно угрожающее жизни пострадавшего. Асфикция бывает:

- дислокационная
- обтурационная
- стенофоническая
- клапанная
- аспирационная

Острая дыхательная недостаточность - может развиваться вследствие расстройства дыхания, что чаще наблюдается при черепно-мозговой травме.

Кровотечение - оно может быть первичным (непосредственно после травмы) и вторичным (ранним и поздним), возникающим через некоторое время после травмы.

К поздним осложнениям относят:

- вторичные кровотечения
- бронхопульмональные осложнения
- контрактура
- консолидация отломков в неправильном положении
- замедленная консолидация
- формирование ложного сустава
- травматический остеомиелит
- верхнечелюстной синусит

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания), осмотр (визуальный и пальпаторный костей носа). При этом оцениваются знания как студента "больного" - правильно ли стоит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента "врача" - на сколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного. В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия. В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических

знаний студентов правильности проведения этапов обследования больных, интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

VI. Преподавательские заметки:

1. Проверка базового знания студентов по контрольным вопросам (приложение 1). Каждому студенту дается определенный вопрос, на который он должен ответить. Ответ должен четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками (45 минут).

2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационных задач. Дается 4-5 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знание. Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия. Через 5-7 минут обдумывая и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия (45 минут).

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

4. В конце занятия подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляется рейтинговый балл, объявляет его.

А) контрольные вопросы

Б) темы самостоятельной работы

В) перечень дополнительной литературы

VII. Раздаточный материал:

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов;

2. Ситуационные задачи (приложение 2);

3. Тесты 1 уровня сложности (приложение 3);

4. Тесты 2 уровня сложности (приложение 4);

VIII. Оснащение практического занятия:

1. Тематически учебные таблицы

2. Тематические учебные слайды, альбом

3. Рентгеновские снимки

IX. Виды контроля знаний, умений и навыков:

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал.

Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

X. Самостоятельная работа студентов:

Особенности организации квалифицированной помощи в догоспитальном этапе, в специализированном медицинском учреждении и реабилитации после выписки из стационара.

XI. Контрольные вопросы:

1. Понятие о травматических повреждениях
2. Что относится к осложнениям травматических повреждений ЧЛЮ?
3. Перечислите ранние осложнения травматических повреждений ЧЛЮ.
4. Асфикция и ее виды
5. Кровотечение, его виды и оказание первой помощи
6. Поздние осложнения травматических повреждений ЧЛЮ - нагноение раны и лечение
7. Что вы знаете о замедленной консолидации и формировании ложного сустава?
8. Что такое травматический остеомиелит?
9. Профилактика травматического остеомиелита
10. Контрактура, принципы лечения
11. Травматический гайморит, диагностика и лечение
12. Замедленная консолидация, ложный сустав, диагностика, клиника и лечение.

Литература

1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология: М., Медицина, 1990. -331-342 с.
2. Швырков М.Б., Афанасьева В.В., Стародубцев В.С. Неогнестрелные переломы челюстей. М., Медицина, 1999. 11-44, 133-169 с.
3. Аржанцев П.З., Ивашенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица. М., Медицина, 1981. - 5-34 с.
4. Кабаков Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей. М., Медицина, 1981.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1. У больного 30-ти лет выявлен разрыв задней стенки глотки

1. Согласно классификации какой тип асфикции у больного
2. Механизм возникновения данной асфикции
3. С каким типом асфикции можно дифференцировать этот вид.

Ответ:

1. Клапанная асфикция
2. ВО время вдоха присасывается свисающий лоскут мягких тканей в виде клапана перекрывает доступ воздуха через голосовую щель в трахею и бронхи
3. Этот вид асфикции можно принять за обтурационную. Однако при попытке удалить пальцем инородное тело из ротоглотки удастся обнаружить лоскут мягких тканей

Ситуационная задача 2.

У больного 25 лет выявлено несрастание отломков

1. Как следует сформулировать диагноз?
2. Что такое сустав?
3. Путь лечения ложного сустава.

Ответ:

1. Диагноз - ложный сустав

2. Ложный сустав - это соединение двух костных фрагментов, концы которых заключены в капсулу или соединены короткой перемычкой

3. Лечение ложного сустава оперативное. При отсутствии дефекта костной ткани осуществляют компрессионный остеосинтез после удаления замыкательной пластинки с концов фрагментов, при наличии костного дефекта более 2 см, костную пластинку или компрессионно-дистракционный остеосинтез.

Ситуационная задача 3.

У больного 42-х лет выявлено развитие костно-некротического процесса в первично неповрежденной костной ткани, расположенной на определенном удалении от щели перелома.

1. Сформулируйте диагноз
2. Стадии данного заболевания

Ответ:

1. Травматический остеомиелит
2. В клинической картине травматического остеомиелита выделяют острую, подострую и хроническую стадию.

Контрольные тесты

I-го уровня:

1. К ранним осложнениям травматических повреждений ЧЛО относятся:

- а) асфикция
- б) острая дыхательная недостаточность
- в) шок, коллапс
- г) контрактура
- д) бронхопальмональные осложнения

2. Сколько видов асфиксии различается при челюстно-лицевых повреждениях?

- а) 2
- б) 6
- в) 3
- г) 4
- д) 5

3. Дислокационная асфикция развивается вследствие:

- а) закрытия верхних дыхательных путей инородным телом
- б) западения языка при смещении отломков н/ч
- в) отека голосовых связок и тканей подвязочного пространства
- г) разрыва мягкого неба или задней стенки гортани
- д) попадания в трахею рвотных масс

4. Обтурационная асфикция возникает вследствие:

- а) закрытия верхних дыхательных путей инородным телом
- б) западения языка при смещении отломков н/ч
- в) при разрыве мягкого неба
- г) Отека голосовых связок
- д) сдавление задних отделов гортани гематомой

5. При какой асфикции следует прошить язык шелковой лигатурой в горизонтальной плоскости его и зафиксировать концы нитей вокруг шеи:

- а) обтурационная
- б) аспирационная
- в) стенотическая
- г) дислокационная
- д) нет правильных ответов

6. Неотложная помощь при обтурационной асфикции:

- а) прошивание языка
- б) удаление инородного тела из ротоглотки пальцем
- в) уложить пострадавшего лицом вниз
- г) нет правильного ответа
- д) все ответы правильные

Тесты II-го уровня

7. Какой вид асфикции может быть принят за обтурационную:

- а) дислокационная
- б) аспирационная
- в) клапанная
- г) стенотическая
- д) нет правильного ответа

8. В экстренной ситуации, когда не представляется возможным наложить трахеостому при клапанной асфикции следует сделать:

- а) наложить стандартную транспортную повязку
- б) лигитирование кровотока сосуда
- в) прошить язык
- г) крикотомия
- д) пунктировать трахею толстой иглой через щитовидную связку или между пальцами трахеи

9. Острая дыхательная недостаточность может развиваться:

- а) в условиях сохранения проходимости верхних дыхательных путей
- б) в развитии резкой одышки и цианоза
- в) вследствие поражения дыхательного аппарата
- г) все ответы неверны
- д) все ответы правильные

10. Раннее вторичное кровотечение возникает:

- а) вследствие гнойного расплавления тромба
- б) вследствие эрозии сосуда через 2-3 месяца
- в) при отрыве тромба во время транспортировки больного
- г) вследствие разрыва сосудов
- д) не правильного ответа

11. Общую сонную артерию прижимают пальцами к поперечному отростку:

- а) 6-го шейного позвонка

- б) 5-го шейного позвонка
- в) 4-го шейного позвонка
- г) 7-го шейного позвонка
- д) нет правильного ответа

12. Какой длины делают разрез от угла нижней челюсти при перевязке наружной сонной артерии:

- а) 7-8 см
- б) 5-6 см
- в) 5-8 см
- г) 4-5 см
- д) 3-4 см

13. Какой длины делают разрез в поднижнечелюстной области при перевязке язычной артерии:

- а) 6 см
- б) 7 см
- в) 5 см
- г) 8 см
- д) 4 см

14. Какой длины делают разрез в поднижнечелюстной области при перевязке лицевой артерии:

- а) 5 см
- б) 6 см
- в) 7 см
- г) 8 см
- д) 4 см

15. Какие виды асфиксии Вы знаете?

- а) дислокационная
- б) обтурационная
- в) обволакивающая
- г) спастическая
- д) некротическая

I. ТЕМА №10. ТЕРМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ЧЛЮ. КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА. СТЕПЕНИ ОЖОГОВ. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ НА ЛИЦЕ.

II. Цель занятия:

Ознакомить студентов с особенностью термических ожогов ЧЛЮ. Классификацией, клиникой и диагностикой. Обследование термических ожогов ЧЛЮ.

III. Задачи практического занятия:

- рассмотреть и повторить строение кожи лица;
- рассмотреть термические ожоги, степени повреждения, клинику, диагностику и неотложную помощь;

IV. Ожидаемые результаты:

1. Повторить систематическую строению кожи лица;
2. Студент должен знать понятие об ожогах;
3. Студент должен знать клинику, диагностику термических ожогах ЧЛЮ;
4. Студент должен знать классификацию и степень термических ожогов ЧЛЮ;
5. Студент должен знать неотложную помощь при термических ожогах и освоить принципы лечения.

V. Содержание практического занятия:

В начале занятия педагог обосновывает актуальность темы занятия, акцентируя внимание на термических ожогах ЧЛЮ и на принципах лечения.

Перечень рассматриваемых вопросов:

- классификация термических ожогов по глубине поражения
- клиника ожогов по степеням. Особенности ожогов на лице
- особенности обработки ожоговой раны на лице

Краткое изложение рассматриваемых вопросов:

1. Термические ожоги ЧЛЮ - это ожоги вызываемые тепловыми факторами. В мирное время ожоги лица и головы составляет около 24,5% всех ожогов тела.

2. Классификация - по типу поражающего фактора ожоги бывают:

- термические
- электроожоги
- химические
- отморожения

По степени поражения ткани:

- 1 степень - эпидермис
 - 2 степень - эпидермис, сосочковый слой дермы
 - 3 степень - эпидермис и дерма с волосными фолликулами и потовыми железами
 - 4 степень - эпидермис, дерма, подкожная жировая клетчатка, фасции, мышцы иногда кости
3. Клиника ожогов по степеням:

1 степень - повреждается эпидермис, появляется покраснение, отек кожи, умеренная болезненность. На второй день эти признаки исчезают.

2 степень - повреждается эпидермис, сосочковый слой дермы. На фоне гиперемизированной кожи образуются пузырьки с прозрачной желтоватой жидкостью. Рана эпителизируется в течение 1-2 недели без образования рубцов.

3 степень - имеются пузыри и струи. Болевая чувствительность снижена, тактильная - сохранена. Ожоговая поверхность эпителизируется в течение 4-6 недели с образованием рубцов, а иногда возникают келоидные рубцы.

4 степень - на поверхности определяются струи разных цветов и пузыри заполненные геморрагическим содержимым. Рана заживает с образованием грубых рубцов. Сроки заживления зависят от размеров и локализации ожога.

4 степень - ожоговая поверхность представляется плотным некротическим струпом, заживает крайне медленно с образованием дефектов тканей.

Особенности ожогов на лице.

Рельеф лица неровный и неодинаковой толщины в различных областях его. Поэтому на лице даже на близких друг к другу участках при воздействии одного и того же термического агента могут возникнуть различные по глубине ожоги. Ожоги лица часто сочетаются с ожогами дыхательных путей, кистей рук. Часто поражаются надбровные дуги. При ожогах на лице возникают дефекты, которые приводят к анатомическим и функциональным нарушениям.

5.ПХО раны при ожогах лица.

Лечение больных с ожогами лица включает комплекс общих и местных воздействий на организм пострадавшего и пораженную область. Первая медицинская помощь оказывает на месте происшествия.

Особенности хирургической обработки ожоговой раны на лице следующие. Аккуратно и щадяще обрабатывают рану, здоровую копу вокруг пораженных участков протирают бензином, 96% спиртом или 0,5% нашатырным спиртом. Пузыри орошают раствором фурациллина; обрывки эпидермиса удаляют. Пузыри подсекают для удаления жидкости из него. Ожоги лица лечат открытым путем. Пользуются различными эпителизирующими мазями и кремами.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания), осмотр (визуальный и пальпаторный костей носа). При этом оцениваются знания как студента "больного" - правильно ли стоит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента "врача" - на сколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного. В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия. В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов правильности проведения этапов обследования больных, интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

VI. Преподавательские заметки:

1. Проверка базового знания студентов по контрольным вопросам (приложение 1). Каждому студенту дается определенный вопрос, на который он должен ответить. Ответ должен четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками (45 минут).

2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационных задач. Дается 4-5 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знание. Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия. Через 5-7 минут обдумывая и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия (45 минут).

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

4. В конце занятия подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляется рейтинговый балл, объявляет его.

- А) контрольные вопросы
- Б) темы самостоятельной работы
- В) перечень дополнительной литературы

VII. Раздаточный материал:

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов;
2. Ситуационные задачи (приложение 2);
3. Тесты 1 уровня сложности (приложение 3);
4. Тесты 2 уровня сложности (приложение 4);

VIII. Оснащение практического занятия:

1. Тематически учебные таблицы
2. Тематические учебные слайды, альбом
3. Рентгеновские снимки

IX. Виды контроля знаний, умений и навыков:

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал.

Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

X. Самостоятельная работа студентов:

Особенности хирургической обработки ожоговой раны на лице

XI. Контрольные вопросы:

1. Дайте понятие термическим ожогам лица
2. Классификация ожогов
3. Степень ожогов, их клиника
4. Диагностика ожогов ЧЛО
5. Расскажите о доврачебной помощи при ожогах лица
6. Что вы знаете об особенностях ожогов на лице?
7. Диф. диагностика 3а и 3б степеней ожогов
8. Лечение ожогов ЧЛО
9. Какие медикаментозные препараты применяются местно при ожогах на лице?

Литература

1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология: М., Медицина, 1990. -331-342 с.
2. Швырков М.Б., Афанасьева В.В., Стародубцев В.С. Неогнестрелные переломы челюстей. М., Медицина, 1999. 11-44, 133-169 с.
3. Аржанцев П.З., Ивашенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица. М., Медицина, 1981. - 5-34 с.
4. Кабаков Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей. М., Медицина, 1981.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1. Больной 18 лет, поступил в клинику хирургической стоматологии с жалобами на появление покраснения и образования пузырей с прозрачной желтоватой жидкостью, вследствие термического ожога. Поставьте диагноз. Образуются ли рубцы после того, как рана самопроизвольно заживает?

Ситуационная задача 2. Больной 25 лет, поступил в клинику хирургической стоматологии в шоковом состоянии. При визуальном осмотре ожоговая поверхность представлена плотным некротическим струпом различной толщины коричневого цвета. Болевая чувствительность отсутствует. Пораженные ткани сухие, сморщенные, расположены ниже поверхности здоровой кожи. Ваш диагноз. Какое правило используют для измерения площади ожога?

Ситуационная задача 3. Больной 8 лет, поступил в клинику хирургической стоматологии. Больной перевернул на себя кипящую кастрюлю супа. Получил ожог нижних конечностей. При осмотре на коже видны пузыри, заполненными геморрагическим содержимым. Дно раны сухие, тусклое с белыми пятнами. Болевая чувствительность снижена. Поставьте диагноз и дайте план лечения больного.

Контрольные тесты

I-го уровня:

1. Какая ткань хорошо проводит тепло?
 - а) костная и хрящевая ткань
 - б) нервные стволы и кровеносные сосуды
 - в) жировая ткань

- г) мышечные ткань
- д) фасции и сухожилия

2. Какая ткань плохо проводит тепло?

- а) костная ткань
- б) нервные стволы
- в) хрящевая ткань
- г) кровеносные сосуды
- д) мышечные волокна

3. Сколько степеней ожогов различают?

- а) 3
- б) 5
- в) 6
- г) 4
- д) 2

4. Какая клиническая картина соответствует первой степени ожогов?

- а) образуются пузыри с прозрачной желтоватой жидкостью
- б) появляется покраснение и отек кожи
- в) выражена болевая чувствительность
- г) образуется струп коричневого цвета
- д) возникают коллоидные рубцы

5. К поверхностным ожогам относят:

- а) 1,2,4
- б) 2,3,4
- в) 1,2,3а
- г) 1,2,3б
- д) 2,3а и 3б

6. К глубоким ожогам относятся:

- а) 3б и 4
- б) 3а и 3б
- в) 2 и 3б
- г) 2 и 4
- д) 2 и 3а

7. При каких степенях ожогов сохранена болевая чувствительность?

- а) 1,2
- б) 2,4

- в) 3а
- г) 3б,4
- д) 4

8. При каких степенях ожогов отсутствует болевая чувствительность?

- а) 1
- б) 2
- в) 3а
- г) 3б
- д) 4

Тесты II-го уровня

9. Какой слой кожи поврежден при 2 степени?

- а) эпидермис
- б) сосочковый слой
- в) сетчатый слой
- г) волосные бровинкулы
- д) потовые железы

10. К каким периодам ожоговой болезни относится ожоговый шок и ожоговая септикокемия?

- а) 1
- б) 2
- в) 3
- г) 4
- д) 2,3

11. Какая клиническая картина наблюдается при ожоге 3 степени?

- а) образуется темно-коричневый струп
- б) образуется пузыри, наполненные геморрог. жидкостью
- в) дно раны имеет мраморный рисунок
- г) болевая чувствительность сохранена
- д) нет правильного ответа

12. Здоровую кожу вокруг пораженных участков протирают:

- а) бензином
- б) 96% спиртом
- в) бриллиантовой зеленью
- г) водой с маком
- д) 0,5% р-ром нашатырного спирта

13. В каком положении следует оставить пострадавшего при действии термического ожога?

- а) горизонтальном

- б) вертикальном
- в) на боку
- г) на спине
- д) не правильных ответов

14. Какое количество воды необходимо для больного:

- а) 0.5-1 л
- б) 0.5-2 л
- в) 0.5-1.5 л
- г) 1.0-2.5 л
- д) 2-3 л

15. Для уменьшения прогрева подлежащих тканей в первые 15-20 мин после термической травмы эффективно?

- а) холодная вода
- б) пузырь со льдом
- в) полотенца, смоченное водой
- г) согревающая грелка
- д) нет правильного ответа

I. ТЕМА N11. ЭЛЕКТРООЖОГИ. ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ. ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ ЧЛО. ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ. ОТМОРОЖЕНИЕ.

II. Цель занятия:

Ознакомить студентов с особенностью электроожогов и оказание первой помощи. Ознакомить студентов с особенностями химических ожогов и оказание первой помощи.

III. Задачи практического занятия:

- рассмотреть и обсудить клинику и лечению электроожогов ЧЛО;
- рассмотреть и обсудить клинику и лечению химических ожогов;
- рассмотреть клинику отморожения;

IV. Ожидаемые результаты:

- студент должен знать клинику электроожогов ЧЛО;
- студент должен знать и освоить методы консервативного и хирургического лечения электроожогов ЧЛО;
- студент должен знать клинику и диагностику химических ожогов ЧЛО;
- студент должен проанализировать возможные осложнения электроожогов химических ожогов;
- студент должен знать причину возникновения отморожения, клинику и лечения.

V. Содержание практического занятия:

В начале занятия педагог обосновывает актуальность темы занятия, объясняет необходимость изучения электроожогов и химических ожогов, отморожения и возможные последствия.

Перечень рассматриваемых вопросов:

- особенности химических ожогов на лице. Методы оказания неотложной помощи
- особенности электроожогов ЧЛО. Степени поражения. Экстренная помощь.
- методы консервативного и хирургического лечения ожогов лица - отморожение - клиника, диагностика и лечение - возможные последствия электроожогов и химических ожогов.

1. Электроожоги возникают в месте контакта тканей с источником электрического тока, где электрическая энергия превращается в тепловую, создавая температуру до 3000-4000 градусов. Химические ожоги возникают при попадании на кошу кислот, щелочей, солей тяжелых металлов. Отморожение возникают вследствие действия низкой температуры.

2. Особенности химических ожогов на лице зависят от характера химического агента. Кислоты и щелочи нарушают микроциркуляцию и трофику здоровых тканей. Поэтому при химических ожогах заживление ран протекает значительно медленнее. При ожогах кислотами развивается коагуляционный некроз, а щелочами колликовационный некроз.

3. Методы оказания неотложной помощи. Для этого необходимо по возможности быстро удалить с кожи химическое вещество, уменьшить его концентрацию, охладить поврежденный участок тканей, промывание зоны

проточной водой в течение не менее 20-30 минут. Исключение составляет ожоги негашеной известью, концентрированной серной кислотой.

4. Особенности электроожогов в ЧЛЮ. Они отличаются от обычных термических и в зависимости от площади контакта кожи с источником могут быть точечными или иметь значительные размеры.

5. Степени поражения. Электроожоги часто бывают глубокими с поражением не только подкожной жировой клетчатки, но и мышц и даже костей. Особенность их является так то, что поражение кожи может быть локальным, а подлежащих тканей более распространенным по площади. Ожоговая поверхность лица, безболезненна или мало болезненна. Вокруг ожога не отека тканей и гиперемия кожи. Рана устойчива к действию гнойной микрофлоры.

6. Экстренная помощь при электроожогах заключается в прекращении действия тока любым доступным путем, исключая поражение того, кто оказывает помощь. При отсутствии самостоятельного дыхания и сердечных сокращений следует проводить реанимационные мероприятия. Транспортировать в горизонтальном положении.

7. Методы консервативного и хирургического лечения ожогов лица. Консервативное лечение ожогов лица заключается в создании условий для эпителизации раны. Для ускорения эпителизации можно накладывать маслянно-бальзамические повязки, производить УФ облучение раны. Отторгающиеся в процессе лечения участки струпа аккуратно срезают ножницами. Гранулирующая рана на лице готова к аутодермопластике, если некротические ткани полностью отторгались.

Наиболее тяжелые последствия вызывают ожоги IV степени, особенно при поражении костей лица. Устранение их требует проведения многоэтапных реконструктивных оперативных вмешательств.

8. Отморожения возникают вследствие действия низкой температуры. На лице отморожения чаще всего подвергаются нос, уши, ткани скуловой области, щеки. От действия низкой температуры страдают хрящи даже при небольших повреждениях кожи. Могут развиваться перихондриты, которые протекают длительно и приводят к деформациям ушных раковин или носа. Кости лицевого скелета при отморожении поражаются крайне редко. В зависимости от глубины поражения выделяют 4 степени отморожения. Правильно и своевременно оказанная помощь может уменьшить распространенность изменений. Эффективным может быть мягкий массаж теплой рукой или мягкой шерстяной тканью, спиртом, слабой настойкой йода.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания), осмотр (визуальный и пальпаторный). При этом оцениваются знания как студента "больного" - правильно ли стоит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента "врача" - на сколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного. В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия. В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов правильности проведения этапов обследования больных, интерпретация ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

VI. Преподавательские заметки:

1. Проверка базового знания студентов по контрольным вопросам (приложение 1). Каждому студенту дается определенный вопрос, на который он должен ответить. Ответ должен четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками (45 минут).

2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационных задач. Дается 4-5 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знание. Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия. Через 5-7 минут обдумывая и решая задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия (45 минут).

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

4. В конце занятия подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляется рейтинговый балл, объявляет его.

А) контрольные вопросы

Б) темы самостоятельной работы

В) перечень дополнительной литературы

VII. Раздаточный материал:

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов;
2. Ситуационные задачи (приложение 2);
3. Тесты 1 уровня сложности (приложение 3);
4. Тесты 2 уровня сложности (приложение 4);

VIII. Оснащение практического занятия:

1. Тематически учебные таблицы
2. Тематические учебные слайды, альбом
3. Рентгеновские снимки

IX. Виды контроля знаний, умений и навыков:

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал.

Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

X. Самостоятельная работа студентов:

Степень поражения электроожогами. Оказание неотложной помощи при отморожениях.

XI. Контрольные вопросы:

1. Что такое электроожог?
2. Понятие о химическом ожоге ЧЛО
3. Расскажите об отморожениях ЧЛО
4. Клиническое течение химических ожогов лица

5. Первая помощь при электроожогах ЧЛЮ
6. Первая помощь при химических ожогах лица
7. Какие степени отморожения вы знаете?
8. Оказание помощи при отморожении
9. Особенности течения отморожений лица

Литература

1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология: М., Медицина, 1990. -415-420 с.
2. Швырков М.Б., Афанасьева В.В., Стародубцев В.С. Неогнестрелные переломы челюстей. М., Медицина, 1999.
3. Аржанцев П.З., Ивашенко Г.М., Лурье Т.М. Лечение травм лица. М., Медицина, 1981.
4. Кабаков Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей. М., Медицина, 1981.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1. Больной 30 лет поступил в клинику с потерей сознания и нарушением деятельности сердца. "Знаки тока" на коже имеют вид красных линий ветвистой формы. Вокруг ожога нет отека тканей. Какой источник электроэнергии был причиной ожога? Оказание первой помощи.

Ситуационная задача 2. Больной 19 лет поступил в клинику хирургической стоматологии. Выяснено, что больной работал в лаборатории, нечаянно пролил на руку кислоту. Визуально отмечается, что пораженная кожа грязно-серого цвета. Ожоги кислотой обуславливают распад белков и резкое обезвоживание тканей, что приводит образованию участков коагулированных тканей. Какую кислоту пролил на себя? Оказание первой помощи.

Ситуационная задача 3. Больной 27 лет поступил в клинику с жалобами на зуд, колющие, выраженные интенсивные боли, жжение, ощущение ползания мурашек. При осмотре кожа гиперемирована с синюшным, мраморным оттенком. Выражен отек тканей. Какая степень отморожения наблюдается у больного? Оказание первой помощи.

Контрольные тесты

I-го уровня:

1. Какой вид имеют "знак тока" при поражениях молнией?
 - а) сухие блестящие в виде желтых линий
 - б) вид коричневых линий ветвистой формы
 - в) вид простых линий ветвистой формы
 - г) вид красных линий ветвистой формы
 - д) нет правильного ответа

2. Наряду с местными изменениями нарушаются функции разных органов и в первую очередь:

- а) ССС
- б) ЖКТ
- в) нервная система
- г) дыхания
- д) нет правильного ответа

3. Какого цвета становится кожа при ожогах фтористоводородной кислотой?

- а) коричневой
- б) черной
- в) грязно-серой
- г) желтой
- д) красной

4. Колликовационный (влажный) некроз развивается при ожогах:

- а) солями
- б) серной кислотой
- в) азотной кислотой
- г) соляной кислотой
- д) щелочами

5. Коагуляционный (сухой) некроз развивается при ожогах:

- а) нитратом серебра, хлоридом цинка
- б) азотной или серной кислотой
- в) фтористоводородной или соляной кислотой
- г) едкими натром и калием
- д) негашенной известью

6. Нельзя промыть зоны повреждения проточной водой при ожогах:

- а) диэтилалюминия гидридом
- б) триэтилалюминий
- в) концентрированной серной кислотой
- г) соляной кислотой
- д) хлоридом цинка

7. Сколько % должен быть раствор гидрокарбоната натрия в виде примочки для нейтрализации кислот?

- а) 1-2%
- б) 2-5%
- в) 2-4%
- г) 1-5%

д) 3-4%

Тесты II уровня

8. Сколько различают периодов в развитии патологических изменений в тканях при отморожении?

- а) 3
- б) 2
- в) 4
- г) 5
- д) 6

9. В дореактивном периоде больные отмечают:

- а) покалывание
- б) жжение
- в) болевые ощущения в области участка лица
- г) спазм кровеносных сосудов

10. Какая клиническая картина характерна при I степени отморожения:

- а) зуд
- б) жжение
- в) ползание мурашек (парестезия)
- г) образуются пузыри
- д) возникает некротический струп

11. При какой степени погибает эпидермис?

- а) I
- б) II
- в) III
- г) IV
- д) нет правильного ответа

13. При какой температуре воздуха могут подвергнуться тяжелому отморожению ткани филатовского стебля?

- а) 5°C в течение 2-3 ч
- б) 10°C в течение 2-3 ч
- в) 9°C в течение 2-3 ч
- г) 15°C в течение 2-3 ч

14. Исходом отморожения IV степени являются:

- а) утрата части тела или всего органа
- б) шелушение эпидермиса
- в) образование рубцов с частичной краевой эпителизацией
- г) утрата участков носа, ушей, щек на лице
- д) утрата мягких тканей скуловой области

15. Лицам, перенесшим пластические восстановительные операции, особенно с использованием филатовского стебля, следует остерегаться:

- а) тепла
- б) УФ лучей
- в) холода
- г) тепла, холода
- д) нет правильного ответа

5 курс 9 семестр

I. Тема N2.

я2Современные представления о биологической сущности опухолей. Теории
я2канцерогенез. Р к и с рко - определение понятий и их биологическ я
я2сущность. Причины развития злокачественных опухолей. Признаки злок -
ачественного и доброкачественного роста опухолей.

Преподаватель Абдувахидов Д.А.

Количество часов - 6 часов.

я2II.я0 я2Цель занятия:

Н основе знаний анатомия и физиологии обучить студентов целен п-
равленноу сбору н нез, научить методу обследования при выявлении
предраковых состояний и ознакомит с принцип и лечения и профилактики
предраковых состояний.

я2III. Задача практического занятия.

1. Познакомиться с понятием онкологическ я настороженность.
2. Повторить определение понятия предрак и рак.
3. Обсудить факторы, способствующие возникновению предраковых состояний.
4. Познакомиться с классификацией предраковых состояний.
5. Рассмотреть основные методы лечения предраковых заболеваний.

я2IV. Ожидаемые результаты.

1. Студент должен знать понятие "онкологическая настороженность.
2. Студент должен знать определение понятия рак и предрак.
3. Уметь переосмыслить факторы, способствующие возникновению предраковых состояний.
4. Знать классификацию предраковых заболеваний.
5. Освоить основные методы лечения предраковых заболеваний.
6. Уметь обобщить полученное в результате обследования данные для постановки диагноза.
7. Научиться провести клиническое обследование больного в предраковые заболевания (осмотр, palpation).

я2V. Содержание практических занятий.

Вначале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание студентов на занятии, акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах, объясняет необходимость изучения диагностики и лечения больных с предраковыми заболеваниями, представляющие наибольшую значимость будущей врачебной практической деятельности.

В теоретической части, прежде чем рассматривать вопросы изучаемой темы преподаватель активизирует полученные прежде знания об понятиях предраковых заболеваний.

2. Перечень рассматриваемых вопросов.

1. Классификация предраковых заболеваний.
2. Дополнительные методы исследования больных с предраковыми заболеваниями.
3. Принципы лечения и диспансеризации больных с предраковыми поражениями.
4. Принципы консервативного и хирургического методов лечения предраковых состояний кожи лица, красной каймы и слизистой полости рта.

Введение

- Предрасполагающие факторы возникновения предраковых состояний
- Классификация предраковых заболеваний
- Клиника, диагностика и лечение облигатных предраков
- Клиника, диагностика и лечение факультативных предраков
- Значение санитарно-просветительной работы, профилактических осмотров в выявлении предраковых состояний, факторов проведения среди населения.

В настоящее время твердо установлено, что успех лечения злокачественных опухолей во многом зависит от того, насколько рано распознано заболевание и предпринято правильное лечение. Все умения медицинской службы должны быть направлены на режиссуру распознавания рака и безотлагательное направление больного на специализированное лечение в диспансеры или онкологические институты.

В основу ранней диагностики раковых опухолей положены принципы онкологической настороженности:

1. знание симптоматики ранних форм злокачественных опухолей;

- 3 -

2. знание предраковых заболеваний и их лечение;
3. знание организации онкологической помощи и быстрое направление больного по назначению;
4. тщательное обследование каждого больного обратившегося к врачу любой специальности для выявления возможного заболевания злокачественной опухолью;
5. предположение возможности типического или осложненного течения онкологического заболевания в трудных случаях диагностики;
6. проведение санитарно-просветительской работы среди населения.

Знание принципов онкологической настороженности и достаточная квалификация стоматолога позволяет рано распознать патологический процесс, дифференцировать и подойти к каждому больному и правильно организовать его лечение.

Первым это по обращению больного с опухолью лица и органов полости рта является врач стоматолог. При подозрении на злокачественное об-

разование стоматолог срочно направляет больного к специалисту - онкологу, от которого тот поступает в онкологическое учреждение (онкологический районный, городской, областной диспансеры, онкологический институт).

Для учета и лучшей организации диспансерного наблюдения по установленным формам каждого больного с опухолью челюстно-лицевой области (локализует) локализацией заполняется специально разработанная контрольная карта онкологического больного, в которой после краткого описания клинических данных графически на схемах регистрируется локализация и распространение опухолевого процесса. Эти карты хранятся в картотеке.

Больные нуждающиеся в специальном лечении направляют стационары (онкологические) онкодиспансеры.

Больные со злокачественными опухолями после лечения должны находиться под диспансерным наблюдением в онкологическом кабинете районной поликлиники в течение не менее 5 лет.

Больные с факультативным предраком или фоновым заболеванием наблюдаются у терапевта-стоматолога, который проводит консервативное лечение с обязательным устранением причины, вызвавшей их (удаление кариозной, снятие острых краев зубов, пломб, протез, рекомендация прекращения

- 4 -

курения, прием горячей и острой пищи, алкоголя и др.). При сохранении процесса в течение 7-10 дней, также в случае облигатной формы предраком оказывается лечение у хирурга-стоматолога. Хирургическое лечение предраковых поражений проводит хирург-стоматолог медицинского учреждения в котором имеется патологоанатомическое отделение.

С целью своевременного выявления рецидивов и метастазов опухоли после радикального лечения необходимо осуществлять осмотры ежемесячно, в протяжении последних 6 месяцев - 1 раз в 2 месяца, второго года - 1 раз в 3 месяца, третьего года - 1 раз в 4 месяца, четвертого года - и последующих лет 1 раз в полгода.

2.6. Преподвательские занятия.

1. Проверка знаний студентов по опросным листам, содержание контрольных вопросов (приложение 1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме кратко, четко, без допусков пользоваться конспектом, учебником и т.д. (45 минут).

2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач.

Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-7 минут для обдумывания, решается по конспекту, учебным пособиям, обсуждается решение задачи между студентами. Преподватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знания. Можно разделить студентов на 3-4 подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия (приложение 7). Через 5-7 минут обдумывания и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Тогда обязательно один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия (45 минут).

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (платно, перевязочная).

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле

под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные студент самостоятельно выводит предварительный диагноз и только после этого, преподаватель вносит коррективы. Проверяют правильность

- 5 -

заполнения бланков торных карт, истории болезни.

Решаются ситуационные задачи II уровня сложности. для контроля уровня усвоения данной темы (Приложение 4). (135 минут).

4. В конце занятия подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его. Преподаватель задает дополнительные задания:

- а) контрольные вопросы следующей темы;
- б) темы с обязательных работ студент;
- в) перечень дополнительной литературы (74 минуты).

я2VI. Раздаточный материал.

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 1).

2. Ситуационные задачи (приложение 2).

3. Тесты I уровня сложности (приложение 2-3).

4. Тесты II уровня сложности (приложение 4).

я2VII. Описание практического занятия.

1) Диагностика и симптомы болезни "Рак и Саркома".

2) Теоретические понятия и формы отобранных заболеваний и лечение "Рак и Саркома".

3) Череп и нижняя челюсть.

4) Учебная карта, перевязочная, операционная, онкологический диспенсер.

5) Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель и др.).

я2VIII. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Оценку теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решение ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (нулевые навыки, общение с больными, выполнение медицинской документации) и отобранные в практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течение недели

- 6 -

после дополнительной подготовки в неурочное время.

я2IX. С обязательной работой студент.

1. Составить классификацию предраков в таблице.

2. Составить таблицу факторов и облигатных предраков на коже:

- а) кожной, б) кожной кисте, в) слизистой оболочке.

я2Х. Контрольные вопросы.

1. Сущность понятия "Онкологическая настороженность".
2. Определение понятия предрак и рак.
3. Перечислить факторы, способствующие возникновению предраковых состояний кожи лиц, краевой каймы, органов полости рта.
4. Классификация предраковых состояний.
5. Укажите характерные клинические признаки предраковых заболеваний.
6. Назовите методы гистологических исследований.
7. Назовите основные методы лечения предраковых заболеваний.
8. Понятие "Диспансеризация и методы осуществления при предраковых состояниях".

я2ХI. Литература.

1. "Предрак краевой каймы и слизистой оболочки полости рта" М.1970.
2. Рыбков А.И. Епишев А.Н. "Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта" Ташкент 1972.
3. Пинков Б.М. "Поржение слизистой оболочки полости рта при кожных и венерических заболеваниях" М. 1963.
4. Печес А.И. "Опухоли головы и шеи" 1971.

З д ч N3

У больного, 50 лет, на краевой кайме нижней губы в течение последних лет возникли эрозии, спонтанно возникающие и рецидивирующие. При осмотре краевой каймы нижней губы обнаружены эрозии неправильной формы с гладкой поверхностью, есть и покрытые корками, безболезненные, основанные эрозии без уплотнения. При снятии корок с обрзования поверхность кровоточит.

- 7 -

1. Поствьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.

З д ч N3 ответ.

1. Диагноз - обрзвивный преинцирозный хейлит Монголотти ставить на основании характерной клинической картины.
2. Лечение начинают с консервативных методов. Местно применяют пилинги, ретиноиды, витамин А, Д, облепиховое масло. Внутрь назначают комплекс витаминов В, рибофлавин, тиамин, никотиновую кислоту, пиридоксин. При частых рецидивировании показана хирургическая иссечение пораженных участков краевой каймы нижней губы, отступ от видимых границ обрзования не менее 0,5 см с обязательным гистологическим исследованием. Возможен криодиструкция очагов поражения.

З д ч N9

Больная, 75 лет, жалуется на периодическое появление сухих, чешуйчатых образований на коже губошечной области справа, особенно при воздействии атмосферных явлений в весенне-летний сезон. На коже губошечной области справа определяются плоские сухие чешуйки, после удаления которых образуются эрозии. В дальнейшем эрозии эпителизируются у основания и исчезают.

1. Поствьте диагноз и проведите его обоснование.

2. Составьте план лечения.

З д ч N9 ответ.

1. Анализ и клинические критерии для клинического кератоза - губо-щечной области справа.

2. Лечение хирургическое - иссечение очага. Рекомендуются исключить инсоляцию, пользоваться солнцезащитными кремами.

З д ч N20.

Больная, 62 года, жалуется на жжение и наличие эрозий в области слизистой оболочки правой щечной области. При острой и горячей пищи болезненный, определяется патологическое стирание зубов верхней и нижней челюсти. На слизистой оболочке правой щеки область, по переходной складке, ретроолярной области определяются эрозии с участками гипер-

- 8 -

кератоз в виде папулы и инфильтрации подлежащих тканей.

1. Какое заболевание можно предположить?

2. Какие клинические признаки не достают для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?

3. Определите признаки, не характерных для данного заболевания?

З д ч N20 ответ.

1. Красный плоский лишай правой щечной области. Недостает подробной характеристики гиперкератотических изменений, в виде циклического рисунка.

2. Лечение консервативное. Назначают инъекции 1% раствора никотиновой кислоты, поливитаминов (А, Д, Е), кортикостероиды. Следует устранить естественные раздражающие факторы. Хирургическое лечение (иссечение) показано при неэффективности медикаментозного лечения.

3. Клинические патологической стираемости зубов не характерны для данного заболевания.

2III. Контрольные тесты:

I уровень:

1. Основным методом лечения бородавки того преддверия красной кай губ является:

- а) иссечение
- б) нулевой
- в) химиотерапия
- г) кобинированное
- д) лучевая терапия

2. Основным методом лечения ограниченного преддверного гиперкератоза красной кай губ является:

- а) химиотерапия
- б) криодиструкция
- в) кобинированное
- г) лучевая терапия
- д) иссечение вместе с капсулой

3. Основным методом лечения обривного преэрозного хейлитогингивит является

- а) химиотерапия
 - б) криодеструкция
 - в) лучевая терапия
 - г) комбинированное
 - д) иссечение вместе с капсулой
4. Основным методом лечения болезни Боуэна является:
- а) химиотерапия
 - б) хирургический
 - в) комбинированный
 - г) лучевая терапия
 - д) иссечение вместе с капсулой

2IV. Контрольные тесты.

III уровень:

1. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются:

- а) вторичная дентия
- б) острые воспалительные процессы мягких тканей лица
- в) хронический трахеит слизистой оболочки полости рта
- г) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета
- д) курение

1) а, б, в 2) а, б, г 3) г, д 4) в, д

2. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются:

- а) вторичная дентия
- б) профессиональная вредность
- в) острые воспалительные процессы мягких тканей лица
- г) дефицит витамина "А"
- д) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

1) а, б, в 2) а, б, д 3) в, г, д 4) б, г

3. К предраковым заболеваниям кожи лица относятся:

- а) розовое воспаление
- б) термический и химический ожог
- в) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Монгоиди
- г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический перитоз, предраковый

1) а, б, в 2) б, в 3) а, в 4) г

4. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся:

- а) розовое воспаление

- б) терический и хиический ожоги
- в) бород вч тый предр к, огр ниченный предр ковый гиперкер тоз, хейлит онгонотти
- г) эритропл кия, лейкопл кия
- д) кр сн я волч нк , плоский лиш й, подслизистый фиброз

1) , б, в 2) , б, г 3) в, г 4) г, д

5. Для орфологической к ртины предр к х р ктерно н личие:

- а) гиперхро тоз ядер
- б) обизсествление иоцитов
- в) восп лительного инфильтр т
- д) инвозии в подэпители льной тк ни

1) , б, в 2) б, в, г 3) в, г, д 4)

6. Для орфологической к ртины предр к х р ктерно н личие:

- а) гиперкеротоз
- б) обизвествление иоцитов
- в) восп лительного инфильтр т
- г) вторичного к зеоznego некроз
- д) инв зии в подэпители льной тк ни

- 11 -

1) , б, в 2) б, в, г 3) г, д 4)

7. К предр ковы з болев ния кр сной к йы относятся:

- а) рожистое восп ление
- б) терические и хиические ожоги
- в) бород вч тый предр к
- г) огр ниченный предр ковый гиперкер тоз, хейлит Монгонотти
- д) болезнь Боуэн , пигентн я ксеродер ктинический кер тоз, предр ковый елоноз

1) , б, в 2) , б, г 3) г, д 4) в, г

6. Клиническ я к ртин бород вч того предр к кр сной к йы губ х р ктеризуется н личие:

- а) 2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителиз ции
- б) эррозивной поверхностью с инфильтр цией подлежа щих тк ней
- в) трофичных уплотненных бляшек покрытых корк и "геогр фический" рисунок
- г) огрниченного уч стк ороговения, покрытого тонкии, плотно си- дящии чешуйк и
- д) болезненного узл с бугристой поверхностью возвыш ющегося н д эпителие н 3-5

7. Клиническ я к ртин предр кового гиперкер тоз :

- а) 2-3 эррозий, без тенденции к кровоточивости и эпитеиз ции
- б) эррозивной поверхностью с инфильтр цией подлежа щих тк ней
- в) трофических уплотненных бляшек покрытых корк и "геогр фичес-

кий" рисунок

г) огрубленного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками и

д) болезненного узла с бугристой поверхностью возвышающегося над эпителием на 3-5

Тема 3: «Международная гистологическая классификация опухолей. Стадии опухолевого роста. Статистика.»

Количество часов – 6,3 часа

II Цель занятия:

Ознакомить студентов с международной гистологической классификацией опухолей (МГКО), статистикой и распространённостью опухолей челюстно-лицевой области (ЧЛО) с тем, чтобы они могли пользоваться ими; формировать навыки обследования и диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей ЧЛО; рассмотреть причины и возникновение вообще опухолей, стадии опухолевого роста, течение и прогноз опухолей.

III Задачи практического занятия:

- Познакомиться с международной гистологической классификацией опухолей (МГКО)
- Обсудить статистику и распространённость опухолей ЧЛО
- Сформировать навыки обследования и диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей ЧЛО
- Рассмотреть причины возникновения, стадии опухолевого роста, течение и прогноз опухолей ЧЛО

IV Ожидаемые результаты:

- Студент должен знать международную гистологическую классификацию опухолей
- Студент должен знать статистику и распространённость опухолей ЧЛО
- Студент должен научиться навыкам обследования и диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей ЧЛО
- Студент должен знать причины возникновения опухолей, стадии опухолевого роста, течение и прогноз опухолевого роста

V Содержание практических занятий:

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах, объясняя необходимость изучения международной гистологической классификации опухолей, стадии опухолевого роста, причины возникновения опухолей ЧЛО.

Опухоли различной локализации классифицируют, учитывая анатомические, клинические и морфологические данные. Для систематизации номенклатуры онкологических заболеваний создана международная гистологическая классификация опухолей (МГКО).

Статистика. Опухоли лица, челюстей, органов полости рта и шеи составляют более 13% всех хирургических стоматологических заболеваний.

Классификация. В основу МГКО положены три принципа:

- анатомическая локализация
- гистологический тип
- деление новообразований на доброкачественные и злокачественные

В соответствии с локализацией опухолевого процесса созданы отдельные серии классификации. Три из них посвящены органоспецифическим опухолям ЧЛЮ:

- одонтогенные опухоли
- опухоли слюнных желез
- опухоли СОПР

Новообразования подразделяются также:

- истинные опухоли
- опухолевидные образования
- кисты

Истинными одонтогенными опухолями доброкачественной природы являются амелобластома, мягкая одонтома и одонтогенная фиброма.

К опухолевидным одонтогенным образованиям воспалительного или врожденного происхождения относят твёрдую одонтому, цементому.

По данным МГКО, термины «опухоль» и «новообразование» используются для обозначения аномальной массы ткани с избыточным разрастанием, некоординированным с ростом нормальной ткани и продолжается после прекращения действия причин, вызвавших его.

Клеточная пролиферация, неопластическая природа которой сомнительна, обозначается как опухолевидное разрастание, процесс или поражение.

Различают предрак в широком смысле, подразумевая все доброкачественные новообразования, хронические воспалительные процессы, гормональные и другие нарушения, являющиеся предпосылкой для развития злокачественной опухоли.

Предраки делят на две основные группы:

- облигатный
- факультативный

Различают предраковые состояния отдельно кожи лица, красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.

Кроме перечисленных предраков, существуют ряд патологических состояний, являющихся фоновыми, на основе которых иногда развивается рак

Стадии развития опухолевого роста.

В зависимости от распространенности по системе TNM, в которой Т – tumor – обозначает первичный очаг, N – nodus – метастазы в регионарные лимфотические узлы, М – metastasis – отдаленные гематогенные метастазы, развитие злокачественных опухолей делят на четыре стадии.

Рецидив злокачественного новообразования после проведенного хирургического лечения обозначают теми же символами, ставя перед ними «р» (pT, pN, pM). Устанавливая диагноз в истории болезни, врач должен указать развитие опухоли по системе TNM и определить стадию опухолевого поражения

VI Преподавательские заметки:

1. Проверка базовых знаний студентов по опросным листам. Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко, чётко. Не допускается дискуссия, пользование конспектом, учебниками (45 минут).
2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту и ситуационной задаче. Дается 5-7 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задач между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления, оценивает знание. Можно разделить студентов на 2-3 подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия. Через 5-7 минут обдумывания и решения задач приступают к обсуждениям между подгруппами. Таким образом ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия (45 минут)
3. Практическая часть проводится в клинике (в лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная). Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализирует полученные данные студент самостоятельно, ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Решаются ситуационные задачи для контроля уровня усвоения данной темы. (135 минут)
4. В конце занятия проводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической и практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл и объявляет его.

Преподаватель задает домашнее задание:

А. Контрольные вопросы следующей темы

В. Тема самостоятельных работ студента

С. Перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VII Раздаточный материал:

25. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов
26. Ситуационная задача
27. Тесты различного уровня сложности

VIII Оснащение практического занятия

25. Комплект муляжей с имитацией предраковых заболеваний, альбом по теме, больные.
26. Тематические учебные таблицы и слайды, диапроектор.
27. Атлас по заболеваниям кожи и слизистой оболочки полости рта.

IX Виды контроля знаний, умения и навыков:

Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больными, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

X Самостоятельная работа студентов:

1. Клиническая анатомия ЧЛО
2. Современные методы обследования больных
3. Онкологическая настороженность.
4. Деонтология в медицине.
5. Нарисовать таблицу о стадиях опухолевого роста.
6. Классификация опухолей.
7. Схема обследования больных с опухолями и опухолеподобными поражениями ЧЛО

XI Контрольные вопросы:

1. Анатомо-топографические особенности ЧЛО.
2. Определение понятий «опухоль», «опухолевидное образование».
3. Принципы построения классификации в медицине.
4. Какие принципы положены в основу МКБ.
5. Виды опухолей в соответствии с локализацией и клиникой по авторам (рабочая классификация).
6. Понятие о предраке, классификация.
7. Кто является основоположником учения о предраке.
8. Причины развития предрака.
9. Назовите ряд патологических состояний, являющихся фоновыми заболеваниями, на основе которых иногда развивается рак.
10. Понятие о TNM, статистика распространенности опухоли ЧЛО.

XII Рекомендуемая литература:

Основная:

31. Боровский Е.В. с соавторами. Стоматология. Руководство к практическим занятиям. М.: Медицина 1987 г
32. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. М.: Медицина 1998 г
33. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. М.: 1998 г
34. Шаргородский А.Г. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. М.: М 1999 г
35. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии .М.: М 1983 г

Дополнительная:

- 31.Бернадский Ю.М. Основы хирургической стоматологии. Киев 1998 г

32. Машкиллейсон А.А. Предрак красной каймы губ и СОПР. М.: М 1970 г
33. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: М 1989 г
34. Рентгендиагностика заболеваний ЧЛЮ. Под редакцией Рабухиной. 1991 г
35. Шанин А.П. Опухоли кожи, их происхождение, клиника и лечение. Л.: М 1969 г

ТЕСТЫ

1. Международная классификация опухолей предназначена для
 - а) уточнения диагноза у онкобольных
 - б) выявления онкобольных
 - в) систематизации онкобольных
 - г) составление плана лечения
 - д) все перечисленные
2. «Опухоль» и «новообразование» - это понятия
 - а) разные по развитию
 - б) разные по течению
 - и) разные по лечению
 - г) разные по значению
 - д) одинаковые по значению
3. В основу деления опухолей на доброкачественные и злокачественные положен критерий:
 - а) этиологический
 - б) патогенетический
 - в) гистологический
 - г) клинический
 - д) патологоанатомический
4. К органоспецифическим опухолям ЧЛЮ относят
 - а) СОПР, слюнных желёз и одонтогенные
 - б) кожи лица, слюнных желёз и одонтогенные
 - в) кожа лица, слюнных желёз и остеогенные
 - г) кожа лица, слюнных желёз и СОПР
 - д) смешанные
5. К органоспецифическим опухолям относят новообразования, которые:
 - а) встречаются редко
 - б) подлежат спецлечению
 - в) возникают только в данной анатомической области
 - г) часто рецидивируют
 - д) не рецидивируют
6. Опухоли ЧЛЮ подразделяются на
 - а) доброкачественные, злокачественные и опухолеподобные образования

- б) доброкачественные, злокачественные и предрак
- в) истинные опухоли, опухолеподобные образования, кисты
- г) истинные опухоли, опухолеподобные образования, кисты и предрак
- д) доброкачественные и злокачественные

7. К истинным одонтогенным опухолям относятся:

- а) амелобластома
- б) цементома
- в) мягкая одонтома
- г) твёрдая одонтома
- д) все перечисленные

8. Первичная диагностика злокачественных опухолей у больных осуществляется:

- а) стоматологом-терапевтом
- б) стоматологом-хирургом
- в) стоматологом-ортопедом
- г) онкологом
- д) всеми перечисленными

ОТВЕТЫ

- 1 – в
- 2 – д
- 3 – г
- 4 – а
- 5 – в
- 6 – в
- 7 – б
- 8 – д

Тема 3: «Международная гистологическая классификация опухолей. Стадии опухолевого роста. Статистика.»

Количество часов – 6,3 часа

II Цель занятия:

Ознакомить студентов с международной гистологической классификацией опухолей (МГКО), статистикой и распространённостью опухолей челюстно-лицевой области (ЧЛО) с тем, чтобы они могли пользоваться ими; формировать навыки обследования и диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей ЧЛО; рассмотреть причины и возникновение вообще опухолей, стадии опухолевого роста, течение и прогноз опухолей.

III Задачи практического занятия:

- Познакомиться с международной гистологической классификацией опухолей (МГКО)

- Обсудить статистику и распространённость опухолей ЧЛО
- Сформировать навыки обследования и диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей ЧЛО
- Рассмотреть причины возникновения, стадии опухолевого роста, течение и прогноз опухолей ЧЛО

IV Ожидаемые результаты:

- Студент должен знать международную гистологическую классификацию опухолей
- Студент должен знать статистику и распространённость опухолей ЧЛО
- Студент должен научиться навыкам обследования и диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей ЧЛО
- Студент должен знать причины возникновения опухолей, стадии опухолевого роста, течение и прогноз опухолевого роста

V Содержание практических занятий:

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах, объясняя необходимость изучения международной гистологической классификации опухолей, стадии опухолевого роста, причины возникновения опухолей ЧЛО.

Опухоли различной локализации классифицируют, учитывая анатомические, клинические и морфологические данные. Для систематизации номенклатуры онкологических заболеваний создана международная гистологическая классификация опухолей (МГКО).

Статистика. Опухоли лица, челюстей, органов полости рта и шеи составляют более 13% всех хирургических стоматологических заболеваний.

Классификация. В основу МГКО положены три принципа:

- анатомическая локализация
- гистологический тип
- деление новообразований на доброкачественные и злокачественные

В соответствии с локализацией опухолевого процесса созданы отдельные серии классификации. Три из них посвящены органоспецифическим опухолям ЧЛО:

- одонтогенные опухоли
- опухоли слюнных желез
- опухоли СОПР

Новообразования подразделяются также:

- истинные опухоли
- опухолевидные образования
- кисты

Истинными одонтогенными опухолями доброкачественной природы являются амелобластома, мягкая одонтома и одонтогенная фиброма.

К опухолевидным одонтогенным образованиям воспалительного или врожденного происхождения относят твёрдую одонтому, цементому.

По данным МГКО, термины «опухоль» и «новообразование» используются для обозначения аномальной массы ткани с избыточным разрастанием,

некоординированным с ростом нормальной ткани и продолжается после прекращения действия причин, вызвавших его.

Клеточная пролиферация, неопластическая природа которой сомнительна, обозначается как опухолевидное разрастание, процесс или поражение.

Различают предрак в широком смысле, подразумевая все доброкачественные новообразования, хронические воспалительные процессы, гормональные и другие нарушения, являющиеся предпосылкой для развития злокачественной опухоли.

Предраки делят на две основные группы:

- облигатный
- факультативный

Различают предраковые состояния отдельно кожи лица, красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.

Кроме перечисленных предраков, существуют ряд патологических состояний, являющихся фоновыми, на основе которых иногда развивается рак

Стадии развития опухолевого роста.

В зависимости от распространенности по системе TNM, в которой Т – tumor – обозначает первичный очаг, N – nodus – метастазы в регионарные лимфотические узлы, М – metastasis – отдаленные гематогенные метастазы, развитие злокачественных опухолей делят на четыре стадии.

Рецидив злокачественного новообразования после проведенного хирургического лечения обозначают теми же символами, ставя перед ними «р» (pT, pN, pM). Устанавливая диагноз в истории болезни, врач должен указать развитие опухоли по системе TNM и определить стадию опухолевого поражения

VI Преподавательские заметки:

5. Проверка базовых знаний студентов по опросным листам. Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко, чётко. Не допускается дискуссия, пользование конспектом, учебниками (45 минут).
6. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту и ситуационной задаче. Дается 5-7 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задач между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления, оценивает знание. Можно разделить студентов на 2-3 подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия. Через 5-7 минут обдумывания и решения задач приступают к обсуждениями между подгруппами. Таким образом ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия (45 минут)
7. Практическая часть проводится в клинике (в лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная). Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность

этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализирует полученные данные студент самостоятельно, ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Решаются ситуационные задачи для контроля уровня усвоения данной темы. (135 минут)

8. В конце занятия проводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической и практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл и объявляет его.

Преподаватель задает домашнее задание:

А. Контрольные вопросы следующей темы

В. Тема самостоятельных работ студента

С. Перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VII Раздаточный материал:

28. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов
29. Ситуационная задача
30. Тесты различного уровня сложности

VIII Оснащение практического занятия

28. Комплект муляжей с имитацией предраковых заболеваний, альбом по теме, больные.
29. Тематические учебные таблицы и слайды, диапроектор.
30. Атлас по заболеваниям кожи и слизистой оболочки полости рта.

IX Виды контроля знаний, умения и навыков:

Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больными, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

X Самостоятельная работа студентов:

1. Клиническая анатомия ЧЛО
2. Современные методы обследования больных
3. Онкологическая настороженность.
4. Деонтология в медицине.
5. Нарисовать таблицу о стадиях опухолевого роста.
6. Классификация опухолей.
7. Схема обследования больных с опухолями и опухолеподобными поражениями ЧЛО

XI Контрольные вопросы:

- 11.Анатомо-топографические особенности ЧЛО.

12. Определение понятий «опухоль», «опухолевидное образование».
13. Принципы построения классификации в медицине.
14. Какие принципы положены в основу МГКО.
15. Виды опухолей в соответствии с локализацией и клиникой по авторам (рабочая классификация).
16. Понятие о предраке, классификация.
17. Кто является основоположником учения о предраке.
18. Причины развития предрака.
19. Назовите ряд патологических состояний, являющихся фоновыми заболеваниями, на основе которых иногда развивается рак.
20. Понятие о TNM, статистика распространенности опухоли ЧЛЮ.

XII Рекомендуемая литература:

Основная:

36. Боровский Е.В. с соавторами. Стоматология. Руководство к практическим занятиям. М.: Медицина 1987 г
37. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. М.: Медицина 1998 г
38. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. М.: 1998 г
39. Шаргородский А.Г. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. М.: М 1999 г
40. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: М 1983 г

Дополнительная:

36. Бернадский Ю.М. Основы хирургической стоматологии. Киев 1998 г
37. Машкиллейсон А.А. Предрак красной каймы губ и СОПР. М.: М 1970 г
38. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: М 1989 г
39. Рентгендиагностика заболеваний ЧЛЮ. Под редакцией Рабухиной. 1991 г
40. Шанин А.П. Опухоли кожи, их происхождение, клиника и лечение. Л.: М 1969 г

ТЕСТЫ

1. Международная классификация опухолей предназначена для
 - а) уточнения диагноза у онкобольных
 - б) выявления онкобольных
 - в) систематизации онкобольных
 - г) составление плана лечения
 - д) все перечисленные
2. «Опухоль» и «новообразование» - это понятия
 - а) разные по развитию
 - б) разные по течению
 - и) разные по лечению
 - г) разные по значению

д) одинаковые по значению

3. В основу деления опухолей на доброкачественные и злокачественные положен критерий:

- а) этиологический
- б) патогенетический
- в) гистологический
- г) клинический
- д) патологоанатомический

4. К органоспецифическим опухолям ЧЛЮ относят

- а) СОПР, слюнных желёз и одонтогенные
- б) кожи лица, слюнных желёз и одонтогенные
- в) кожа лица, слюнных желёз и остеогенные
- г) кожа лица, слюнных желёз и СОПР
- д) смешанные

5. К органоспецифическим опухолям относят новообразования, которые:

- а) встречаются редко
- б) подлежат сплечению
- в) возникают только в данной анатомической области
- г) часто рецидивируют
- д) не рецидивируют

6. Опухоли ЧЛЮ подразделяются на

- а) доброкачественные, злокачественные и опухолеподобные образования
- б) доброкачественные, злокачественные и предрак
- в) истинные опухоли, опухолеподобные образования, кисты
- г) истинные опухоли, опухолеподобные образования, кисты и предрак
- д) доброкачественные и злокачественные

7. К истинным одонтогенным опухолям относятся:

- а) амелобластома
- б) цементома
- в) мягкая одонтома
- г) твёрдая одонтома
- д) все перечисленные

8. Первичная диагностика злокачественных опухолей у больных осуществляется:

- а) стоматологом-терапевтом
- б) стоматологом-хирургом
- в) стоматологом-ортопедом
- г) онкологом
- д) всеми перечисленными

ОТВЕТЫ

- 1 – в
- 2 – д
- 3 – г
- 4 – а
- 5 – в
- 6 – в
- 7 – б
- 8 – д

ТЕМА 4 « ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.»

«ПЛОСКОКЛЕТОЧНАЯ ПАПИЛЛОМА, СОСОЧКОВАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ, И ЛЕЧЕНИЯ»

Преподаватель : Абдувохидов Д.А.

Количество часов – 6 часа

II. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ :

На основе знаний анатомии, физиологии, доброкачественные опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области эпителиального происхождения. Обучить студентов диагностике наиболее часто встречающихся опухолевидных образований, лечению и правильному определению больных на специальное лечение.

III. ЗАДАЧИ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

1. Анатомо-топографическая особенность опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области (ЧЛО) эпителиального происхождения.
2. Обсудить клинические проявления опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области
3. Рассмотреть методы дополнительного обследования больных с опухолями мягких тканей челюстно-лицевой области эпителиального происхождения
4. Познакомить с консервативными методами лечения опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области.
5. Ознакомить с принципами хирургических методов лечения опухоли.

IV. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ:

- 1) Студент должен уметь собрать тщательный анамнез и уметь проводить обследование больного с доброкачественной опухолью мягких тканей ЧЛО.
- 2) Научиться проводить клиническое обследование больного (осмотр, пальпация тканей и органов зубо-челюстной системы)
- 3) Студент должен уметь диагностировать опухоли мягких тканей ЧЛО.
- 4) Студент должен дифференцировать опухоли мягких тканей ЧЛО.
- 5) Студент должен знать методики проведения пункций опухолей
- 6) Научиться методу обезболивания при оперативном лечении опухолей
- 7) Научиться составлять схемы лечения и план операции доброкачественных опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области.
- 8) Научиться принципам проведения амбулаторных операций и биопсий новообразования.

V. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах , объясняет необходимость изучения диагностики и лечения больных с доброкачественными опухолями мягких тканей ЧЛО эпителиального происхождения.

В теоретической части. Прежде чем рассмотреть вопросы изучаемой темы преподаватель активизирует полученные прежде знания об особенностях строения доброкачественных опухолей мягких тканей ЧЛО эпителиального происхождения.

У1.ПЕРЕЧЕНЬ РАССМАТРИВАЕМЫХ ВОПРОСОВ

1. Классификация заболеваний доброкачественной опухоли мягких тканей ЧЛО эпителиального происхождения.
 2. Дополнительные методы обследования больных с заболеваниями опухолей мягких тканей ЧЛО.
 3. Плоскоклеточная папиллома : этиология, клиника, дифференциальная диагностика
 4. Сосочковая гиперплазия : этиология, патогенез, клиника, лечение
- Краткое изложение рассматриваемых вопросов.

П. При доброкачественной опухоли мягких тканей ЧЛО проводится исследование - общий анализ крови, мочи, свертываемости крови, расширенная биопсия (изменение опухоли с последующими патологическими исследованиями. Необходимо дифференцировать от фибромы, при последней покрывающая слизистая оболочка гладкая, обычной окраски.

Ш.Плоскоклеточная папиллома – это доброкачественная опухоль локализуется на слизистой оболочке рта в виде одиночного образования на ножке, с белесоватой, ворсистой поверхностью, иногда напоминает цветную капусту. Папиллома растет медленно. Папиллома может озлокачиваться , при этом наблюдается быстрый рост, изъязвления, инфильтрация подлежащих тканей.

Диагноз папилломы не представляет затруднений.

Дифференцировать следует от фибромы. При микроскопическом исследовании папиллома состоит из пролиферирующего эпителия, который располагается на соединительной ножке. Поверхностный слой эпителия характеризуется гиперкератозом.

Лечение: иссечение в пределах здоровых тканей.

1У. Сосочковая гиперплазия.

Опухолеподобные поражения возможно вирусной или грибковой природы, локализуется преимущественно на твердом небе, состоит из нескольких небольших (до 2-4 мм в диаметре) безболезненных , мягких сосочковых выростов, ярко-красного цвета на широком основании. Часто наблюдается у лиц пользующихся съемными зубными пластинчатыми протезами из пластмассы верхней челюсти.

При микроскопическом изучении определяется утолщение эпителиальных складок, обычно без ороговения, с хроническим воспалением.

Лечение: У некоторых больных прекращение ношения протеза приводит к купированию воспаления и уменьшению разрастаний, иногда к патологическому процессу на небе. Рекомендуются изготовление протеза из другого материала или другой конструкции с освобождением неба. Необходимо наблюдение за больным, при отсутствии эффекта , образование следует иссечь с последующим гистологическим исследованием.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студента, создав группы по 3 человека, один из которых имитирует больного с различными заболеваниями доброкачественной опухоли мягких тканей ЧЛО (плоскоклеточная папиллома, сосочковая гиперплазия), другой, обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) , осмотр визуальный, пальпаторное обследование опухолей мягких тканей ЧЛО. При этом оцениваются знания, как студента – « больного» –

правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента – « врача» – насколько корректно, логично, целенаправленно, со знанием темы проводит обследование больного. При обследовании больных необходимо научить студента определению размера опухоли, консистенции подвижная или неподвижная, с кожей спаяна или нет, цвет опухоли и в какой области располагается, болезненна или безболезненна.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия II уровня сложности (приложение 4).

В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов, правильности проведения этапов обследования больных, интерпретации ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждый из студентов.

У. Преподавательские заметки

1. По опросным листам, содержащим контрольные вопросы

(приложение 1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко, не допускается дискуссия, пользование конспектами учебниками. (45 мин.)

2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач.

Каждому студенту дается по 1 тесту (приложение 3) или ситуационные задачи. Дается 5-7 мин. для обдумывания, разрешается пользование конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задач между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студента. Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы. Каждой дать по 1 ситуационной задаче по теме занятия. Через 5-7 мин обдумывания приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом не один из студентов не остается в стороне от темы занятия. (45 мин)

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике или стационаре. Опрос и осмотр больного проводится под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования. Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Решаются ситуационные задачи 2 уровня сложности, для контроля усвоения темы (Приложение 4) 135 мин.

4. В конце занятия подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической и практической подготовленности. Выставляет рейтинговый балл, объявляет его, преподаватель задает домашнее задание.

А) контрольные вопросы следующей темы

Б) темы самостоятельной работы студента

В) перечень дополнительной литературы 24 мин.

УП. РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ

1.Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4)

2.Ситуационные задачи (приложение 4)

3.Тесты I уровня сложности (приложение 3)

4.Тесты II уровня сложности (приложение 4)

УШ. ОСНАЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

1.Диапроектор, слайды болезни доброкачественной опухоли мягких тканей ЧЛО.

2.Муляжи челюсти с зубами

3.Тематические плакаты, альбомы отображающие заболевание доброкачественных опухолей мягких тканей ЧЛО.

4.Рентгенологические снимки больных с заболеваниями доброкачественной опухоли мягких тканей ЧЛЮ.

5.Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель и др.)

1X. ВИДЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента

(мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

X. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТА:

1. Составить таблицу дифференциальной диагностики опухолей мягких тканей лица.
2. Написать доклад на тему « хирургическое лечение опухолей мягких тканей лица

X1. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Анатомическое строение мягких тканей челюстно-лицевой области
2. Основные черты опухолевого роста
3. Виды опухолей
4. Основные признаки доброкачественной опухоли
5. Гистологическая классификация опухолей мягких тканей лица и органов полости рта
6. Методы диагностики новообразования челюстно-лицевой области
7. Клиника доброкачественной опухоли мягких тканей лица
8. Дифференциальная диагностика опухолей мягких тканей лица
9. Принципы лечения опухолей

XII. ЛИТЕРАТУРА:

- 1.Евдокимов А.И. « Руководство по хирургической стоматологии»
- 2.Пагес А.И. «Опухоли головы и шеи» М. 1983 г.
- 3.Робустова Т.Г. « Хирургическая стоматология» М., 2000г.

Ситуационные задачи :

1.) У больной , 65 лет , на слизистой оболочке ретромолярной области слева имеется образование на узком основании. Растет медленно, поверхность белесоватая, ворсинчатая, безболезненная, часто травмируется. Коронковые части жевательных зубов верхней и нижней челюсти слева разрушены, полость рта не санирована.

- 1.Поставьте диагноз и проведите его обоснование
- 2.Составьте план лечения

Ответ :

1.Диагноз – папиллома слизистой оболочки ретромолярной области слева с ороговением ставится на основании характерных данных анамнеза и клиники.

2.Лечение – иссечение, отступая от образования на 0,5 см. Может озлокачиваться, необходимо проведение гистологического исследования

2) Больной 63 года, жалуется на наличие разрастания в области твердого неба. Больной пользуется съемным протезом на верхнюю челюсть. На твердом небе имеется образование в виде небольших мягких выростов на широком основании, покрытие гиперемизированной слизистой оболочкой. Рост образования медленный, пальпация безболезненная. В области височно-нижнечелюстного сустава справа определяется хруст.

- 1.Поставьте диагноз и проведите его обоснование
- 2.Составьте план лечения
- 3.Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

Ответ:

1.На основании анамнеза и клиники ставится диагно-сосочковая гиперплазия в области твердого неба.

2.Лечение санация полости рта, рациональное протезирование иссечение измененных тканей по показаниям

3.Артроз ВНЧС не является характерным признаком данного заболевания.

3)Больная 28 лет, обратилась в клинику с жалобой на наличие образований на верхней губе. Из анамнеза выяснено, что больная страдает хроническим гайморитом слева. Внешний вид пациентки без особенностей, поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы не увеличены. На слизистой оболочке верхней губы слева имеется несколько образований округлой формы. Со стороны верхнечелюстной пазухи слева выраженных изменений не выявлено. Выделений из левого наружного носового хода нет. В настоящее время у пациентки ремиссия заболевания.

1. Поставьте диагноз
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы , чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения.
3. Имеет ли значение для составления плана лечения имеющейся хронический гайморит слева.

Ответ:

1.Папилломатоз или множительные фибромы в области верхней губы слева.

2.Необходимые дополнительные данные: в связи с чем и когда появились новообразования на верхней губе слева.Необходимые клинические данные: размер, консистенция, соотношение краев образований с окружающими тканями, цвет, ощущение при пальпации, состояние зубо-челюстной системы для выявления раздражающих факторов (коронка, острый край зуба, неправильно сформированная пломба и т.д.)

3.Для составления плана лечения имеющийся хронический гайморит слева значения не имеет.

Контрольные тесты:

1 уровень :

1. Предраки это
 - 1) изъязвляющие воспалительные инфильтраты
 - 2) дистрофические нестойкие пролифераты не ставшие опухолью
 - 3) доброкачественные новообразования с явлениями воспаления
 - 4) Острые язвенно – некротические процессы мягких тканей лица.
2. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются:
 - 1) вредные привычки
 - 2) вторичная адентия
 - 3) острые воспалительные процессы мягких тканей лица
 - 4) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета
3. Для морфологической картины предрака характерно отсутствие:
 - 1) гиперкератоз
 - 2) гиперхроматоз ядер
 - 3) ороговение
 - 4) инвазия подэпителиальной ткани
4. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относится :
 - 1) рожистое воспаление
 - 2) термический и химический ожоги
 - 3) бородавчатый предрак
 - 4) ограниченный предраковый гиперкератоз
 - 5) болезнь Боуэна
5. К предраковым заболеваниям красной каймы губ относится:
 - 1) рожистое воспаление
 - 2) термические и химические ожоги
 - 3) бородавчатый предрак
 - 4) болезнь Боуэна
6. Основным методом лечения болезни Боуэна является:
 1. химиотерапия
 2. хирургический
 3. комбинированный
 4. лучевая терапия
 5. иссечение вместе с капсулой
7. Основным методом лечения бородавчатого предрака красной каймы губ является:

1. иссечение
2. мануальная терапия
3. химиотерапия 4. комбинированная 5. лучевая терапия

Контрольные тесты:

П уровень:

1. Предраки – это

- А) изъязвляющиеся воспалительные инфильтраты
- Б) дистрофические нестойкие пролифераты не ставшие опухолью
- В) доброкачественные образования с явлениями воспаления
- Г) острый язвенно некротический процесс

1) АБ, 2) ВГ, 3) АГ, 4) Б

2. Основным этиологическим фактором возникновения предрака является :

- А) вредные привычки
- Б) вторичная адентия
- В) острые воспалительные процессы
- Г) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

1) АБ, 2) ВГ, 3) АГ, 4) Б

2. Клиническая картина болезни Боуэна характеризуется наличием :

- А) 2-3 эрозии, без тенденции кровоточивости и эпителизации.
- Б) эрозированной поверхностью с инфильтрацией подлежащих тканей
- В) атрофические бляшки покрытые коркой, географический рисунок
- Г) ограниченный участок ороговения покрытый чешуйками
- Д) болезненный узел бугристой поверхности

1) АБ, 2) ВГ, 3) ГД, 4) В

4. Основным методом лечения болезни Боуэна является:

- а) химиотерапия
- б) хирургический
- в) комбинированный
- г) лучевая терапия
- д) иссечение вместе с капсулой

1) АБВ, 2) ВГ, 3) ГД, 4) Б

5. К предраковым заболеваниям кожи лица относится:

- а) розовое воспаление
- б) химические и термические ожоги
- в) бородавчатый предрак
- г) ограниченный предраковый меланоз

1) АБ, 2) БВ, 3) БГ, 4) В

4. Излюбленная локализация папиллом полости рта

- А) кончик языка
- Б) десна
- В) твердое небо
- Г) слизистая щек
- Д) нижняя губа

1) АБВ 2) БВ 3) БГ 4) Д

Тема 5: «Опухолеподобные образования челюстей. Клиника. Диагностика. Лечение.»

II Цель занятия:

Научить студентов методам обследования больных с опухолеподобными образованиями челюстей.

Научить студентов проводить дифференциальную диагностику между различными видами опухолеподобными образованиями челюстей.

Научить ранним методам диагностики различных видов опухолеподобных образований челюстей.

III Задачи практического занятия:

- Обсудить вопросы этиологии различных опухолеподобных образований челюстей.
- Рассмотреть методы дополнительного обследования больных с опухолеподобными образованиями челюстей.
- Познакомиться с особенностями патогенеза различных видов опухолеподобных поражений кости.
- Обсудить клинические проявления опухолеподобных поражений.
- Научить дифференцировать опухолеподобные поражения ЧЛО.
- Ознакомить с методами лечения опухолеподобных образований челюстей.

IV Ожидаемые результаты:

- Студент должен знать вопросы этиологии и патогенеза опухолеподобных поражений челюстей.
- Студент должен знать клинические проявления опухолеподобных поражений челюстей.
- Студент должен освоить диагностику опухолеподобных поражений челюстей.
- Студент должен научиться дифференциальной диагностике различных видов опухолеподобных поражений челюстей.
- Студент должен знать методы ранней диагностики и лечения опухолеподобных поражений челюстей на современном уровне.

V Содержание практических занятий:

К опухолеподобным поражениям костей лица относят:

- фиброзная дисплазия
- эозинофильная гранулёма
- генерализованная остеодисрофия Реклингаузена
- деформирующий остеоит Педжета

Наиболее часто встречается фиброзная дисплазия. Её относят к порокам развития кости, когда из остеобластической мезенхимы продуцируются не нормальная костная и хрящевая ткань, а преимущественно волокнистая фиброзная ткань и отдельные примитивные костные включения. Фиброзная дисплазия проявляется в монооссальной и полиоссальной формах. Процесс

локализуется преимущественно в челюстных костях с преобладанием монооссальной формы.

Ведущим симптомом является утолщение кости за счет разрастания остеοидной ткани. Рост чаще в вестибулярную сторону.

Одно из основных проявлений заболевания – симметричное припухание лица в области щек на уровне углов нижней челюсти – «херувизм». Течение безболезненное. Наиболее интенсивно патологические очаги возникают в 5-7 лет. С наступлением половой зрелости происходит стабилизация процесса и начинается интенсивное костеобразование в патологических очагах.

Синдром Олбрайта – одна из форм фиброзной дисплазии. Характеризуется триадой:

- раннее половое созревание
- интенсивная пигментация кожи различной локализации
- очаги разрежения костной ткани.

Страдают преимущественно женщины.

При полиоссальной форме с поражением костей лицевого скелета встречается костная львиность или леонтиас (лео – лев). При этом мягкие ткани в патологический процес не вовлекаются.

Эозинофильная гранулёма – встречается редко, страдают мужчины. Жалобы : зуд, кровоточивость десен, постепенное расшатывание интактных зубов. При осмотре полости рта – атрофия зубодесневых сосочков, обножение корней зубов. Лунки удаленных зубов не заживают в отличие от пародонтоза. Боли усиливаются.

На рентгенограмме диффузное разрежение альвеолярного отростка и тела челюсти.

Гиперпаратиреоидная остеодистрофия (Реклингаузена) – обусловлено гиперфункцией околощитовидных желез. В результате наступает системная лакунарная резорбция костных элементов с последующим развитием фиброзной ткани. Кость резорбируется. Образуются примитивные костные балочки, возникает гигантоклеточное образование, в котором имеются серозные и кровяные кисты.

В крови – кальций увеличивается до 20 мг% (норма 10-12 мг%), а с мочой выделяется более 1000 мг в сутки (в норме 180-200 мг).

Деформирующий остеоит (болезнь Педжета) – костное опухолеподобное поражение, заключающееся в перестройке костной ткани. Старая кость резорбируется, образуется новая с участками обызвествления. Кость резко деформируется. Чаще встречается у мужчин старше 40 лет. Заболевание в начале протекает бессимптомно, однако за счет сдавление костей лица, возможно развитие невралгии, при деформации костей мозгового черепа, возникают головные боли.

Лечение опухолеподобных поражений лицевого скелета остается до конца не решенной проблемой.

При фиброзной дисплазии, эозинофильной горанулеме, производят выскабливание патологических очагов в кости. Больные эозинофильной гранулемой иногда проводят лучевую терапию с дозой до 15 Гр. У пациентов с болезнью Педжета хирургическое лечение проводят при эстетических и

функциональных нарушениях. Лечение больных с гиперпаратиреоидной остеодистрофией осуществляет эндокринолог.

VI Преподавательские заметки:

9. Проверка базовых знаний студентов по опросным листам. Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко, чётко. Не допускается дискуссия, пользование конспектом, учебниками (45 минут).
10. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту и ситуационной задаче. Дается 5-7 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задач между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления, оценивает знание. Можно разделить студентов на 2-3 подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия. Через 5-7 минут обдумывания и решения задач приступают к обсуждениям между подгруппами. Таким образом ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия (45 минут)
11. Практическая часть проводится в клинике (в лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная). Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализирует полученные данные студент самостоятельно, ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Решаются ситуационные задачи для контроля уровня усвоения данной темы. (135 минут)
12. В конце занятия проводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической и практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл и объявляет его.

Преподаватель задает домашнее задание:

- A. Контрольные вопросы следующей темы
- B. Тема самостоятельных работ студента
- C. Перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VII Раздаточный материал:

31. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов
32. Ситуационная задача
33. Тесты различного уровня сложности

VIII Оснащение практического занятия

31. Комплект муляжей с имитацией опухолеподобных поражений челюстей,
32. Альбом по теме,
33. Больные.
34. Тематические учебные таблицы и слайды, диапроектор.
35. Атлас по заболеваниям кожи и слизистой оболочки полости рта.

IX Виды контроля знаний, умения и навыков:

Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больными, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

X Самостоятельная работа студентов:

1. Составить схему распространённости опухолеподобных заболеваний челюстей.
2. Составить схему диагностики различных видов опухолеподобных заболеваний челюстей.
3. Составить таблицу дифференциальной диагностики опухолеподобных заболеваний челюстей.
4. Реферат на тему «Вопросы лечения опухолеподобных поражений костей лицевого скелета».

XI Контрольные вопросы:

1. Фиброзная дисплазия челюстей, клинические разновидности, диагностика, лечение.
2. Эозинофильная гранулёма челюстей, клинические формы, диагностика, лечение.
3. Болезнь Педжета, клиника, диагностика, лечение.
4. Этиология гиперпаратиреоидной остеодистрофии. Диагностика. Лечение.

XII Рекомендуемая литература:

Основная:

41. Боровский Е.В. с соавторами. Стоматология. Руководство к практическим занятиям. М.: Медицина 1987 г
42. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. М.: Медицина 1998 г
43. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. М.: 1998 г
44. Шаргородский А.Г. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. М.: М 1999 г
45. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии .М.: М 1983 г

Дополнительная:

- 41.Бернадский Ю.М. Основы хирургической стоматологии. Киев 1998 г

42. Машкиллейсон А.А. Предрак красной каймы губ и СОПР. М.: М 1970 г
43. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: М 1989 г
44. Рентгендиагностика заболеваний ЧЛЮ. Под редакцией Рабухиной. 1991 г
45. Шанин А.П. Опухоли кожи, их происхождение, клиника и лечение. Л.: М 1969 г

ТЕСТЫ

1. Эозинофильная гранулёма челюсти относится:
 - а) к одонтогенным опухолям
 - б) к одонтогенным опухолеподобным образованиям
 - в) к остеогенным опухолям
 - г) к остеогенным опухолеподобным образованиям
 - д) нет правильного ответа
2. Среди клинических форм эозинофильной гранулёмы различают:
 - а) прдуктивную, деструктивную
 - б) монокистозную, поликистозную, литическую
 - в) инфильтративную, язвенную, язвенно-инфильтративную
 - г) очаговую, диффузную, генерализованную
 - д) все верны
3. Эозинофильную гранулёму дифференцируют:
 - а) фолликулярная киста
 - б) одонтома
 - в) цементома
 - г) внутрикостная гемангиома
 - д) нет правильного ответа
4. Херувизм является разновидностью:
 - а) эозинофильной гранулёмы
 - б) деформирующего остита
 - в) фиброзной дисплазии
 - г) нейрофиброматоза
 - д) липомы
5. При костной львиности поражается:
 - а) верхняя челюсть
 - б) нижняя челюсть
 - в) скуловая кость
 - г) все кости лицевого скелета
 - д) нет правильного ответа
6. При лечении фиброзной дисплазии применяют
 - а) выскабливание очага
 - б) резекцию челюсти

- в) лучевую терапию
- г) криохирургию
- д) физиотерапию

7. При болезни Рекленгаузена у пациентов в крови наблюдается

- а) нормальное содержание Са
- б) пониженное содержание Са
- в) повышенное содержание Са
- г) отсутствие Са
- д) нет правильного ответа

8. Хирургическое лечение деформирующего остеоита проводится по показаниям:

- а) неотложным
- б) эстетическим
- в) функциональным
- г) не проводится
- д) б и в

ОТВЕТЫ

- 1 – г
- 2 – г
- 3 – г
- 4 – в
- 5 – г
- 6 – а
- 7 – в
- 8 – д

Ситуационные задачи

1. Больной, 37 лет, обратился с жалобами на зуд, кровоточивость десен, подвижность зубов. 2 недели назад удалил 5 нижний справа после чего лунки долго не заживают, боли усилились. На рентгенограмме – разрежение тела и альвеолярного отростка нижней челюсти. Поставьте диагноз. План лечения.

2. Больной, 45 лет, обратился с жалобами на боли в области нижнего века, крыла носа, щеки слева. Боли периодические, режущие жгучие, сверлящие. Наблюдаются при осмотре деформация верхней челюсти слева. На рентгенограмме в области верхней челюсти слева определяется интенсивная плотная тень. Поставьте диагноз. План лечения.

3. Больной, 23 лет, обратился с жалобами на деформацию нижней челюсти. При осмотре отмечается утолщение нижней челюсти в области жевательных зубов слева преимущественно с вестибулярной стороны. Слизистая оболочка бледнорозовая. На рентгенограмме нижней челюсти в области жевательных зубов слева отмечается костной плотности. Поставьте диагноз. Составьте ваш предположительный план лечения. Дифференциальный диагноз.

Тема 6. Врождённые кисты(эпидермальные и дермоидные кисты) и свищи лица и шеи.

Клиника, диагностика, лечение. Бронхиальные кисты и свищи, кисты и свищи околоушной области, боковая киста и свищ шеи, тиреоглоссальные кисты и свищи. Этиопотогенез, особенность клиники, диагностика и лечение врождённых кист и свищей. Количество часов- 6 часов

2. Цель занятия:

На основе знаний анатомии, физиологии врождённой кисты (эпидермальные и дермоидные кисты) и свищи лица и шеи. Обучить студентов диагностике наиболее часто встречающихся опухолевидных образований, лечение и правильное распределение больных на специальное лечение.

3. Задачи практического занятия.

1. Анатомо – топографические особенности врождённой кисты(эпидермальные и дермоидные кисты) и свищи лица и шеи.
2. Познакомится с классификацией эпидермальных и дермоидных кист
3. Обсудить клинические проявления врождённых кист и свищей лица и шеи.
4. Рассмотреть методы дополнительного обследования больных с врожденными кистами и свищами лица и шеи.
5. Ознакомить с принципом хирургического метода лечения врождённых кист и свищей лица и шеи.

4. Ожидаемые результаты.

1. Студент должен суметь собрать тщательный анамнез и уметь проводить обследование больного кистой в области дна полости рта (жалобы, анамнез, заболевания жизни).
2. Студент должен уметь диагностировать кистозные образования в области лица шеи и полости рта.
3. Студент должен дифференцировать кистозные образования с другими опухолями и опухолеподобными образованиями челюстно-лицевой области.
4. Научится проводить клиническое обследование больного (осмотр, пальпация тканей и органов зубо-челюстной системы).
5. Студент должен знать методику проведения пункций кист и введение в них рентгеноконтрастных веществ.
6. Уметь обобщить, полученные в результате обследования данные для постановки диагноза.
7. Научится методам обезболивания при оперативном лечении кист.
8. Научится составлять схемы лечения и план операций при кистозных образованиях лица, шеи и полости рта.
9. Научиться проведению операции удаления небольших кист в лабораторных условиях.

5. Содержание практических занятий.

Вначале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентируя внимание студентов на проблемные вопросы, объясняет необходимость изучения диагностики и лечения больных с врождённой кистой (эпидермальные и дермоидные кисты) и свищи лица и шеи.

В теоретической части, прежде чем рассматривать вопросы изучаемой темы, преподаватель активизирует полученные прежде знания о особенностях строения врождённых кист и свищей лица и шеи.

Перечень рассматриваемых вопросов.

1. Классификация заболеваний врождённых кист и свищей лица и шеи.
2. Дополнительные методы обследования больных с заболеваниями врождённых кист и свищей лица и шеи.
3. Врождённые кисты и свищи лица и шеи. Этиология. Клиника. Дифф. Диагностика.

Лечение.

4. Эпидермальные и дермальные кисты. Этиология. Клиника. Дифф. Диагностика.

Краткое изложение рассматриваемых вопросов.

1) Классификация по В.М. Безрукову.

1. Кисты и свищи околоушной области.

А) кисты позадищелюстной области

Б) предушные свищи

В) свищи позадищелюстной области

2. Срединные кисты и свищи

А) кисты корня языка

Б) кисты над и подъязычной кости

В) кисты полные- наружные

Неполные- внутренние

3. Боковые кисты и свищи.

А) кисты

Б) свищи полные - наружные

Неполные- внутренние.

2) При опухолеподобных поражениях кожи и при кистах лица, проводится исследование общего анализа крови, мочи, свёртываемости крови, контрастная фистулография, с помощью йодиола, пальпации. Прибегают к пункции с последующим цитологическим и биохимическим исследованием. 3) К приобретенным кистам относят эпидермальные и дермоидные кисты. Киста - это болезненное округло-овальное образование эластичной консистенции, содержащее кашицеобразную массу, белого или грязно-серого цвета неприятного запаха. Эпидермальные кисты относятся к группе кератиновых кист, и образуются в результате закупорки выводных отверстий фолликул сальной железы. Располагается на коже лица, шеи, волосистой части, под эпидермисом. При её нагноении образуется отёк, боли и гиперемия окружающих тканей.

4) Врождённые кисты и свищи лица и шеи. Киста- это болезненное округлое образование эластичной консистенции, не спаянное с кожей. Содержимое кисты- мутная жидкости жёлтого цвета. Эпителий там многослойный плоский, имеется большое количество лимфоцитов.

Свищ- мягкий болезненный плотный, имеет 2 отверстия: наружное- над кожей, и внутреннее - на слизистой оболочке полости рта, и не полными- с одним устьем наружным или внутренним. Из отверстия выбухает грануляция, покрытая мокнувшими корками. Вокруг свища гиперпигментация кожи. Различают ронхиальные(аномалия развития 1-й 2-й жаберных щелей и дуг) и тиреоглоссальные кисты и свищи.

При тиреоглоссальной кисте- подвижность ограничена, отмечается спаянность с кожей, затруднение глотания и нарушение речи. При инфильтрации кисты- боль, отёк, инфильтрация окружающих тканей.

Дифференциальная диагностика: Специфический воспалительный процесс, лимфаденит, дермоидная киста, аденома дистрофированной щитовидной железы. Лечение: При кисте- полное её иссечение с капсулой. При свище: заполнение свища водным раствором метиленовым синим, и полное его отсечение вместе с ответвлениями.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет студенты, создают группы по 3 человека. Одни из которых имитируют больных с различными заболеваниями врождённой кисты (эпидермальные и дермоидные) и свищи лица и шеи, другие обследующего врача. Они учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) и осмотр (визуально, пальпаторно). При этом оцениваются знания как студента - «больного» - правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студентом -«врача» - насколько конкретно, логично целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного. При обследовании больных необходимо

научить студента проводить оценку всех признаков: безболезненное, ограниченное образование округлой или овальной формы, эластической консистенции, не спаянного с кожей.

В аналитической части занятия, проводится решение ситуационных задач по теме занятия « уровня сложности » (приложение).

В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов, правильность проведения этапов обследования больных, интерпретации ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов .

4. Преподавательские заметки .

1. Проверка базовых знаний студентов по опросным листам, содержащих контрольные вопросы (приложение 1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко, четко, не допуская дискуссий, пользование конспектами, учебниками (45 минут).
2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационную задачу. Дается 5-7 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждение задач между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность их мышления, оценивая их знания. Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия (приложение 2). Через 5-7 минут обдумывания и решения задачи приступают к обсуждению между группами. Таким образом не один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия (45 минут).
3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (в лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы . Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Проверяет правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи второго уровня сложности для контроля уровня усвоения данной темы (приложение 4). (135 минут).

4. В конце занятия проводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

Преподаватель задает домашнее задание:

- а) Контрольные вопросы следующей темы
- б) Темы самостоятельных работ студента
- в) Перечень дополнительной литературы (24 минуты)

5. Раздаточный материал

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов (приложение 4)
2. Ситуационные задачи (приложение 2)
3. Тесты I уровня сложности (приложение 3)
4. Тесты II уровня сложности (приложение 4)

6. Оснащение практического занятия

1. Диапроекторные слайды врожденной кисты (эпидермальной и дермоидные) и свищи лица и шеи
2. Муляжи
3. Тематические плакаты

4. Рентгеновские снимки больных с заболеванием слюнных желез

7. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студентов (мануальные навыки, общение с больными, заполнение медицинской документации и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

8. Самостоятельная работа студентов

1. Нарисовать таблицу образования ретенционных кист подъязычной области.
2. Написать реферат на тему : « Развитие срединных и боковых кист шеи».
3. Написать реферат на тему : « Современные методы лечения ретенционных кист полости рта».

II. Ситуационные задачи:

Ситуационная задача №1

Больной, 32 года, обратился с жалобами на наличие новообразования в области верхнего отдела шеи слева. Обнаружил случайно около 6 месяцев назад. С тех пор образование несколько увеличилось в размерах. Объективно:

на боковой поверхности шеи слева в области верхней трети впереди грудино-ключично-сосцевидной мышцы слева определяется образование, размером 3,0х4,0см, с четкими контурами, безболезненное, не спаянное с окружающими тканями, мягко-эластичной консистенции. Образование хорошо контурируется при повороте головы в правую сторону.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Наметьте план обследования и лечение

Ответ:

- 1) При постановке предварительного диагноза прежде всего следует предположить наличие боковой кисты у шт. слева на основании характерной локализации. Нельзя также исключив наличие хронического гиперклеточного лимфодонита и доброкачественной/ш} холи шеи.
- 2) Для подтверждения диагноза необходимо провести цитологическое исследование. Получении во время пункции прозрачной жидкости, диагноз будет подтвержден. Лечение хирургическое - удаление кисты в условиях стационара.

Ситуационная задача №2

Больной, 48 лет, обратился с жалобами на периодическое (примерно раз в полгода) появление новообразования в области верхнего отдела шеи слева. новообразование увеличивается до определенных размеров, затем быстро исчезает. При этом больной ощущает появление чистой жидкости в горле. Впервые обнаружил появление образования около 5 лет назад. Никуда не обращался. При осмотре выявлено устье функционирующего свищевого хода области верхнего полюса небной миндалины слева. Других патологических изменений не обнаружено. '

- 1) Поставьте предварительный диагноз
- 2) Наметьте план обследования и лечение
- 3) С чем связаны жалобы больного.

Ответ

1. Врожденный неполный внутренний боковой свищ шеи слева.
2. Необходимо в целях дообследования проведение фистулографии. Лечение заключается в хирургическом иссечении свища в условиях стационара. Перед операцией свищевой ход покрасить анилиновым красителем. По возможности можно ввести металлический или полиэтиленовый проводник (катетер) для лучшей ориентировки в тканях.
3. Жалобы больного связаны с наличием бокового свища, который периодически закрывался. В результате этого свищевой ход заполнялся экссудатом. Свищ превращался в кисту. После достижения определенного давления экссудата свищевой ход прорывался и экссудат попадал в полость глотки.

Ситуационная задача №17

Больному, 35 лет, при первичном обращении на основании анамнестических и клинических данных поставлен диагноз боковой кисты шеи слева в стадии воспаления. Произведено вскрытие образования, получено около 15 мл. мутной жидкости. В послеоперационном периоде проводилось противовоспалительное и физ. лечение. Послеоперационная рана долго не заживала, в дальнейшем сформировался свищевой ход, из которого постоянно выделяется количество мутной жидкости.

- 1) Укажите, были допущены врачом ошибки. Если да, то какие.
- 2) Составьте план дальнейшего лечения.

Ответ

1. Не следует вскрывать кисту. В стадии воспаления достаточно проведение консервативного противовоспалительного лечения. Нельзя назначать физиотерапию.
2. Хирургическое удаление сформировавшегося свища.

Хирургические тесты

I. Уровень

1. Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются:

- а) врожденными
- б) одонтогенными
- в) травматическими
- г) онкологическими
- д) воспалительными

2. Боковые кисты шеи локализуются:

- а) по средней линии шеи
- б) в подбородочной области
- в) в поднижнечелюстной области
- г) по переднему краю m. trapezius
- д) в средней трети шеи, по переднему m. sternocleidomastoideus

3. Срединная киста шеи локализуется

- а) по средней линии шеи
- б) над щитовидным хрящем
- в) в области яремной вырезки
- г) в поднижнечелюстной области
- д) по переднему краю области

4. Наружное отверстие бокового свища шеи располагается в:

- а) носоглотки
- б) щечной области
- в) подъязычной области
- г) области корня языка
- д) поднижечелюстной области

5. Наружное отверстие срединного свища шеи располагается в:

- а) щечной области
- б) подъязычной области
- в) в области корня языка
- г) поднижечелюстной области
- д) области подъязычной кости по средней линии шеи

6. Пункта врожденный кисты шеи вне воспаления имеет вид:

- а) зная
- б) лимфиты
- в) крови
- г) мутной жидкости
- д) прозрачной опемещирующей жидкости

7 Основным методом лечения врожденных кист и свищей шеи является:

- а) криотералия
- б) химитералия
- в) лучевая терапия
- г) динамические наблюдения
- д) оперативное вмешательство

8. При иссечении срединного свища шеи необходимо резецировать:

- а) щитовидный хрящ
- б) небную миндальную
- в) участок подъязычной кости
- г) подчелюстную слюнную железу
- д) проток подчелюстной слюнной железы

9. Основным методом лечения врожденных свищей шеи является их:

- а) перевязка
- б) иссечение
- в) промывание
- г) криодеструкция
- д) склерозирование

II. Уровень:

1. Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются:

- а) Врожденными
 - б) Одонтогенными
 - в) Травматическими
 - г) Онкологическими
 - д) Воспалительными
- 1) а, б, в 2) б, в, г 3) в, д 4) а.

2. Для подтверждения диагноза, «боковая киста шеи» проводится исследование:

- а) Биохимическое
- б) Цитологическое
- в) Радиоизотопное г.) Реакция Вассермана

д) Контрастная фистулография

1)а,б,в 2)б,в,г 3)г,д 4)б,д.

3. Пунктат в рожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид:

- а) Гноя
- б) Лимфы
- в) Крови
- г) Мутной жидкости
- д) Прозрачной опомецирующей жидкости

1)а,б,в 2)б.в.г 3)б.г 4)д.

4 Внутреннее отверстие бокового свища шеи открывается:

- а) Носоглотке
- б) Шейной области
- в) Подъязычной области
- г) Поднижнечелюстной области
- д) Области верхнего полюса миндалины

1)а,б 2)б,в,г 3)в,д 4)д.

5. Внутреннее отверстие срединного свища шеи открывается в:

- а) Носоглотке
- б) Шейной области
- в) Подъязычной области
- г) Поднижнечелюстной области
- д) Области слепог отверстия корня языка

1)а,б,в 2) б, в 3)в,г 4) д.

6. Основным методом лечения врожденных кист и свищей шеи является:

- а) Криотерапия
- б) Химиотерапия
- в) Лучевая терапия
- г) Динамическая наблюдения
- д) Оперативное вмешательства

1)а,б,в 2)б,г 3)г,д 4)д.

7. Наиболее грозным осложнением после удаления срединных свищей шеи (реже кист) является:

- а) Порез лицевого нерва
- б) Порез голосовых связок
- в) Перелом подъязычной кости
- г) Травма околоушной слюнной железы
- д) Стеноз верхних дыхательных путей

1)а,б,в 2) в, г 3)г,д 4) в, д.

Тема 7: «Одонтогенные опухоли. Этиология. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.»

II Цель занятия:

Научить студентов диагностировать одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования.

Научить студентов составлять план лечения больных с одонтогенными опухолями.

Обучить правильному определению больных на специальное лечение.

III Задачи практического занятия:

- Обсудить вопросы этиологии одонтогенных опухолей.
- Рассмотреть методы дополнительного обследования больных с одонтогенными опухолями и опухолеподобными образованиями ЧЛЮ.
- Познакомиться с особенностями патогенеза одонтогенных опухолей.
- Обсудить клинические проявления одонтогенных опухолей.

IV Ожидаемые результаты:

- Студент должен знать вопросы этиологии и патогенеза одонтогенных опухолей.
- Студент должен знать клинические проявления одонтогенных опухолей
- Студент должен освоить диагностику одонтогенных опухолей
- Студент должен научиться дифференциальной диагностике одонтогенных опухолей.

V Содержание практических занятий:

В челюстных костях, начиная с эмбрионального периода до глубокой старости, происходит сложный процесс, приводящий к изменению формы, величины и внутреннего строения челюстного скелета. Изменения, совершающиеся в челюстях, чаще всего связаны с процессом развития зубов, их прорезыванием и ростом. Ввиду чего в челюстях встречаются такие опухоли, которые свойственны в основном этой части скелета.

Пертес объединил их под названием одонтогенных опухолей.

Амелобластома (адамантинома) – одонтогенная опухоль эпителиального происхождения. Она имеет мало общего со сформированной эмалью зуба. Чаще всего локализуется в области больших коренных зубов нижней челюсти, её угла и ветви. Морфологически различают два вида опухолей:

- плотная
- кистозная (встречается чаще)

В области тела или ветви нижней челюсти появляется новообразование округлой формы, деформирующее кость. Челюсть резко утолщена, веретенообразно вздута. Наряду с этим происходит атрофия костной ткани, кортикальная пластинка истончается, а местами исчезает совсем.

Опухоль растет преимущественно наружу, в области нижних моляров возможно её распространение в язычную сторону. В верхней челюсти также растёт наружу или в сторону верхнечелюстной пазухи. Ввиду разрушения кортикальной пластинки при надавливании на неё может наблюдаться крепитация или флюктуация.

Амелобластома чаще безболезненна. Лишь при нагноении появляются признаки воспалительного процесса (отёк и инфильтрация мягких тканей, образование свищей с серозно-гнойным отделяемым). Появление указанных признаков нередко приводит к ошибочной диагностике. По мере роста опухоли могут смещаться и расшатываться зубы, резорбироваться их корни. Это приводит к нарушению акта жевания.

В МГКО включена злокачественная амелобластома, но она встречается редко. При подозрении на злокачественность опухоли или озлокачествлении следует провести биопсию её с последующим гистологическим исследованием биоптата, а также тщательного изучения операционного материала.

В диагностике амелобластом большое значение придаётся рентгенографии. На рентгенограмме выявляются округлые полости разной величины, отделённые друг от друга костными перегородками. Полости могут соприкасаться, накладываться и сливаться друг с другом.

Дифференциальную диагностику амелобластомы следует проводить с одонтогенными кистами, остеокластомой, злокачественными опухолями.

Одонтогенные кисты локализуются в любой отделе верхней или нижней челюстей в пределах зубного ряда. На рентгенограмме челюсти в случае радикулярной кисты выявляется обычно одна полость и корень причинного зуба. При фолликулярных кистах, контуры зуба выявляются в центральной части кистозной полости. Для остеокластомы не характерна излюбленная локализация. При их пункции обнаруживается кровь или экссудат бурого цвета, что не характерно для амелобластомы.

Как правило, особенно при подозрении на злокачественную опухоль, проводят морфологическую верификацию.

Одонтома – опухоль, представляющая собой конгломерат тканей зуба и пародонта. Основной тканью является дентиноподобное вещество, поэтому чаще распространены твёрдые одонтомы. В случае преобладания цементоподобной ткани, опухоль называют цементомой.

Различают:

- простые одонтомы – возникают из тканей одного зубного зачатка и отличаются от нормального зуба нарушением топографических соотношений эмали, дентина и цемента. Могут быть полными (содержат все ткани зуба) и неполные.

- сложные – состоят из тканевых элементов нескольких зубов или зачатков.

Помимо твёрдых, различают мягкую одонтому, имеющая большое сходство с амелобластомой. Покрыта капсулой, состоящей из соединительной ткани. Рост опухоли длительный и безболезненный. По мере роста опухоли нарушается целостность кости и мягких тканей. В результате образуются патологические карманы – воспалительный процесс. Вторичные воспалительные процессы являются одним из диагностических признаков. На рентгенограмме: тень округло-овальной или неправильной формы, имеет дольчатую структуру, обрамленную шиповидными краями. Между окружающей костью имеется полоса просветления, при цементомах – однородная плотная тень.

Цементома – развивается из одонтогенной соединительной ткани, дифференцирующейся в цементную, и intimately связана с корнем одного или нескольких зубов. Встречается редко, имеет доброкачественное течение.

Различают: доброкачественную цементобластому (истинная цементома), цементирующуюся фиброму, периапикальную цементную дисплазию (периапикальную фиброзную дисплазию) и гигантоформную цементому (семейная и множественная цементома). Обнаруживают их часто в момент удаления зуба, которое осложняется переломом корня вследствие intimate связи его с патологически цементной тканью.

Первые две формы цементом носят характер опухоли. Периапикальная цементная дисплазия связана с нарушением цементообразования и протекает сходно с фиброзной дисплазией. Гигантоформная цементома является наследственным заболеванием, относится к пороку развития.

Одонтогенная фиброма является разновидностью внутрикостных фибром челюстных костей. Она состоит из соединительнотканной стромы и остатков зубообразовательного эпителия.

VI Преподавательские заметки:

13. Проверка базовых знаний студентов по опросным листам. Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко, чётко. Не допускается дискуссия, пользование конспектом, учебниками (45 минут).
14. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту и ситуационной задаче. Дается 5-7 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задач между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления, оценивает знание. Можно разделить студентов на 2-3 подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия. Через 5-7 минут обдумывания и решения задач приступают к обсуждениями между подгруппами. Таким образом ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия (45 минут)
15. Практическая часть проводится в клинике (в лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная). Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализирует полученные данные студент самостоятельно, ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Решаются ситуационные задачи для контроля уровня усвоения данной темы. (135 минут)
16. В конце занятия проводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической

и практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл и объявляет его.

Преподаватель задает домашнее задание:

А. Контрольные вопросы следующей темы

В. Тема самостоятельных работ студента

С. Перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VII Раздаточный материал:

34. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов

35. Ситуационная задача

36. Тесты различного уровня сложности

VIII Оснащение практического занятия

36. Комплект муляжей с имитацией одонтогенных опухолей, альбом по теме, больные.

37. Тематические учебные таблицы и слайды, диапроектор.

38. Атлас по заболеваниям кожи и слизистой оболочки полости рта.

IX Виды контроля знаний, умения и навыков:

Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больными, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

X Самостоятельная работа студентов:

1. Составить схему патогенеза одонтогенных опухолей.

2. Составить схему диагностики опухолей одонтогенного происхождения

3. Составить таблицу дифференциальной диагностики одонтогенных опухолей.

4. Реферат на тему «Этиопатогенез одонтогенных опухолей».

XI Контрольные вопросы:

1. Этиология и патогенез одонтогенных опухолей.

2. Клинические проявления одонтогенных опухолей.

3. Методы диагностики одонтогенных опухолей.

4. С чем дифференцируют одонтогенные опухоли.

XII Рекомендуемая литература:

Основная:

46. Боровский Е.В. с соавторами. Стоматология. Руководство к практическим занятиям. М.: Медицина 1987 г

47. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. М.: Медицина 1998 г

48. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. М.: 1998 г

- 49. Шаргородский А.Г. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. М.: М 1999 г
- 50. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии .М.: М 1983 г

Дополнительная:

- 46.Бернадский Ю.М. Основы хирургической стоматологии. Киев 1998 г
- 47.Машкиллейсон А.А. Предрак красной каймы губ и СОПР. М.: М 1970 г
- 48.Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: М 1989 г
- 49.Рентгенодиагностика заболеваний ЧЛЮ. Под редакцией Рабухиной. 1991 г
- 50.Шанин А.П. Опухоли кожи, их происхождение, клиника и лечение. Л.: М 1969 г

ТЕСТЫ

- 1. Амелобластома относится к опухолям:
 - а) доброкачественным
 - б) промежуточным
 - в) злокачественным
 - г) местным
 - д) деструктивным
- 2. Амелобластома развивается
 - а) в челюстных костях
 - б) во всех костях ЧЛЮ
 - в) в костях мозгового черепа
 - г) в трубчатых костях
 - д) в хрящах
- 3. Начало развитие амелобластомы:
 - а) бессимптомное
 - б) малосимптомное
 - в) выраженное
 - г) острое
 - д) хроническое
- 4. Амелобластома чаще встречается:
 - а) у мужчин
 - б) у женщин
 - в) одинаково часто у тех и у других
 - г) у новорожденных
 - д) нет правильного ответа
- 5. Рентгенограмма амелобластомы характеризуется:
 - а) разряжением кости
 - б) наличием плотной тени
 - в) четкими контурами

- г) ячеистая структура в виде «пузырей мыльной пены»
- д) деструкция кости с нечеткими контурами

6. Рентгенологически плотная тень с четкими контурами наблюдается при:

- а) мягкой одонтоме
- б) твердой одонтоме
- в) амелобластоме
- г) фиброзном эпулесе
- д) саркоме

7. Синоним мягкой одонтомы:

- а) цилиндрома
- б) амелобластома
- в) фиброзная бластома
- г) амелобластическая киста
- д) амелобластическая фиброма

ОТВЕТЫ

- 1 – а
- 2 – а
- 3 – а
- 4 – в
- 5 – а
- 6 – б
- 7 – д

Ситуационные задачи

1. Б-му по поводу фолликулярной кисты в поликлинике была проведена цистотомия. При гистологическом исследовании операционного материала установлен диагноз «амелобластома». Какова тактика дальнейшего ведения больного хиркргом-стоматологом?

2. У больного при удалении нижнего премоляра на нижней челюсти справа, произошел перелом корня. Повторные попытки удалить корень оказались безуспешными. На рентгенограмме: интенсивная тень зубной плотности, округлой формы 1х1 см, связанная с корнем этого зуба. Поставьте диагноз.

3. Больной обратился в поликлинику хирургической стоматологии 1-ТашГосМИ с жалобами на припухлость в области угла нижней челюсти справа. При осмотре: признаки воспаления отсутствуют, при пальпации угла нижней челюсти определяется крепитация. На рентгенограмме отмечается ячеистое строение кости в виде «пузырей мыльной пены». Поставьте диагноз

Тема 8: «Кисты челюстей. Этиология патогенез. Диагностика. Лечение.»

II Цель занятия:

Научить студентов определять причины образования различных кист челюстей, диагностировать их.

Научить студентов составлять план лечения больных с кистами челюстей.

Обучить правильному определению больных на специальное лечение.

III Задачи практического занятия:

- Обсудить вопросы этиологии различных кист челюстей.
- Рассмотреть методы дополнительного обследования больных с одонтогенными кистами челюстей.
- Познакомиться с особенностями патогенеза кист челюстей.
- Обсудить клинические проявления одонтогенных кист.
- Научить дифференцировать различные виды кист челюстей.
- Ознакомить с новыми методами лечения кист челюстей.

IV Ожидаемые результаты:

- Студент должен знать вопросы этиологии и патогенеза одонтогенных кист.
- Студент должен знать клинические проявления одонтогенных кист.
- Студент должен освоить диагностику одонтогенных кист.
- Студент должен научиться дифференциальной диагностике различных видов кист челюстей.
- Студент должен знать методы лечения кист челюстей на современном уровне.

V Содержание практических занятий:

В международную гистологическую классификацию, наряду с одонтогенными кистами, включены первичная киста (кератокиста), киста прорезывания, десневая киста. Однако эти кисты встречаются редко и их диагноз устанавливается гистологическими методами. Поэтому в данном учебном пособии рассматриваются лишь одонтогенные кисты.

Одонтогенные кисты разделяют на:

- околокорневые (радикулярные)
- коронковые (фолликулярные)

Киста представляет собой полое образование, выстланное оболочкой, и заполненная жидкостью желтого или коричневого цвета, содержащие кристаллы холестерина. Оболочка состоит: наружного слоя – плотная соединительная ткань, среднего – ткань типа грануляционной, внутреннего – многослойный плоский эпителий. Чаще всего из-за анатомо-топографических особенностей челюстей, кисты растут в сторону преддверия рта. Киста, возникшая в результате гранулематозного периодонтита пердних зубов верхней челюсти, часто растёт в сторону грушевидного отверстия. В области премоляров и моляров верхней челюсти киста может расти также в направлении верхнечелюстной пазухи.

На нижней челюсти ввиду значительной плотности наружной и внутренней кортикальных пластинок киста растёт между ними, разрушая губчатое вещество.

Увеличение околокорневой кисты происходит медленно в течение ряда лет. По мере роста кисты происходит резорбция, перестройка окружающей её костной ткани.

Истончённая кость при надавливании пружинит, иногда появляется крепитация, симптом «пергаментного хруста».

Когда происходит рассасывание передней костной стенки кисты, при пальпации обнаруживается симптом флюктуации. Давление кисты на корни зубов вызывает изменение положения оси зубов. Корни веерообразно расходятся, а коронки сходятся.

При нагноении кист, проявляются клинические признаки острого воспаления.

С помощью рентгенограмм определяют локализацию, размер кисты, её взаимоотношение с полостью носа, верхнечелюстной пазухой, нижнечелюстным каналом и зубами.

Радикулярная киста – очаг деструкции с ровными и четкими краями округлой или овальной формы. В полости кисты находятся корни причинных зубов.

Фолликулярная киста - очаг деструкции кости с находящимся в нем ретенированным зубом или его зачатком.

Хирургическое лечение кист.

Цистотомия. Показания – большие размеры кист, их нагноение, опасность обнажения верхушек корней передних зубов, близость верхнечелюстной пазухи, полости носа, нижнечелюстного канала.

Цистэктомия. Показания – небольшие размеры кист, расположенные в костных массивах. Предварительно производят депульпирование и пломбирование причинных зубов.

Цистотомию и цистэктомию производят под местном обезболивании. Разрез дугообразный или трапецивидный со стороны преддверия рта. Отслойка слизисто-надкостничного лоскута. Удаление передней костной стенки.

При цистотомии иссекают оболочку кисты и удаляют её содержимое. Верхушки корней резецируют, разрушенные зубы удаляют. Отпрепарированный слизисто-надкостничный лоскут вводят в кистозную полость и придавливают его йодоформным тампоном. Наличие эпителизированного входа в полость кисты определяет успех операции.. через 5-7 дней тампон удаляют, полость промывают и снова тампонируют в течение 2-3 х недель

При цистэктомии полностью вылущивают оболочку кисты по тем же принципам, резецирую корни причинных зубов, после чего на слизистую оболочку накладывают узловые швы. При обширных размерах кисты в полость можно вводить материалы стимулирующие костеобразование (коллаген).

При кистах больших размеров, заполняющих значительную часть верхнечелюстной пазухи, вначале операцию производят по тому же принципу, что и цистотомию, после этого иссекают перегородку между кистой и верхнечелюстной пазухой, затем накладывают широкое соустье с нижним носовым ходом. Рану преддверия рта ушивают.

VI Преподавательские заметки:

17. Проверка базовых знаний студентов по опросным листам. Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко, чётко. Не допускается дискуссия, пользование конспектом, учебниками (45 минут).
18. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту и ситуационной задаче. Дается 5-7 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задач между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления, оценивает знание. Можно разделить студентов на 2-3 подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия. Через 5-7 минут обдумывания и решения задач приступают к обсуждениям между подгруппами. Таким образом ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия (45 минут)
19. Практическая часть проводится в клинике (в лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная). Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализирует полученные данные студент самостоятельно, ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Решаются ситуационные задачи для контроля уровня усвоения данной темы. (135 минут)
20. В конце занятия проводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической и практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл и объявляет его.

Преподаватель задает домашнее задание:

А. Контрольные вопросы следующей темы

В. Тема самостоятельных работ студента

С. Перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VII Раздаточный материал:

37. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов
38. Ситуационная задача
39. Тесты различного уровня сложности

VIII Оснащение практического занятия

39. Комплект муляжей с имитацией одонтогенных кист,
40. Альбом по теме,
41. Больные.
42. Тематические учебные таблицы и слайды, диапроектор.

43. Атлас по заболеваниям кожи и слизистой оболочки полости рта.

IX Виды контроля знаний, умения и навыков:

Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больными, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

X Самостоятельная работа студентов:

1. Составить схему патогенеза одонтогенных кист челюстей.
2. Составить схему диагностики различных видов кист одонтогенного происхождения
3. Составить таблицу дифференциальной диагностики одонтогенных кист
4. Реферат на тему «К вопросам об этиопатогенезе одонтогенных кист».

XI Контрольные вопросы:

1. Этиология и патогенез одонтогенных кист.
2. Клинические проявления одонтогенных кист.
3. Методы диагностики одонтогенных кист.
4. С чем дифференцируют одонтогенные кисты.
5. Методы лечения одонтогенных кист.
6. Ведение больных после цистотомии и цистэктомии

XII Рекомендуемая литература:

Основная:

51. Боровский Е.В. с соавторами. Стоматология. Руководство к практическим занятиям. М.: Медицина 1987 г
52. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. М.: Медицина 1998 г
53. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. М.: 1998 г
54. Шаргородский А.Г. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. М.: М 1999 г
55. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии .М.: М 1983 г

Дополнительная:

- 51.Бернадский Ю.М. Основы хирургической стоматологии. Киев 1998 г
- 52.Машкиллейсон А.А. Предрак красной каймы губ и СОПР. М.: М 1970 г
- 53.Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: М 1989 г
- 54.Рентгендиагностика заболеваний ЧЛЮ. Под редакцией Рабухиной. 1991 г
- 55.Шанин А.П. Опухоли кожи, их происхождение, клиника и лечение. Л.: М 1969 г

ТЕСТЫ

1. Корневая киста образуется в результате:

- а) порока развития зубного фолликула
- б) воспаления в переодонте
- в) неопластического процесса в переодонте
- г) наследственного фактора
- д) этиология неизвестна

2. Клиника при развитии радикулярной кисты может быть:

- а) бессимптомной
- б) малосимптомной
- в) выраженной
- г) все перечисленные
- д) нет верного ответа

3. В патогенезе фолликулярных кист имеет значение:

- а) порок развития зубного фолликула
- б) гипоплазия эмали
- в) повреждение зубного фолликула
- г) инфицирование зубного фолликула
- д) флюороз

4 Цистотомия применяется:

- а) при малых размерах кист
- б) при неосложнённой клинике
- в) при нагноении
- г) при сопутствующем ОРЗ
- д) нет правильного ответа

5. Цистэктомия показана

- а) при малых размерах кист
- б) при неосложнённой клинике
- в) при нагноении
- г) при сопутствующем ОРЗ
- д) нет правильного ответа

6. В случае замещения костных полостей при цистэктомии используют:

- а) эмбриопласт
- б) коллапол
- в) йодоформенную турунду
- г) все перечисленные
- д) а и б

7. Киста носонёбного канала относится к:

- а) одонтогенным
- б) неодонтогенным
- в) смешанного генеза

- г) все перечисленные
- д) нет верного ответа

ОТВЕТЫ

- 1 – б
- 2 – г
- 3 – а
- 4 – в
- 5 – а
- 6 – д
- 7 – б

Ситуационные задачи

1. Больная, 37 лет направлена ЛОР врачом к стоматологу на консультацию с диагнозом опухоль верхней челюсти, так как при риноскопии обнаружено выбухание дна носовой полости в переднем отделе. Со стороны полости рта фронтальные верхние зубы интактны. К ЛОР врачу больная обратилась по поводу насморка. Какой вероятный диагноз. Укажите план лечения.

2. У больного 21 год, по переходной складке в области верхнего второго моляра имеется свищ с небольшим гнойным отделяемым. Ранее неоднократно в этой области проводилась перостомия. Верхние премоляры и третий моляр справа переодонитные. Ваш предварительный диагноз и план лечения.

3. На рентгенограмме больной в области корней 1234 нижних зубов справа имеется тень округлой формы с четкими границами. 5 нижний зуб справа запломбирован на $\frac{2}{3}$ длины корня. План лечения. Методы обследования.

Тема 13: «Остеогенные опухоли челюстей. Клиника. Диагностика. Лечение.»

II Цель занятия:

Научить студентов методам обследования больных с первичными костными опухолями.

Научить студентов проводить дифференциальную диагностику между первичными доброкачественными и первичными злокачественными костными опухолями.

Научить составлять комплексный план лечения при первичных злокачественных и доброкачественных костных опухолях.

III Задачи практического занятия:

- Обсудить вопросы этиологии различных костных опухолей.
- Рассмотреть методы дополнительного обследования больных с остеогенными опухолями челюстей.
- Познакомиться с особенностями патогенеза опухолевого процесса в кости.
- Обсудить клинические проявления остеогенных опухолей.

- Научить дифференцировать остеогенные опухоли челюстей.
- Ознакомить с методами лечения остеогенных опухолей челюстей.

IV Ожидаемые результаты:

- Студент должен знать вопросы этиологии и патогенеза остеогенных опухолей.
- Студент должен знать клинические проявления остеогенных опухолей.
- Студент должен освоить диагностику остеогенных опухолей.
- Студент должен научиться дифференциальной диагностике различных видов остеогенных опухолей.
- Студент должен знать методы лечения остеогенных опухолей на современном уровне.

V Содержание практических занятий:

Остеома-доброкачественная опухоль из костной ткани. Различают:

- компактные
- спонгиозные
- смешанные

По мере роста опухоль вызывает деформацию челюсти, эстетические и функциональные расстройства. Клиника определяется размерами, локализацией и направлением роста опухоли. В случаях прорастания в верхнечелюстную пазуху наблюдается нарушение носового дыхания, сильные боли из-за сдавления ветвей тройничного нерва.

При прорастании в орбиту – экзофтальм, слезотечение, диплопия, сужение полей зрения.

Остеоид-остеома и остеобластома являются доброкачественными остеогенными опухолями. Для остеоид-остеомы характерны интенсивные боли, которые носят локальный, сверлящий и колющий характер. Некоторые объясняют это склерозом окружающей костной ткани в области опухоли.

Остеобластомы отличаются от остеоид-остеомы лишь размерами и отсутствием зоны реактивного костеобразования. Нет болевого синдрома.

Рентгенограмма остеоид-остеомы – разряжение кости до 1 см с четкими контурами и окружающей склерозированной костью, в центре очага может наблюдаться уплотнение костного характера. При остеобластоме – нет зоны реактивного костеобразования, участок разряжения больших размеров.

Гигантоклеточная опухоль (остеокластома) – чаще встречается на нижней челюсти. Клеточный состав представлен одноядерными остеобластами и многоядерными остеокластами. Опухоль характеризуется своеобразным кровотоком. Кровеносный сосуд расположен по периферии опухоли, а кровяные элементы находятся в лакунах, среди тканевых структур. Поскольку кровь циркулирует медленно, происходит их оседание и распад. Образующийся гемосидерин придает опухоли бурый цвет. В участках опухоли возникает кровяные и серозные костные кисты, которые могут быть одно и многокамерные.

В зависимости от рентгенкартины остеокластомы бывают:

- ячеистая – множество мелких камер, отделенных друг от друга полными или неполными перегородками

- диффузно-остеокластическая – гомогенный дефект кости

Диффузно-остеокластическая форма растет быстро. Первые признаки: боль затем появляется припухлость. При прорастании в полость рта слизистая оболочка приобретает синюшно-багровый цвет, под которой пальпируется мягкотканное образование.

Ячеистая форма развивается вначале бессимптомно, кость утолщена, имеет веретинообразную форму. Слизистая оболочка бледно-розовая. Может появиться симптом пергаментного хруста, который объясняется многочисленными надломами компактного слоя в кости.

Дифференциальную диагностику проводят:

1. амелобластома – излюбленная локализация, при её пункции обнаруживается опалесцирующая жидкость богатая холестерином. При остеокластоме – кровянистая жидкость, несодержащая холестерин.

2. одонтогенная киста - при её пункции обнаруживается опалесцирующая жидкость богатая холестерином.

3. фиброзная дисплазия – отсутствует резорбция кости с образованием кровяных озёр и кист; характерно чередование очагов разряжения с участками склероза.

4. эозинофильная гранулёма – «зуд» и боль в интактных зубах, кровоточивость десен, постепенное расшатывание зубов, остеолиз.

Окончательный диагноз устанавливается на основании цитологического и гистологического исследования.

Лечение гигантоклеточных опухолей хирургическое. Вопрос о возможности лучевого лечения остаётся дискуссионным. Под воздействием лучевой терапии остеокластома «созревает», заканчивая свой биологический цикл с исходом в окостенение. Эффект наступает не сразу (10-14 месяцев).

VI Преподавательские заметки:

21. Проверка базовых знаний студентов по опросным листам. Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко, чётко. Не допускается дискуссия, пользование конспектом, учебниками (45 минут).
22. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту и ситуационной задаче. Дается 5-7 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задач между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления, оценивает знание. Можно разделить студентов на 2-3 подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия. Через 5-7 минут обдумывания и решения задач приступают к обсуждениями между подгруппами. Таким образом ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия (45 минут)
23. Практическая часть проводится в клинике (в лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная). Опрос и осмотр больного

проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализирует полученные данные студент самостоятельно, ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Решаются ситуационные задачи для контроля уровня усвоения данной темы. (135 минут)

24. В конце занятия проводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической и практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл и объявляет его.

Преподаватель задает домашнее задание:

А. Контрольные вопросы следующей темы

В. Тема самостоятельных работ студента

С. Перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VII Раздаточный материал:

40. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов
41. Ситуационная задача
42. Тесты различного уровня сложности

VIII Оснащение практического занятия

44. Комплект муляжей с имитацией остеогенных опухолей челюстей,
45. Альбом по теме,
46. Больные.
47. Тематические учебные таблицы и слайды, диапроектор.
48. Атлас по заболеваниям кожи и слизистой оболочки полости рта.

IX Виды контроля знаний, умения и навыков:

Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больными, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

X Самостоятельная работа студентов:

1. Составить схему патогенеза остеогенных опухолей челюстей.
2. Составить схему диагностики различных видов опухолей остеогенного происхождения
3. Составить таблицу дифференциальной диагностики остеогенных опухолей.
4. Реферат на тему «Новые методы диагностики на ранних этапах остеогенных опухолей».

XI Контрольные вопросы:

1. Этиология и патогенез остеогенных опухолей.
2. Клинические проявления остеоид-остеомы.
3. В чем различия остеоид-остеомы и остеобластомы.
4. С чем дифференцируют остеокластомы.
5. Методы лечения гигантоклеточной опухоли.
6. Рентгенологические признаки остеобластокластомы.

XII Рекомендуемая литература:

Основная:

56. Боровский Е.В. с соавторами. Стоматология. Руководство к практическим занятиям. М.: Медицина 1987 г
57. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. М.: Медицина 1998 г
58. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. М.: 1998 г
59. Шаргородский А.Г. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. М.: М 1999 г
60. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии .М.: М 1983 г

Дополнительная:

- 56.Бернадский Ю.М. Основы хирургической стоматологии. Киев 1998 г
- 57.Машкиллейсон А.А. Предрак красной каймы губ и СОПР. М.: М 1970 г
- 58.Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: М 1989 г
- 59.Рентгендиагностика заболеваний ЧЛЮ. Под редакцией Рабухиной. 1991 г
- 60.Шанин А.П. Опухоли кожи, их происхождение, клиника и лечение. Л.: М 1969 г

ТЕСТЫ

1. Из остеогенных опухолей чаще всего встречаются:
 - а) остеома
 - б) остеоид-остеома
 - в) хондрома
 - г) остеокластома
 - д) фиброзная дисплазия
2. При цитологическом исследовании пунктата остеокластомы не находят:
 - а) эритроциты
 - б) лейкоциты
 - в) эпителиальные клетки
 - г) остеобласты
 - д) остеокласты
3. Рентгенкартина остеокластомы напоминает таковую при:
 - а) остеоме
 - б) остеоид-остеоме
 - в) твердой одонтоме

- г) амелобластоме
- д) цементоме

4. При лечении остеокластом проводят:

- а) лучевую терапию
- б) вылушивание
- в) криохирургию
- г) цистотомию
- д) резекцию челюсти

5. После хирургического лечения остеокластом, костную пластику проводят:

- а) одномоментно
- б) через 3 мес
- в) через 6 мес
- г) через год
- д) не проводят

6. Удаление остеомы проводится:

- а) по эстетическим показаниям
- б) по функциональным
- в) по жизненным
- г) всегда
- д) не проводится

7. Из остеогенных опухолей челюстей чаще озлокачивается:

- а) остеома
- б) остеоид-остеома
- в) хондрома
- г) остеокластома
- д) мягкая одонтома

Ситуационная задача

1. Больной, 35 лет, обратился с жалобами на плотное безболезненное образование в правой подглазничной области. Пальпаторно – по нижнему краю правой глазницы определяется плотное неподвижное образование. Заметил около 3-х лет назад. Не беспокоит медленно увеличивается. На рентгенограмме определяется контрастное образование «плюс ткань». Установите диагноз. План лечения.

2. Мужчина 30 лет, обратился с жалобами на постоянные боли в области угла нижней челюсти справа. 6,7 нижние справа отсутствуют. Со слов больного зубы были удалены 2 недели назад, перед удалением были здоровыми, но подвижными. Боли не прекратились, лунки не заживали. На рентгенограмме. Остеопароз кости на нижней челюсти. По нижнему краю определяется симптом козырька. Предварительный диагноз. План лечения.

3. Больная, 25 лет, обратилась с жалобами на ноющую тупую боль в области угла нижней челюсти справа. Со слов больной после удаления 6,7 нижних справа, лунки долго не заживали, из них выделяется мутно бурая жидкость. На рентгенограмме – в области угла нижней челюсти справа отмечается резорбция кости

Тема 10: «Неостеогенные опухоли челюстей. Клиника. Диагностика. Лечение.»

II Цель занятия:

Научить студентов методам обследования больных с неостеогенными опухолями челюстей.

Научить студентов проводить дифференциальную диагностику между различными видами неостеогенных челюстных опухолей.

Научить ранним методам диагностики различных видов неостеогенных челюстных опухолей.

III Задачи практического занятия:

- Обсудить вопросы этиологии различных видов неостеогенных опухолей челюстных костей.
- Рассмотреть методы дополнительного обследования больных с неостеогенными опухолями челюстей.
- Познакомиться с особенностями патогенеза различных видов неостеогенных опухолей челюстной кости.
- Обсудить клинические проявления разных видов неостеогенных опухолей
- Научить дифференцировать неостеогенные опухоли челюстных костей.
- Ознакомить с методами диагностики неостеогенных опухолей.

IV Ожидаемые результаты:

- Студент должен знать клинические проявления разных видов неостеогенных опухолей челюстей.
- Студент должен освоить диагностику неостеогенных опухолей челюстей.
- Студент должен научиться дифференциальной диагностике различных видов неостеогенных опухолей челюстей.
- Студент должен знать методы ранней диагностики и лечения неостеогенных опухолей челюстей на современном уровне.

V Содержание практических занятий:

Внутрикостная фиброма-это первичная опухоль кости челюсти.Опухоль преимущественно обнаруживается у детей до 5 лет, чаще у мальчиков и в большинстве случаев локализуется в нижней челюсти.

Опухоль характеризуется солитарным очагом в одной кости. Развитие начинается внезапно, безболезненно, без внешней ясной причины, без временного замедления или приостановке роста.

Изменения кожи над опухолью зависит от ее размеров. При малых размерах кожа не изменена, при больших - истончена, бледновато-синюшного цвета.

В поздних стадиях опухоль неподвижно спаяна с костью, плотно-эластическая, малоблезненная при пальпации. Поверхность гладкая. Слизистая оболочка истончена бледная или багрово-синюшная. При больших размерах обнаруживаются изъязвления и опухоль кровоточит. Переходная складка свободна или сглажена.

На рентгенограмме неправильно-округлой или овальной формы малоинтенсивное однородное образование, расположенное в кости. К моменту выявления обнаруживаются изменения кортикальной пластинки-«бахромчатый периостит» - результат реактивного остеогенеза. На верхней челюсти рентгенологически выявляется тень поражения без резко выраженной границы в виде полосы разрежения или склеротического ободка. Гомогенная тень может иметь в центре участки просветления. В окружающих костях признаков разрушения нет.

Окончательный диагноз устанавливается на основании клинико-рентгенологического и микроскопического сопоставления.

Лечение только хирургическое: резекция челюсти полная или частичная.

Хондрома. Опухоль состоящая из зрелой хрящевой ткани. Бывает одиночной и множественной. В челюстных костях обнаруживается в виде солитарного узла. Большинство хондром эмбрионального происхождения. Встречается чаще на верхней челюсти в переднем отделе по ходу срединного шва или в толще кости. Отмеченная локализация может быть одним из диагностических признаков. Развитие хондром нижней челюсти связывают с остатками Меккелевого хряща. Хондромы могут озлокачиваться.

Дифференцировать хондромы приходится с очаговой формой фиброзной дисплазии и одонтогенными кистами.

Лечение – хирургическое.

Внутрикостная гемангиома. По отношению к пораженным тканям подразделяют на:

- ственно остную
- смешанную
- мягкотканную

Внутрикостная гемангиома челюстей изолированно встречается редко. Диагностика гемангиомы верхней челюсти не представляет значительных затруднений, благодаря выраженной пульсации новообразования в отличие от нижней челюсти. Опухоль нижней челюсти долго остается бессимптомной и диагностируется при удалении зуба или рентгендиагностике. Отмечается незначительная деформация нижней челюсти за счет умеренного вздутия.

На рентгенограмме при кавернозной гемангиоме в толще тела челюсти четко определяются участки разрежения кости в форме ячеек или одной большой полости, по периферии которой можно выявить множество мелких полостей. При пункции получают свежую кровь. Рентгенологически дифференцируют с остеокластомой, амелобластомой и фиброзной дисплазией.

Лечение внутрикостной гемангиомы нижней челюсти проводят двумя методами:

- резекция челюсти с одномоментной костной пластикой
- биологическая пластическая тампонада

При высоком риске используют лучевую терапию

Миксома. Встречается редко. Чаще поражает нижнюю челюсть. Источником развития являются резервные недифференцированные клетки мезенхимы зубного зачатка.

Клинически отмечается утолщение пораженного участка кости, который имеет различную протяженность. При пальпации ощущается плотное безболезненное новообразование с гладкой поверхностью. В результате сдавления нижнего луночкового нерва может отмечаться симптом Венсана. При выраженном развитии наблюдается расшатывание и смещение зубов.

Рентгенологически определяется деструкция кости в виде овальных или округлых участков. На фоне участка деструкции могут выявляться костные перекладины, придающие крупнопетлистый или сетчатый рисунок.

Диагностика миксомы сложна. Дифференцируют с амелобластомой, остеокластомой, фолликулярной кистой.

Лечение – хирургическое. Резекция в пределах здоровой кости.

VI Преподавательские заметки:

25. Проверка базовых знаний студентов по опросным листам. Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко, чётко. Не допускается дискуссия, пользование конспектом, учебниками (45 минут).
26. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту и ситуационной задаче. Дается 5-7 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задач между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления, оценивает знание. Можно разделить студентов на 2-3 подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия. Через 5-7 минут обдумывания и решения задач приступают к обсуждениями между подгруппами. Таким образом ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия (45 минут)
27. Практическая часть проводится в клинике (в лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная). Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализирует полученные данные студент самостоятельно, ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Решаются ситуационные задачи для контроля уровня усвоения данной темы. (135 минут)
28. В конце занятия проводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической

и практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл и объявляет его.

Преподаватель задает домашнее задание:

А. Контрольные вопросы следующей темы

В. Тема самостоятельных работ студента

С. Перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VII Раздаточный материал:

43. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов

44. Ситуационная задача

45. Тесты различного уровня сложности

VIII Оснащение практического занятия

49. Комплект муляжей с имитацией неостеогенных опухолей костей лицевого скелета

50. Альбом по теме,

51. Больные.

52. Тематические учебные таблицы и слайды, диапроектор.

53. Атлас по заболеваниям кожи и слизистой оболочки полости рта.

IX Виды контроля знаний, умения и навыков:

Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больными, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки во внеурочное время.

X Самостоятельная работа студентов:

1. Составить схему распространённости неостеогенных опухолей челюстей.

2. Составить схему диагностики различных видов неостеогенных опухолей челюстей.

3. Составить таблицу дифференциальной диагностики неостеогенных опухолей челюстей.

4. Реферат на тему «Миксома. Новые методы диагностики. Лечение».

XI Контрольные вопросы:

1. Внутрикостная фиброма. Клиника. Диагностика. Лечение.

2. Хондрома. Клинические проявления.

3. Особенности клиники миксомы.

4. Клиника, диагностика и лечение внутрикостной гемангиомы.

5. Этиопатогенез неостеогенных опухолей челюстей.

XII Рекомендуемая литература:

Основная:

61. Боровский Е.В. с соавторами. Стоматология. Руководство к практическим занятиям. М.: Медицина 1987 г
62. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. М.: Медицина 1998 г
63. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. М.: 1998 г
64. Шаргородский А.Г. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица. М.: М 1999 г
65. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии .М.: М 1983 г

Дополнительная:

- 61.Бернадский Ю.М. Основы хирургической стоматологии. Киев 1998 г
- 62.Машкиллейсон А.А. Предрак красной каймы губ и СОПР. М.: М 1970 г
- 63.Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: М 1989 г
- 64.Рентгендиагностика заболеваний ЧЛЮ. Под редакцией Рабухиной. 1991 г
- 65.Шанин А.П. Опухоли кожи, их происхождение, клиника и лечение. Л.: М 1969 г

ТЕСТЫ

1. В каком возрасте чаще всего обнаруживают внутрикостную фиброму
 - а) до 5 лет
 - б) после 25-30 лет
 - в) 40-50 лет
 - г) в любом возрасте
 - д) не встречается
2. В какой кости чаще развивается внутрикостная фиброма
 - а) верхняя челюсть
 - б) нижняя челюсть
 - в) скуловая кость
 - г) лобная кость
 - д) кости носа
3. Характерный диагностический признак при внутрикостной гемангиоме верхней челюсти
 - а) пульсация
 - б) течение бессимптомное
 - в) симптом флюктуации
 - г) симптом дрожащей гранулёмы
 - д) крепитации
4. Причины развития хондром на нижней челюсти
 - а) большая плотность
 - б) остатки Меккелевого хряща
 - в) островки Лангерганса
 - г) наследственность
 - д) большая подвижность

5. Метод(ы) лечения внутрикостной гемангиомы
- а) биологическая пластическая тампонада
 - б) вылушивание кости
 - в) резекция кости в пределах здоровой ткани
 - г) резекция с одномоментной костной пластикой
 - д) а и г
6. Что получают при пункции внутрикостной гемангиомы?
- а) гной
 - б) серозная жидкость
 - в) чистая кровь
 - г) серозная жидкость с примесью крови
 - д) ничего не получим
7. При какой неостеогенной опухоли встречается «бахромчатый периостит»?
- а) внутрикостная гемангиома
 - б) внутрикостная фиброма
 - в) миксома
 - г) хондрома
 - д) нет правильного ответа

ОТВЕТЫ

- 1 – а
- 2 – б
- 3 – а
- 4 – б
- 5 – д
- 6 – в
- 7 – б

Ситуационные задачи

1. В стоматологическую поликлинику обратился больной 20 лет с жалобами на постоянное небольшое кровотечение возле нижнего переднего зуба. Кровотечение началось около суток назад после травмы. На рентгенограмме определяется участки разряжения в форме округлых ячеек в области 123 нижних зубов справа. Предварительный диагноз. Методы обследования. Лечение.

2. Больная, 8 лет, обратилась с жалобами на деформацию альвеолярного отростка верхней челюсти. При осмотре в области срединного шва на альвеолярном отростке в переднем отделе отмечается опухолеподобное выбухание, слизистая оболочка бледно-розового цвета. Имеется диастема верхнего зубного ряда. Предварительный диагноз. План лечения.

3. В приемное отделение стоматологии на скорой помощи была доставлена больная 13 лет в тяжелом состоянии. Жалобы на кровотечение из лунки

удаленного зуба, общая вялость, головокружение, отсутствие аппетита. Из анамнеза: сегодня около 5-ти часов назад был удален верхний премоляр слева по ортодонтическим показаниям. Локально бледность кожных покровов. Со стороны полости рта имеется лунка свежееудаленного зуба. На противоположной челюсти симметричный зуб был удален безо всяких осложнений. Ваш предварительный диагноз. Дополнительные методы обследования.

Тема 11. Опухоли слюнных желез (полиморфная аденома, мономорфная аденома, мукоэпидермальная опухоль, аденокарцинома). Клиника, диагностика, лечение. Аденомы, классификация, особенности диагностики. Принципы лечения эпителиальных опухолей слюнных желез.

Преподаватель: Абдувахидов Д.А.

Количество часов: 6 часов

II. Цель занятия:

На основе знаний физиологии слюнных желез обучить студентов диагностике наиболее часто встречающихся опухолей слюнных желез, принципам лечения и правильному определению больных на специальное лечение.

III. Задачи практического занятия

1. Анатомо-топографическая особенность слюнных желез.
2. Познакомиться с классификацией опухолей слюнных желез.
3. Обсудить клинические проявления опухолей слюнных желез.
4. Рассмотреть методы дополнительного обследования больных с опухолями слюнных желез.
5. Ознакомить с принципами хирургических методов лечения опухолей слюнных желез.

IV. Ожидаемые результаты:

1. Студент должен знать анатомо-функциональные особенности слюнных желез.
2. Студент должен знать клинко-морфологические формы опухолей слюнных желез.
3. Уметь проводить опрос больного с заболеваниями опухолей слюнных желез.
4. Уметь читать сиалографии опухолей слюнных желез.
5. Студент должен знать промывания, зондирования, введение лекарственных контрастных веществ в протоки желез.
6. Студент должен знать сбора материала на цитологическое, гистологическое, микробиологическое обследование.
7. Научиться проводить клиническое обследование больного (осмотр, пальпация тканей опухоли слюнных желез).
8. Уметь обобщать полученные результаты обследования данных для постановки диагноза.
9. Выучить схему лечения доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желез.
10. Ознакомить с современными методами диагностики: компьютерная томография, радиосиалография, сканирование, термовизиография.

V. Содержание практических занятий.

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальные темы занятия, акцентирует внимания студентов на проблемных вопросах, объясняет необходимость изучения, диагностики и лечения больных с заболеваниями опухолей слюнных желез.

В теоритической части, прежде чем рассматривать вопросы изучаемой темы преподаватель активизирует полученные прежде знания об особенностях опухолей слюнных желез.

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Классификация заболеваний опухолей слюнных желез.
2. Дополнительные методы обследования больных с заболеваниями опухолей слюнных желез.

3. Эпителиальные опухоли: аденомы – полиморфную и мономорфную. Клиника, диагностика, лечение.
4. Мукоэпидермоидная опухоль. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
5. краткое изложение рассматриваемых вопросов. Международная гистологическая классификация ВОЗ.

I Эпителиальные опухоли

A. Аденома:

1. полиморфная
2. мономорфная

Б. Мукоэпидермоидная опухоль

В. Ацинозно – клеточная опухоль

Г. Карциномы:

1. Аденокистозная карцинома
2. Аденокарцинома
3. Эпидермоидная карцинома
4. Недифференцированная карцинома
5. Карцинома в полиморфной аденоме

II Неэпителиальные опухоли

A. Доброкачественные

1. Гемангиома
2. Гемангиоперицитомы
3. Неврилеммома
4. Нейрофиброма
5. Липома

Б. Злокачественные

1. Ангиогенная саркома
2. Рабдомиосаркома
3. Веретенчатая саркома

III Неклассифицированные опухоли

IV Сходные опухолеподобные поражения – доброкачественные лимфоэпителиальные поражения, сиалоз, онкоцитоз.

Опухоли слюнных желез.

По гистогенезу различают эпителиальные и неэпителиальные опухоли слюнных желез.

Эпителиальные опухоли: аденомы – полиморфную (плеоморфную) и мономорфную с ее разновидностями, мукоэпидермоидную опухоль, а также группу карцином – аденоклеточную, эпидермоидную и карциному в полиморфной аденоме.

Полиморфная аденома (смешанная опухоль) – эта доброкачественная опухоль – наиболее распространенная, встречается в 72% случаев всех эпителиальных опухолей слюнных желез. По частоте поражения на первом месте стоит околоушная слюнная железа, на втором – слюно-слюнные железы неб, затем собственно поднижнечелюстная и малые слюнные железы губы, щеки, языка.

Полиморфная аденома растет безболезненно, медленно, в течение нескольких лет, может достигать больших размеров, вызывая деформацию лица. При обследовании опухоли в области слюнной железы, подвижная часть с бугристой поверхностью. Консистенция плотно – эластическая. Кожа над ней не изменяется, свободно собирается в складку. Слюноотделительная функция железы не страдает.

Полиморфная аденома имеет капсулу. Диагноз устанавливают на основании клинических, рентгенологических, гистологических и цитологических исследований пунктата, который получают в иглу в виде краснообразной беловатой массы.

Биопсия опухоли позволяет судить о характере в 100% случаях. При диагностике можно применять методику двойного контрастирования околоушной слюнной железы. Этот метод

даёт возможность установить размеры, характер и локализацию новообразования околоушной слюнной железы.

Диф. диагностику полиморфной аденомы необходимо проводить с саркоматазными и раковыми поражениями слюнных желез, для которых и характерен значительно более быстрый рост.

Лечение. Опухоль нижнечелюстной или подъязычной слюнной железы удаляют вместе с железой. Опухоль расположенную на небе, щеке, губах иссекают в пределах здоровых тканей. Паротитэктомия с сохранением ветвей лицевого нерва при рецидиве опухоли. Доступ к железе осуществляют двумя известными методами – Кольтуновича и Редона. Операцию в первом случае начинают с обнажения периферического отдела лицевого нерва, во втором – центрального ствола.

Операция – паротитэктомия с сохранением ветвей лицевого нерва. Разрез кожи проводят впереди ушной раковины на 2-3 мм, начиная от волосистой части виска, окаймляют мочку уха и продолжают в позадичелюстной и поднижнечелюстной областях. Отпрепарывают кожно-жировой лоскут и отводят кпереди. Обнажают околоушно-жевательную фасцию и передний край железы. Если отпрепаровку ветвей лицевого нерва начинать с периферического отдела, определить расположение средней ветви, которую находят рядом с протоком околоушной железы на линии, соединяющей козелок с углом рта. Ее освобождают от тканей до места деления ствола, затем выделяют из железы верхнюю и нижнюю ветви, удерживая нитями – держалками для меньшей травмы. Удаляют поверхностный слой железы перевязывают и пересекают слюнный проток. Приподнимая ветви нерва, отпрепаровывают глубокий и глоточный отделы железы и также удаляют их вместе с опухолью, по ходу перевязывают наружную сонную артерию.

При операции по методу Редона после отведения кожно-жирового лоскута освобождают задний край железы и перевязывают наружную сонную артерию. Затем находят ствол лицевого нерва в глубине раны между сочлепидным отростком и задним краем ветви нижней челюсти. Определяют место разветвления нерва и отпрепаровывают все три основные ветви. Дальнейший ход операции идентичен отмечанной.

Мономорфная аденома. Эта доброкачественная опухоль встречается в среднем в 7% случаев всех опухолей слюнных желез. По клинко - рентгенологической картине сходен с полиморфной аденомой, однако, рост ее более медленный.

Микроскопическая мономорфная аденома отличается однородностью структуры, в ее составе в отличие от полиморфной аденомы отсутствует мезенхимоподобная ткань.

Лечение мономорфной аденомы хирургическое.

Мукоэпидермоидная опухоль. Эта опухоль характеризуется местным инфильтративным ростом. Опухоль поражает околоушную слюнную железу и малые слизисто-слюнные железы ретромолярной области и неба.

Различают высокодифференцированный и низкодифференцированный варианты опухоли. Высокодифференцированная мукоэпидермоидная опухоль клинически протекает как полиморфная аденома отличаясь от нее ограничением подвижности и иногда спаянностью с кожей. Низкодифференцированная опухоль имеет злокачественное течение по сравнению с раком характеризуется относительно медленным ростом (до 3 лет), метастазирует лимфогенным путем.

Лечение должно быть комбинированным: предоперационная телеграмматерапия и радикальное иссечение опухоли в месте со всей железой.

Аденокистозная карцинома – злокачественная опухоль, наиболее часто встречается в малых слизисто-слюнных железах неба, реже в околоушной и др.

В начале опухоль медленно увеличивается, однако отмечают нередкие боли даже при небольших, что объясняется ростом по перинеуральным цепям. Локализуясь на небе опухоль разрушает небную пластинку и распространяется в верхнечелюстную пазуху. Слизистая оболочка, покрывающая опухоль приобретает синюшную окраску. Пальпаторно опухоль плотно-эластичной консистенции.

При расположении в околоушной слюнной железе отмечается спаянность опухоли с окружающей железистой тканью, однако паралич мимической мускулатуры наблюдается

крайне редко. Характерной особенностью аденокистозной карциномы является ранее метастазирование гематогенным путем в легкие.

Лечение комбинированное.

В практической части занятия проверяется больных по теме, если тематических больных нет, студенты, создав группы по 3 человек, один из которых имитирует больного с различными заболеваниями опухолей слюнных желез. другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания), осмотр (визуальный, пальпаторный) опухолей слюнных желез. при этом оцениваются знания как студента «больного», правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента «врача» - несколько корректно, логично, целенаправленно со знанием темы проводит обследования больного.

При обследовании больных необходимо научить студента определить размер опухоли, консистенцию, подвижность, болезненность или безболезненность при пальпации.

В аналитической части занятия проводится решением ситуационных задач по теме занятия II уровня сложности (приложение).

В конце занятия проводится обсуждение полноты теоритический знаний студентов, правильности проведения этапов обследования больных, интерпритации ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждого из студентов.

V. Преподавательские заметки.

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам содержащим контрольные вопросы (приложение I). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен отвечать. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко, четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками (45 минут).
2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационной задачи. Дается 5 – 7 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение и задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления, оценивает знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче, по теме занятия (приложение 2). Через 5 – 7 минут обдумывания и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия (45 минут).

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (в лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы.

Анализируя полученные данные студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля уровня усвоения данной темы (приложение 4). (135 минут).

4. В конце занятия проводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляют рейтинговый балл, объявляют его. Преподаватель задает домашнее задание:

А. Контрольные вопросы следующей темы.

В. Темы самостоятельных работ студента

С. Перечень дополнительной литературы (24 минут).

VI. Раздаточный материал

1. контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 1).

2. Ситуационные задачи (приложение 2).
3. Тесты I уровня сложности (приложение 3).
4. Тесты II уровня сложности (приложение 4).

VII Оснащение практического занятия

1. Диапротектором , слайды опухолей слюнных желез.
2. Плакаты, альбомы отображающие заболевания слюнных желез.
3. Сиалографические снимки больных с заболеваниями слюнных желез.
4. Другие тематические учебные таблицы.
5. Тематические учебные методы.
6. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель и др.).

VIII. Виды контроля знаний, умений и навыков. Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общения с больным, заполнение медицинской документации) и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнале. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

IX. Самостоятельная работа студента.

1. Составить таблицы дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желез.
2. составить таблицы классификации опухолей слюнных желез по В.П.Паникеровскому.

X. Контрольные вопросы:

1. Гистологическая классификация опухолей слюнных желез (Паникаровский).
2. Частота поражения слюнных желез.
3. Методы диагностики опухолей слюнных желез.
4. Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных слюнных желез.
5. Основные методы лечения опухолей слюнных желез.
6. Особенности клинико-морфологической картины и лечения полиморфной аденомы.
7. Клиническая картина и лечение аденокарциномы.
8. Перечислите неэпителиальные новообразования слюнных желез.
9. Значения сиалографии для диагностики опухолей слюнных желез.

Литература:

1. А.И.Евдокимов, Г.А.Васильев «Хирургическая стоматология» 1964 г.
2. Пачи И.А. «Опухоли головы и шеи» 1989 г.
3. Л.Сазона «Болезни слюнных желез» Прага 1989 г.
4. Т.Г.Робустова «Хирургическая стоматология» М. 1990 г.

II. Ситуационные задачи:

Ситуационная задача № 2

Больной, 49 лет, обратился в клинику с жалобами на наличие образования на границе твердого и мягкого неба, замеченного около пяти лет назад. При осмотре обнаружено безболезненное образование, плотно-эластичной консистенции с четкими границами, слизистая оболочка над ним не изменена, с подлежащей костью не спаяна. Регионарные лимфоузлы не увеличены, безболезненные.

- 1) О наличии какой опухоли можно думать
- 2) Какие дополнительные методы обследования следует использовать в диагностике.

Ответ

1. Полиморфная аденома слизистой оболочки в области границы твердого и мягкого неба.
2. Цитологический и рентгенологический методы исследования.

Ситуационная задача № 13

Больная, 56 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в области правой околоушной слюнной железы, которая обнаружена случайно 2 года назад. Отмечается увеличение в размерах, боли носят умеренный характер. Из перенесенных заболеваний отмечается гипертоническая болезнь и гастрит. В среднем отделе правой околоушной слюнной железы определяется новообразования, в диаметре до 4,0 см, с гладкой поверхностью, плотно-эластичной консистенции, ограниченно подвижная, безболезненная при пальпации. Наружная функция лицевого нерва не выявлено. При цитологическом исследовании определяется наличие эпидермальных и слизеобразующих клеток.

- 1) поставьте диагноз
- 2) приведите обоснование диагноза
- 3) составьте план лечения

Ответ

1. Мукоэпидермальная опухоль околоушной области справа.
2. На основании клинических и морфологических данных.
3. При доброкачественном течении – удаление опухоли с железой с сохранением ветвей лицевого нерва. При злокачественном сочетании хирургического и лучевого методов.

Ситуационная задача № 22

Больная, 62 года, обратилась с жалобами на наличие припухлости в правой области, которую обнаружил три месяца назад. За это время и появилась боль во время приёма пищи. Несколько лет назад больному проводилась операция удаления конкремента из протока поднижнечелюстной слюнной железы справа. В анамнезе отмечают язвенную болезнь желудка, аденома предстательной железы. Правая подчелюстная железа значительно увеличена в размерах, болезненная, плотной консистенции, не смещаемая. Кожные покровы над ней не изменены. Слюна из правого вортанова протока не выделяется. При рентгенологическом исследовании тени конкремента не выявлены. Пальпируются увеличенные поднижнечелюстные лимфатические узлы справа. У больной имеются участки лейкоплакии на слизистой оболочке щечных областей по линии смыкания зубов.

- 1) Поставьте диагноз
- 2) Проведите обоснование диагноза.
- 3) Составьте план лечения
- 4) Определите признаки не характерные для данного заболевания.

Ответ

1. Аденокарцинома правой поднижнечелюстной слюнной железы.
2. На основании анамнестических, клинических данных, наличие метастазов.
3. Комбинированные: лучевая терапия футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи вместе с железой.
4. Наличие лейкоплакии и удаление конкремента в анамнезе.

III. Контрольные тесты.

I. Уровень.

1. Доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является:

- а) карцинома
- б) цилиндрома
- в) мукоэпидермоидная
- г) ацинозноклеточная
- д) мономорфная аденома

2. Злокачественной эпителиальной опухолью слюнной желез является:

- а) онкоцитоз
- б) лимфаденома
- в) полиморфная аденома

- г) мономорфная аденома
- д) аденокистозная карцинома

3. Условно доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является:

- а) карцинома
- б) цилиндрома
- в) мукоэпидермоидная аденома
- г) ацинозноклеточная
- д) мономорфная аденома

4. Синоним смешанной опухоли:

- а) цилиндрома
- б) мукоэпидермоидная аденома
- в) ацинозноклеточная
- г) полиморфная аденома
- д) мономорфная аденома

5. Особенностью полиморфной аденомы является:

- а) циклическое развитие
- б) инфильтрирующий рост
- в) ранний распад опухоли
- г) мультицентрический рост
- д) наличие воспалительного компонента

6. Основным дополнительным методом исследования в диагностике опухолей слюнных желез является:

- а) изотопное
- б) цитология
- в) ультразвуковое
- г) сиалография
- д) термовизиография

7. Основным методом лечения аденокистозной карциномы является:

- а) химиотерапия
- б) хирургический
- в) лучевая терапия
- г) электрорезекция
- д) комбинированный

II Уровень:

1. Злокачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является:

- а) онкоцитоз
- б) лимфаденома
- в) аденокарцинома
- г) полиморфная аденома
- д) мономорфная аденома

1) а, б, в 2) б, в 3) в, г 4) в

2. Особенностью полиморфной аденомы является:

- а) циклическое развитие
- б) инфильтрирующий рост
- в) ранний распад опухоли
- г) мультицентрический рост
- д) наличие воспалительного компонента

3. Метастазы в легкие на ранних стадиях даст:

- а) блоксия
- б) томография
- в) ангиография
- г) придодиагностика
- д) цитологическое исследование

1) а, б, в 2) б, в, г 3) в, г 4) а, д

4. Перинеурально растет:

- а) цилиндрома
- б) мукоэпидермоидная
- в) ацинозноклеточная
- г) полиморфная аденома
- д) мономорфная аденома

1) а, б, в 2) б, в 3) г, д 4) а

5. Синоним аденокистозной карциномы:

- а) цилиндрома
- б) мукоэпидермоидная
- в) ацинозноклеточная
- г) полиморфная аденома
- д) мономорфная аденома

1) а, б, в 2) б, в 3) в, г, д 4) а

6. Основным методом лечения аденокистозной карциномы является:

- а) химиотерапия
- б) хирургический
- в) лучевая терапия
- г) электроразведка
- д) комбинированный

1) а, б, в 2) б, в, г 3) а, г, д 4) б, д

7. Основным методом лечения низкодифференцированной формы мукоэпидермоидной опухоли является:

- а) химиотерапия
- б) хирургический
- в) лучевая терапия
- г) электроразведка
- д) комбинированный

1) а, б, в 2) б, в, г 3) г, д 4) б, д

Тема 12. Кисты слюнных желез. Клиника, диагностика, лечения. Слизистая ретенционная киста, киста поднижнечелюстной слюнной железы.

Особенности клиники, диагностики и лечения кист слюнных желез. Итоговая беседа.

Преподаватель асс. Абдувхидов. Д.А.

Количество часов----6 часа.

Цель занятия:

На основе знаний анатомии, физиологии опухолей обучить студентов диагностике наиболее часто встречающихся кисты слюнных желез.

Научить диагностировать кисты слюнных желез, проводить дифференциальную диагностику между кистами слюнных желез и другими опухолями, составлять план обследования и лечения больных с кистами слюнных желез по принципам проведения амбулаторных операций при кистах малых слюнных желез слизистой оболочки и полости рта.

Задачи практического занятия

Анатомо топографические особенности кисты слюнных желез.

Познакомиться с классификацией заболеваний кисты слюнных желез.

Обсудить клинические проявления кисты слюнных желез.

Рассмотреть методы дополнительного обследования больных с кистой слюнных желез.

Ознакомить с хирургическими методами лечения кисты слюнных желез.

Ожидаемые результаты.

Студент должен знать строение и функции больших или малых слюнных желез.

Студент должен знать иннервацию слюнных желез.

Студент должен знать частоту поражения кисты слюнных желез.

Уметь провести опрос больного с заболеваниями кисты слюнных желез. (жалобы, анамнез заболевания, жизни).

Научиться проводить клиническое обследование больного (осмотр, пальпация тканей и органов кисты слюнных желез).

Уметь обобщить полученные в результате обследования данные для постановки диагноза.

Научиться сиалографии для диагностики кисты подъязычных слюнных желез.

Освоить методы лечения кисты слюнных желез.

Содержание практических занятий.

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах, объясняет необходимость изучения диагностики и лечения больных с заболеваниями кисты слюнных желез.

В теоретической части, прежде чем рассматривать вопросы изучаемой темы, преподаватель активизирует полученные ранее знания об особенностях строения и кисты слюнных желез.

Перечень рассматриваемых вопросов;

1. классификация заболеваний кисты слюнных желез.

2. Дополнительные методы обследования больных с заболеваниями кисты слюнных желез.

III. Кисты слюнных желез. Клиника, диагностика, лечения.

IV. Слизистая ретенционная киста, кисты подъязычной слюнной железы. Клиника, диагностика, лечения.

Содержания занятия

- 1.Классификация кисты слюнных желез.
- 2.Методы обследования больных кисты слюнных желез.
- 3.Современные методы лечения кисты слюнных желез.

Кисты слюнных желез. Кисты могут развиваться в больших и малых железах возникновение кисты большой слюнной железы является травма одного из мелких и выводных протоков а малой железы травма основного протока ведущая к рубцеванию его и задержка секрета скопلياющегося содержимое сдавливает железистую паренхиму. В результате чего она атрофируется и образуется полость выполненная жидкостью. По частоте поражения на первом месте стоит малая слюнная железа , губы на втором подъязычная железа, затем поднижнечелюстная железа и околоушная железа. **Слизистая ретенционная киста**

Киста чаще образуется в малой железе нижней губы, реже лунки переднего отдела дна полости рта нижней поверхности верхушки языка и неба.

Киста располагается под слизистой оболочкой имеет вид полушаровидного возвышения с четкими границами размером от 0,59 до 2,0 см с голубоватым оттенком. Пальпаторно киста эластичной консистенции с зыблением безболезненная. Прокусывание слизистой оболочки рад кистой может привести к опорожнению и с выделением прозрачной тягучей жидкости. Патогистологические стенки кисты представляет собой соединительную ткань с грануляциями, переходящую в фиброзную иногда с внутренней стороны стенка эластично выстлана многослойным плоским эпителием.

Слизистую ретенционную кисту необходимо дифференцировать от опухолей малых слюнных желез

Лечение: Удаление кисты.

Киста подъязычной слюнной железы. Киста располагается как правило в переднем боковом отделе дна полости рта вблизи уздечки языка. Клинически определяется в виде овальной формы выбухания покрытого неизменной слизистой оболочкой не просвечивающего голубоватым оттенком. Киста связана интимно с одним из участков или всей подъязычной слюнной железой. Растет медленно месяцами при достижении значительных размеров нарушается речь затрудняется прием пищи.

Микроскопические кистозная жидкость содержит белковые субстанции и иногда так называется кистозные клетки по видимому эпителиального происхождения. Макроскопические оболочка кисты тонкая голубовато-белого цвета. Дифференцировать и следует от кисты поднижнечелюстной слюнной железы дермоидной кисты а также от сосудистых опухолей лимфангиомы и гемангиомы.

Лечение и удаление кисты.

Киста поднижнечелюстной слюнной железы. Киста образовалась в поднижнечелюстной слюнной железе то она располагается ниже диафрагмы полости рта распространяется из поднижнечелюстной области на боковую поверхность шеи. Пальпаторно болезненно, мягко консистенции увеличивается медленно. Киста больших размеров прорывает челюстноподязычную мышцу или изгибает его сзади распространяется в верхний отдел дна рта. Слюноотделительная функция железы не отражается. Диагностика кисты поднижнечелюстной слюнной железы иногда затруднительно. Для уточнения диагноза используют пункцию: получение слизистой жидкости желтоватого цвета свидетельствует в пользу кисты. Кисту нижнечелюстной слюнной железы дифференцирует от лимфоангиомы, липомы, баковой кисты шеи, дермоидной кистой.

Для определения топографии кисты применяют метод двойного контрастированного цитогрaфии и спалографию различные проекции рентгенограмм позволяет определить соотношении кисты с железой..

Лечение: Кисту поднижнечелюстной слюнной железы удаляют в месте с железой. Киста околоушной слюнной железы могут быть врожденными и приобретенными как в следствии обтурации основного протока или одного из протоков второго-третьего порядка. Обтурация протока может возникнуть на почве хронического воспаления травматического рубцевания в том числе послеоперационной травмы. Растут они медленно. Киста представляет с собой ограниченную безболезненную припухлость в околоушной области мягко-эластичной консистенции. Содержимым кисты является жидкость желтоватого цвета иногда мутная с примесью слизи. Кисту околоушной слюнной железы дифференцируют от органоспецифических опухолей, миомы, сосудистых опухолей железы, а также от бронхиальной кисты околоушной области.

Лечение: Удаление кисты хирургическим путем представляет большую трудность из-за тонкости кистозной стенки и наличия в железе разветвлений лицевого нерва.

В практические части занятия проводятся курация больных по теме если тематических больных нет студенты, создав группы 3 человека, один из которых имитирует больного с различными заболеваниями кисты слюнных желез и другие, обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез, заболевания) осмотр (визуальной пальпаторно определяли опухоли ЧЛЮ). При этом оцениваются знания как студента —«больного» правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента — «врача» насколько корректно, логично, целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного. При обследовании больных необходимо научить студента определить размер опухоли. Консистенция, размер опухоли, цвет опухоли

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия
II уровня сложности (приложение 4)

В конце занятия проводится обсуждения полноты теоретических знаний студентов, правильности проведения этапов обследования больных, интерпретации ситуационных задач, документных при этом ошибок каждым из студентов.

Преподавательские заметки.

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам, содержащим контрольные вопросы (приложение 1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко, четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками. (45 минут).
2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач.
Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-7 мин для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знания.
Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия (приложение 2). Через 5-7 минут обдумывания и решения задачи приступаю к обсуждению между подгруппами. Таким образом ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия. (45 минут).
3. Практическая часть занятия проводится в клинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная). Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализирует полученные данные студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля уровня усвоения данной темы (приложение 4). (135 минут).
4. В конце занятия проводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

Преподаватель задает домашнее задание:

- A. контрольные вопросы следующей темы.
- B. Темы самостоятельных работ студента.
- C. Перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VI. Раздаточный материал.

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 1).
2. ситуационные задачи (приложение 2).
3. тесты I уровня (приложение 3).
4. тесты II уровня сложности (приложение 4).

VII. Оснащение практического занятия.

1. Диопроектор и слайды «рак кожи лица».
2. плакаты, альбомы отображающие заболевания и лечение кисты слюнных желез.
3. Другие тематические учебные таблицы
4. Инструментарий в обследовании больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель и др).

VIII. виды контроля знаний, умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводятся в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых балах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общения с больным, заполнения медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

IX. Самостоятельная работа студента.

1. Составит таблицы дифференциальной диагностики кисты слюнной желез
2. Составит таблицу классификации опухолей слюнной желез по В. П. Паникаровскому.

X. Контрольные вопросы.

1. Частота поражения кисты слюнных желез.
2. Методы диагностики кисты слюнных желез.
3. Дифференциальная диагностика кисты слюнных желез.
4. Основа метода лечения кисты слюнных желез..
5. Значение сиалографии для диагностики кисты подъязычных слюнных желез.

XI. ЛИТЕРАТУРА.

1. Пагес А. И. «Опухоль головы и шеи» 1983 г.
2. А Сазома. «Болезни слюнных желез» Прага 1936 г
3. Гистологическая классификация опухолей слюнных желез. ВОЗ. Женева 1974 г

4. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия под редакцией М. В. Мухина 1974 г
5. Робустова Т. Г. «хирургическая стоматология» М. 1990 г.

Ситуационных задач

Задача №1.

Больной 31 года обратился с жалобами на наличие образования в подъязычной области справа которое замерено около двух месяцев назад. Медленно увеличивалось в размерах. Около трех недель назад обратил внимание на выделение большого количество вязкой прозрачной жидкости без вкуса и запаха после чего образование уменьшалось в размерах затем вновь стало увеличиваться и достигло прежних размеров. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Подъязычной области справа определяется образования 3,0 x 3,0 см округлой формы, мягко-эластичной консистенции, безболезненное. Слизистая оболочка над ним источена полупразночно с голубоватым оттенком. Уздечка языка смещена влево. Слюна из правого вортонова протока выделяется чистая в достаточном количестве.

1.Поставьте диагноз С чем связано уменьшение размеров нового образования в анамнеза?

2.Опишите методы хирургического лечения.

3.Какие наиболее серьезные осложнения возможны при проведении операции.

Задача .1. ответ.

1. Ретенционная киста подъязычной слюнной железы с права (ранула). Уменьшение новообразования в анализе сопровождающейся излияние содержимого (слюны) в полость рта связано с прорывом оболочки кисты в результате возможной травмы.

2. Существует две методики оперативного лечения:

А) пластическая цистотомия заключающаяся в частичном иссечении взбухающих в полость рта участков оболочки кисты вместе с прилегающей слизистой оболочкой. После иссечения оболочки кисты тщательно сливается со слизистой

Б) Полное удаление оболочки кисты вместе с правой подъязычной слюнной железой.

3. При радикальной операции во время удаления тела подъязычной слюнной железы справа возможна ранение вартонов протока, язычного нерва язычных артерий и вены. Последствием этого являются сильные трудно остановившиеся кровотечения, неврит и рубцовые изменения протока с нарушением слюноотделения.

Задача №7

Больная 38 лет, поступила к стоматологу для проведения плановой санации полости рта. При осмотре на слизистой оболочке нижней губы обнаружено мягко-эластическое, безболезненное новообразование округлой формы. Со слов больной образование появилось около трех месяцев назад не беспокоит за исключением того что она постоянно прикусывает слизистую оболочку в этом месте. При осмотре на слизистой оболочке нижней губы справа определяется образование мягкой консистенции, безболезненное. Отличается частичный отлом коронки и острой край у оставшейся части зуба. 1) Каких сведений не хватает для постановки диагноза (предварительного и окончательного) 2) Какие заболевания патологические состояния) можно предложить в данном случае? 3) Есть ли в данном случае необходимость проведения операции биопсии? Если да то по какому типу и каким образом? Вы будете проводить данную операцию?

Задача №7 Ответ

1. Очень важно знать динамику изменения размеров уменьшения или увеличения не связано ли уменьшение (опорожнения с очередной травмой (не хватает данных объективного обследования) подвижность новообразования и его связь со слизистой оболочкой полости рта наличие или отсутствие ретенционного пункта характер изменения цвета слизистой оболочки над ретенционным пунктом. Окончательный диагноз подтверждается данными гистологического исследования.
2. Необходимо провести дифференциальную диагностику между следующими: заболеваниями ретенционная киста, мягкая фиброма, доброкачественная опухоль слизистой железы осумкованная гематомой слизистой оболочки нижней губы.
3. Необходимо провести расширенную биопсию-иссечения новообразования характер и методике оперативного вмешательства будут зависеть от уточненного предварительного диагноза. Кистовидное образование как правило выделяется вместе с капсулой опухлевидное образование с наибольшим участком прилежащих мягких тканей.

Задача №2

Больной 18 лет обратился с жалобами на наличие безболезненного образования в левой околоушно- жевательной области. Обнаружил около 7-8 месяцев назад. Медленно увеличивалось в размере из анамнеза около года назад была травма левой околоушно- жевательной области. В верхних отделах околоушно-жевательной области слева определяется образование мягко- эластической консистенции размером 2,0 x 2,0 см ограниченное подвижное с четкими контурами с кожей не спаянное. Кожа над ним в цвете не изменена. Слюна из левого стенового протока выделяется чистая в достаточном количестве. При контрастной сиалографии

обнаружен участок дефекта наполнения протоков железы с четкими контурами соответствующие проекции новообразования.

При рентгенологическом исследовании выявлено аномальное положения Г8 смещенного в нижние отделы нижней челюсти слева. Вокруг Г8 определяется участок разрежения костной ткани с четкими контурами. При пункции новообразования получена прозрачная вязкая жидкость в большом количестве после чего размеры образования уменьшились.

1. Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения.
2. С чем могло быть связано появление данного заболевания.
3. Укажите несущественные для данного заболевания признаки и с чем они могут быть связаны?

Ответ:

1. Киста околоушной слюнной железы слева. Лечение хирургическое в условиях стоматологического стационара. Под наркозом проводится удаление оболочки кисты при этом необходимо учитывать топографию ветвей лицевого нерва во избежании их ранения.
2. появление кисты могло быть связано с травмой в результате которой произошла разрушения протоков 2-3 порядка с последующим рубцеванием и нарушением слюноотделения протоков 2-3 порядка. В результате ретенции образовалось киста.
3. Не существенным для данного заболевания признаками является обнаружения ретенционного дитсолированного Г₈ с участком разрежение костной ткани по периферии. Это может свидетельствовать о наличии у данного больного зубосодержащей кисты. Необходимо планировать операцию цистэктомии

III Контрольные тесты.

I. Уровень.

1) В основе развития ретенционных кист слюнных желез лежит:

- А. опухоль
- Б. Воспаление
- В. родовая травма
- Г. нарушение оттока слюны

2) Полость ретенционной кисты слюнной железы заполнена:

- А. слюнной
- Б. детритом
- В. грануляциями
- Г. холестеатанами массами
- Д. Кристаллами холестерина

3) Основным методом лечения кист слюнных желез является:

- А. физиотерапия
- Б. химиотерапия
- В. гормонотерапия
- Г. аутогемотерапия
- Д. хирургическое вмешательство

4) Ранулой называется:

- А. киста околоушной слюнной железы
- Б. Киста подъязычной слюнной железы
- В. опухоль подъязычной слюнной железы
- Г. киста поднижнечелюстной слюнной железы
- Д. Опухоль поднижнечелюстной слюнной железы

5) Наиболее информативный метод рентгенологического исследования кист больных слюнными железами:

- А. томография
- Б. сполография
- В. ортопантомография
- Г. компьютерная томография
- Д. Сполография с цистографией

6) При ушивании раны после удаления ретенционных кист используют шов:

- А. узловой
- Б. кистный
- В. п-образный
- Г. непрерывный
- Д. косметический

7) Кисту поднижнечелюстной слюнной железы необходимо дифференцировать с:

- А. паротитом
- Б. актиномикозом
- В. боковой кистой шеи
- Г. капиллярной гемангиомой
- Д. Воспалительным заболеванием

III Контрольные тесты.

II Уровень:

1) Кисты слюнных желез относятся к:

- А. опухолям
- Б. Воспалительным заболеванием
- В. опухолеподобным образованием
- Г. специфическим воспалительным заболевания

1) а,б,в; 2) б,в; 3) в,а; 4) г;

2) При развитии ретенционных кист слюнных желез наблюдается:

- А. сужение протоков и атрофия паренхимии
- Б. Расширение протоков и атрофия паренхимии
- В. сужение протоков. и гипертрофии паренхимии
- Г. расширение протоков и гипертрофии и паренхимии

1) а,б,в; 2) б,в; 3) г,в, 4) а

3) Основным методом лечения кист слюнных желез является:

- А. физиотерапия
- Б. химиотерапия
- В. гормонотерапия
- Г. аутогемотерапия
- Д. хирургическое вмешательство

1) а,б,в; 2) б,в; 3) а,б; 4) д;

4) Кисту поднижнечелюстной слюнной железы необходимо дифференцировать с:

- А. опухолью
- Б. паротитом
- В. актиномикозом
- Г. Воспалительным заболеваниями

1) а,б,в; 2) а,в,г; 3) в,г; 4) б;

5) Кисту поднижнечелюстной слюнной железы необходимо дифференцировать с:

- А. паротитом
- Б. актиномикозом
- В. боковой кистой шеи
- Г. капиллярной гемангиомой
- Д. Воспалительным заболеваниями

1) а,б,в; 2) б,в, г; 3) а,г,д; 4) а,д;

- 6) Хирургическая лечения кисты поднижнечелюстной слюнной железы заключается в удалении кисты:

А. с железой
Б. И части железы
В. с дольками железы
Г. с железой и окружающими тканями
1) а,б,в; 2) б,в,г; 3) а,б; 4) в,г;

- 7) Доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является:

А. Карцинома
Б. цилиндрома
В. ацинозноклеточная
Г. мукоэпидермоидная

Д. Полиморфная Адена

1) а,б,в; 2) а,в,г; 3) б,в,д; 4) в,д;

- 8) Остлогенная саркома челюстей метастазирует в:

А. шейные
Б. Глубокие шейные
В. заглоточные и шейные
Г. легкие и кости гематогенным путем
Д. Подбородочные и поднижнечелюстные
1) а,б,в; 2) б,в; 3) в,д; 4) г;

I. Тема № 13-14. Предраковые заболевания лица и органов полости рта. Классификация, предрасполагающие факторы. Понятие предрака и его разновидности по международной классификации и классификации А. Ё. Ìîøêâëâëñîà предрасполагающие факторы развития предрака кожи лица, красной каймы губ и слизистой полости рта. Облигатные и факультативные формы предрака. 21 особенности их клинической диагностики.

Преподаватель Абдувахидов А. А.

Количество часов - 6 часов

II. Цель занятия

На основе знаний предракового заболевания лица и органов полости рта обучить студентов предрасполагающие факторы, развития предрака кожи лица, красной каймы губ и слизистой полости рта. Обучить студентов диагностике и принципам лечения больных.

III. Задачи практического занятия.

1. Познакомиться с предраковыми заболеваниями лиц и органов полости рта.
2. Уметь собирать анамнез жизни и заболевания.
3. Владеть техникой получения отпечатков с язвенной поверхности.
4. Техника проведения биопсий.
5. Проведение цитологического исследования
6. Познакомиться с консервативными методами лечения предраковых заболеваний лица и органов полости рта.
7. Ознакомить принципам хирургического метода лечения предраковых заболеваний лица

IV. Ожидаемые результаты.

1. Студент должен знать понятие “онкологическая настороженность”
2. Студент должен знать понятие предрак и рак
3. Студент должен знать факторы, способствующие возникновению предопухолевых состояний кожи лица, красной каймы, органов полости рта
4. Знать классификацию предраковых состояний
5. Научиться характерные клинические признаки предраковых заболеваний
6. Научиться методам гистологических исследований
7. Освоить методы лечения предраковых заболеваний
8. Студент должен знать “диспансеризацию и методы осуществления при предраковых состояниях

V. Содержание практических занятий.

Вначале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах, объясняет необходимость изучения диагностики и лечения предраковых заболеваний лица и органов полости рта.

В теоретической части, прежде чем рассматривать вопросу изучаемой темы преподаватель активизирует полученные прежде знания проедраковых заболеваний лица и органов полости рта.

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Классификация предраковых заболеваний
2. Дополнительные методы обследования предраковых заболеваний лица и органов полости рта.
3. Предраковые заболевания лица и органов полости рта
4. Понятия предрака и его разновидность по международной классификации и классификации А.Л. и др. Предрасполагающие факторы развития предрака кожи лица, красной каймы губы, слизистой полости рта.
5. Облигатные и факультативные формы предрака: этиология, клиника, дифференциальная диагностика лечения.
6. При предраковых заболеваниях лица и органов полости рта проводится исследование слизистой оболочки полости рта, кожи лица, общий анализ крови, мочи, анализ крови на сахар, консультация терапевта, стоматолога и онколога.

А. Предрасполагающие факторы возникновения предраковых состояний.

Б. Классификация предраковых заболеваний

В. Клиника, диагностика, облигатных предраков

Г. Клиника, диагностика и лечение факультативных предраков

Д. Значение санитарно-просветительной работы, профилактических осмотров в выявлении предраковых состояний, формы их проведения среди населения. Понятие “предопухоловое состояние” включает комплекс изменений клинического, морфологического и генетического характера. Врач стоматолог при первичном осмотре лица и слизистой оболочки полости рта может увидеть патологические образования в этих областях. Любые новообразования в этих областях заставляют думать врача о возможности злокачественного течения - это есть “онкологическая настороженность”. Правильность и своевременность постановки диагноза зависит как от знаний клинической картины раковых заболеваний, так и предопухоловых состояний.

Изучение предопухоловых состояний является одной из актуальных проблем современной теоретической медицины раку кожи лица, красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта в большинстве случаев предшествуют предопухоловые состояния, по данным Ленинградского онкологического института предшествовали раку кожи лица в 47% случаев, раку нижней губы 92-97%, раку **слезной** оболочки полости рта в 88,7%.

Продолжительность изучения предопухоловых состояний заключается в том, что они протекают бессимптомно и не имеют постоянно существующих бесспорных, объединяющих признаков. Такие состояния могут существовать длительное время, а затем с той или иной вероятностью переходить в рак.

Образование предопухоловых состояний способствуют множество различных факторов, как внешних, так и внутренних.

К внешним факторам относятся: климатическая инсоляция, раздражители (жара, холод, ветер), травматические воздействия (очень горячая еда, острые края зубов, пломб, протезов, привычная **кусанье** слизистой оболочки, действие

химических объектов (бензин, смолы), курение, закладывание носа под язык в Республиках Средней Азии, употребление алкоголя в внутренних факторам относятся: изменение кожи слизистой оболочки полости рта, при некоторых системных заболеваниях (авитаминозы, заболевания желудочно-кишечного тракта, системы крови и др.), инфекциях (вирусные бородавки, стоматиты, сифилис и др.) при дерматозах (красный плоский лишай, красная волчанка), хейлитах.

Профилактическое направление медицины, онкологии в частности, способствуют раннему предопухоловому состоянию и ранним **объединяющим** злокачественных новообразований. Практически это осуществляется путем компризиовки, состояний из отбора больных во время массовых профилактических осмотров, заполнение учетной медицинской карты (форма № 25) и лечебно-профилактических мероприятий, повышение онкологической настороженности у врачей общей лечебной сети (стоматологов) систематических санитарно-просветительные работы по онкологии среди населения проводятся

под руководством онкологических диспансеров.

Знамение стоматолога клинических форм пред опухоловых состояний даст возможность раннего выявления больных и направление их на консультацию и лечение в лечебнице онкологического профиля. Наблюдение больных с онкологического предопухоловыми состояниями возможно в пределах 7-10 дней.

А. Л. **Иванов** (1970) составил следующую классификацию предраковых заболеваний:

I. Заболевания полости рта с высокой потенциальной злокачественностью:

- а) Болезнь Боуэна и эритроплазия Кейра;
- б) Бородавчатый и узелковый предрак красной каймы;
- в) Абразивный преинвазивный Хейлит микотический;
- г) Ограниченный предраковый гиперкератоз каймы.

II. Факультативные предраковые заболевания с большой потенциальной злокачественностью:

- а) эритроплазия; б) кожный рог (на границе красной каймы);
- в) кератоакантомы.

III. Факультативные предраковые заболевания с меньшей потенциальной злокачественностью:

- а) лейкоплакия плоская;
- б) хроническая язва слизистой оболочки рта;
- в) эрозивные и гиперкератические формы красной волчанки и красного плоского лишая красной каймы губ;
- г) хронические трещины губ;
- д) пост рентгеновский хейлит и стоматит;
- е) метеорологический и актинический хейлит.

Облигатное предопухолевое состояние - это изменение тканей, которые всегда перерождаются в злокачественные опухоли. Факультативные предопухолевые состояния - это изменения кожи, красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта при которых метастазизация происходит только в незначительном процессе (18-21%) случаев. Причем некоторые авторы делят на формы никогда не метастазирующие и формы с большой вероятностью озлокачествления.

Признаки предопухолевых состояний:

- 1) рост опухоли быстрый;
- 2) ее уплотнение;
- 3) изъязвление, трещины на поверхности опухоли;
- 4) появление корок плотнотканых или слипающихся;
- 5) кровотечение;
- 6) дурной запах изо рта.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет студенты, создав группы по 3 человека, один из которых имитирует больного с различными предраковыми заболеваниями лица - и органов полости рта, другой, обследующего врача учит проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр (визуальный), цель набора предраковых заболеваний лица и органов полости рта. При этом оцениваются значения как студента больного - правильно ли стоит анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента - "врача" - несколько корректно, логично, целенаправленно со знанием темы проводит обследование больного. При обследовании больных необходимо научить студента предраковым заболеваниям лица и органов полости рта (предрасполагающие факторы развития предрака кожи лица, красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта).

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия III уровня сложности (приложение).

В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов, правильность этапов обследования больных интерпритации ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

VI. ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам, содержащим контрольные вопросы (приложение 1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко, четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками. (45 минут) 2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач.

Каждому студенту дается по одному тесту (приложении е 3) или ситуационной задаче. Дается 5-7 мин для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия (Приложение 2). Через 5-7 минут обдумывания и "решения" задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия. (45 минут) 3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля уровня усвоения данной темы (Приложение 4). (135 минут)

4. В конце занятия подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его. Преподаватель задает домашнее задание:

- а контрольные вопросы следующей темы
- Б. темы самостоятельных работ студента
- с. перечень дополнительной литературы

(24 минуты)

VI. Раздаточный материал

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложения 4)
2. Ситуационные задачи (приложение 2)
3. Тесты I уровня сложности (приложение 3)
4. Тесты II уровня сложности (приложение 4)

VII. Оснащение практического занятия

1. Диопроектор и слайды предраковûð заболевания и органов полости рта.
2. Муляжи, челюсти с зубами.
3. Плакаты, альбомы предраковых заболеваний лица и органов полости рта.
4. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, ин)

VIII. виды контроля знаний, умения и навыков

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответом на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых балах. Учитывается практическая работа студента (монуальные навыки, общение с больными, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый бал объявляется и вставляется в журнал. Даётся возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

IX. Самостоятельная работа студента.

1. Составить классификацию предраков в таблице
2. Составить таблицы факультативных и облегчатных предраков на коже:
а) красный б) красной каймы в) слизистая оболочка
3. Написать доклад "дифференциальная диагностика больных раком"

ЛИТЕРАТУРА

1. Иосифов А.Л. Предраковые заболевания каймы и слизистой оболочки полости рта. М. 1970.
2. Пашков Б.М. Поражение слизистой оболочки полости рта при кожных и венерических заболеваниях МЛ 963.
3. Даниловский А.Т. Заболевание слизистой оболочки полости рта. 1981г.
4. ПачеѐА.И. Опухоли человека и исследования. 1971.

П. Ситуационные задачи:

14.23.02г.

Ситуационная задача №2

У больного, 40 лет, в анализе хроническая травма острыми краями зубов слизистой оболочки мягкой области справа. При осмотре полости рта на слизистой оболочке мягкой области справа имеется белесоватое пятно по линии смыкания зубов, не возвышающиеся над окружающими воспаленными отечными тканями. Поверхностные слои образования не при соскабливании.

- 1) поставьте диагноз и проведите его обоснование.
- 2) составите план лечения.

Ответ:

1. Диагноз - плоская лейкоплакия слизистой оболочки в мягкой области справа по линии смыкания зубов устанавливается на основании характерных клинических проявлений. Участки пораженной слизистой оболочки - результат избыточного ороговения, иногда сопровождающиеся воспалением.

2. Лечение консервативное. Устранение травматических факторов, обязательная санация полости рта. Аппликация с поливитаминами. Исключение из питания острой, горячей пищи, а также курение и прием алкоголя, и хирургическое лечение рекомендуется, если консервативное лечение не эффективно.

Ситуационная задача №7

Больной, 40 лет, жалуется на длительно существующую трещину в центральном отделе красной каймы нижней губы. Табакокурение с 16 лет. По средней линии красной каймы нижней губы имеется глубокая трещина длиной 1,0 см, характерным признаком которой является спонтанное заживление, но после эпителизации снова рецидивирует. Консервативные методы лечения не эффективны.

- 1) Поставте диагноз и проведите его обоснование.
- 2) Составте план лечения.

Ответ:

1. На основании анализа и клинических данных ставится диагноз - хроническая трещина красной каймы нижней губы.

2. Лечение хирургическое, если консервативное лечение не эффективно.

Ситуационная задача №13

Больной, 63 года, жалуется на наличие разрастания в области твердого неба. Больной пользуется съемным протезом на верхнюю челюсть. На твердом небе имеется образование в вид небольших мягких выростов на широком основании, покрытое гиперплазированной слизистой оболочкой. Рост образования медленный, пальпация

безболезненная. В области височнонижнечелюстного сустава справа определяется хруст.

1) На основании анализа и клиники ставится диагноз - сосочковая гиперплазия в области твердого неба.

2) Лечение - санация полости рта, рациональное протезирование. Иссечение измененных тканей по показаниям.

3) Артроз ВНЧС не является характерным признаком данного заболевания.

III. Контрольные тесты.

I. Уровень.

1) Предраки - это:

- а) изъязвляющиеся воспалительные инфильтраты
- б) дистрофические, нестойкие пролежни не ставшие опухолью
- в) доброкачественные новообразования с явлениями воспаления
- г) острые язвенно-нефотические процессы мягких тканей лица

2) Основными экологическими факторами возникновения предрака являются:

- а) вредные привычки
- б) вторичная инфекция
- в) острые воспалительные процессы мягких тканей лица
- г) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

3) К предраковым заболеваниям кожи лица относятся:

- а) розовое воспаление
- б) термические и химические ожоги
- в) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит монголотти
- г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз

4) Для морфологической картины предрака характерно наличие:

- а) гиперхроматоза ядер
- б) обзвествления миоцитов
- в) воспалительного инфильтрата
- г) вторичного казеозного некроза
- д) инвазия в подэпителиальные ткани

5) К пред раковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся:

- а) розовое воспаление
- б) термические и химические ожоги
- в) бородавчатый пред рак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит монголотти
- г) бородавчатый предрак, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз

д) эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

б) К предраковым заболеваниям красной каймы губ относятся:

а) розоватое воспаление

б) термические и химические ожоги

в) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Монголотти

г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз

д) эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай,

подслизистый фиброз

!

II. Уровень.

1. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются:

а) вторичная адентия

б) острые воспалительные процессы мягких тканей лица

в) хроническая травма слизистой оболочки полости рта

г) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

д) профессиональные вредности

1) б, в, г 2) а, б 3) в, г 4) в, д

2. К предраковым заболеваниям кожи лица относятся:

а) розоватое воспаление

б) термические и химические ожоги

в) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз

г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз

1) а, б, в, 2) б, д 3) а, д 4) в, г

3. Для морфологической картины предрака характерно наличие:

а) гиперхроматоза ядер

б) обызвествления миоцитов

в) воспалительного инфильтрата

г) вторичного казеозного некроза

д) инвазии в подэпителиальные ткани

1) б, в, 2) в, г 3) г, д 4)

а

4. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся:

а) розоватое воспаление

б) термические и химические ожоги

в) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз

г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз

д) Хейлит Монголотти

1) а, б, в, 2) б, д 3) а, д 4) в, г

5. К предраковым заболеваниям красной каймы губ относятся:

а) розоватое воспаление

б) термические и химические ожоги

- 1) б, в, г 2) а, д 3) б, в 4) в, г

а) иссечение
б) мануальный
в) химиотерапия
г) комбинированный
д) лучевая терапия

- 1) б, в, г 2) г, д 3) в, г 4) а

- б) мануальный
- в) химиотерапия
- г) комбинированный
- д) лучевая терапия

- 1) а, в, 2) в, г 3) г, д 4) 6

6.Ознакомить принципу хирургические методы лечения рака кожи лица и слизистой полости рта.

IV. Ожидаемые результаты.

1. Студент должен знать анатомо-топографические особенности рака кожи лица.
2. Студент должен знать классификацию рака кожи лица по TNM/
3. Студент должен знать диагностику больного клеточного рака.
4. Студент должен освоить клиническую стадию заболевания рака кожи лица по системе TNM.
5. Студент должен научиться клинической диагностике плоскоклеточного рака.
6. Студент должен освоить клинику и диагностику теломы.
7. Студент должен знать клинику и диагностику слизистой полости рта.
8. Студент должен освоить клинику и диагностику рака нижней губы, языка, дна полости рта, слизистой оболочки щеки.
9. Студент должен научиться схеме лечения злокачественных опухолей в зависимости от стадии заболевания.

V. Содержание практических занятий.

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах, объясняя необходимость изучения диагностики и лечения больных заболеванием рака кожи лица и слизистой оболочки полости рта.

В теоретической части прежде чем рассматривать вопросы изучаемой темы преподаватель активизирует полученные прежде знания об особенностях строения рака кожи лица и слизистой оболочки полости рта.

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Классификация заболеваний рака кожи лица и слизистой оболочки полости рта.
2. Дополнительные методы обследования больных заболеваниями рака кожи лица и слизистой оболочки полости рта.
- III. Рак кожи лица и слизистой оболочки полости рта.
- IV. Рак нижней губы, языка, дна полости рта, слизистой оболочки щеки, неба
1. Введение
- A. Вводная информация.
- B. Чему вы научитесь.
2. Этиопатогенез новообразований кожи, классификаций опухолей кожи.
3. Классификация злокачественных опухолей.
4. Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей кожи.
5. Методы лечения доброкачественных опухолей мягких тканей. Опухоли кожи- наиболее часто встречающиеся новообразования человека. Из злокачественных

опухолей чаще встречается базально-клеточный рак, плоско-клеточный рак и липомы.

Среди всех злокачественных новообразований опухоли кожи по частоте занимают третье место, уступая лишь раку желудка и легких. В южных широтах Средней Азии по сравнению с Северными, рак кожи лица встречается значительно чаще.

По данным А.И. Пачи среди всех больных со злокачественными опухолями кожи локализация их в голове и шеи встречается в 89 %.

Базально-клеточный рак – это наиболее часто встречающиеся злокачественные эпителиальные опухоли кожи, относительно медленно увеличивающиеся в размере не дающие метастазов, обладающих медленно деструктивным ростом и состоящая из клеток эпидермии. Всего локализуется на коже, крыльях носа, по ходу носа, губной складки, внутреннего и наружного углов глаза, век.. Развивается базалиома излишней кожи. Диагноз устанавливают на основании клинической картины: медленный неуклонный рост образования; имеющего плотный край и постоянное формирование корки в центре образования, результатов цитологического исследования или биопсии.

Дифференцировать с плоскоклеточным раком и липомой. Рак слизистой оболочки полости рта. Рак дна полости рта составляет около 15% опухолей других локализации органов рта дна полости рта поражается в результате распространения опухоли с языком, десен, нижней челюсти. Рак слизистой оболочки дна полости рта проявляется в виде язвенно-инфильтративного поражения.

Клинически рак полости в нескольких стадиях может протекать незаметно, в последствии язва становится болезненной, появляется парадирующие боли в ухо, висок, затруднение прием пищи, разговор.

Диагноз окончательно устанавливаю после цитологического исследования.

Дифференциальную диагностику проводят, которые описаны при раке языка, а так-же атрофической язвой, возникающей у больных с декомпенсацией сердечно-сосудистых заболеваний.

Лечение больных раком дна полости рта в основном комбинированным.

Рак нижней губы. Рак нижней губы составляет 3-7% всех злокачественных опухолей и занимает 1,2,3 место среди рака других органов. В 95,1% случаев рак локализуется на нижней и 4,9% на верхней губе. Чаще поражается мужчины (91,5% 40-60 лет).

Целесообразно подчеркнуть роль предрасполагающих факторов, куда относятся:

1. Физико-химические канцерогены (температурный фактор, механические травмы, экономическая и промышленная «вредность»).
 2. Радиация (естественное, искусственное).
 3. Дизонтогенетические факторы (гормональный дисбаланс, стрессовые состояния, возрастные и хронические заболевания, потенция, дистония органов и ткани) следует выделить роль «вредных привычек», которые способствуют ускорению малигнизации (злоупотребление табачными продуктами, алкоголем, острой пищей, пряностями и т. д.)
- клиника рака губы характеризуется как изменениями общего так и местным симптомами и зависит от стадии развития опухоли. Для поздних стадий характерно снижение аппетита, вялость до анорексий и потеря веса, возможно кахексия, раковые истощения больного. Локально сформированная раковая опухоль губы представляет собой неправильной формы утолщение (экзофитная форма) или язва (эндофитная форма) плотное на ощупь образование с нерезкими теряющими границами. При язвенной форме деструктивные явления преобладают над пролиферативными. Эндофитные формы рака протекают более злокачественно, чем экзофитные. Гистологическая картина: в 95% случаев не ороговевающий рак, в 4,5% пл. ороговевающей, в 0,8% базально-клеточный.

Диагностика рака губы в ранних стадиях представляет некоторые трудности. Для подтверждения клинических данных существуют диагностические исследования:

1. Усовершенствованный метод хейлоскопии.
2. Взятие материала для цитологического исследования, иметь представление о полиграфическом сыворотке крови, осадочной реакции.
3. Патоморфологические исследования (цитологические и гистологические).

Дифференциальная диагностика имеет особенность в зависимости от стадии ракового процесса и знание её способствует раннему началу специфического обследования и лечения онкологического больного. В начальных стадиях нужно дифференцировать от первичного сифилитического склероза, герпетического поражения губы, в поздних стадиях – от лейкозов.

Плоскоклеточный рак кожи – это злокачественная эпителиальная опухоль, способная давать метастазы и состоящая из атипичных клеток напоминающих элементы меланомного слоя эпидермиса.

Ознакомить с принципам построения классификации рака кожи по системе TNM. Заболевание агрессивная, в начале протекает сравнительно медленно, затем рост опухоли ускоряется, инфильтрируются и разрушаются подлежащие ткани.

Различают 3 формы роста:

1. Инфильтративная.
2. Инфильтративно – язвенная.
3. Капиллярная.

Диагноз рака ставят: при увеличении массы новообразований или размеров язвы. Появлении плотного инфильтрата в основании экзофитного новообразование или по периферии и в основании язвы; Из язвление экзофитных новообразований и длительно существующих инфильтратов кожи; Характерных изменений со стороны регионарных лимфатических узлов. Окончательный диагноз ставят на основании цитологического или гистологического исследования, биопсия.

Дифференцировать в первую очередь с хроническими спецификациями воспалительными процессами, а также отитогенной гранулемой, без пигментный меланомой быть лучевым хирургическим или комбинированным, используют также криодиструкцию.

Меланома это опухоль из пигментообразующих клеток паренхима которой представлена трансформированными миеоцитами. Чаще всего развивается не на нормальной кожи, а на фоне врождённого, а чаще приобретенного вируса.

Альвеолярные отростки верхний и нижний челюсти это приводит к стойкому сведению челюстей и затруднением осмотра полости рта. При раке щеки метастазирование односторонний, чаще под нижние челюстные лимфатические узлы, а при поражение заднего отдела в средние и верхние яремные лимфатические узлы.

Лечение комбинированное.

Рак твердого неба –поражает надкостницу. При разрушении наблюдается гнусавость, попадание пищи в нос. Опухоль с неб может перейти на верхнечелюстную позухи, нос, альвеолярные отростки верхней челюсти; на слизистой оболочки щеки или верхней губы. Злокачественно протекает рак мягкого неба ввиду быстрого распространения опухолевого процесса на небные дужки, миндалины и боковые стенки ротового отдела глотки в метастазирование рака твердого легкого неба кость существенна разница. Отток

лимфа твердого неба происходит в глубокие верхние шейные лимфатические узлы.

В практические части занятия проводятся курация больных по теме если тематических больных нет студенты, создав группы 3 человека, один из которых имитирует больного с различными заболеваниями (Рак кожи лица и слизистой оболочки полости рта рак нижний губы, языка дна полости рта, неба) другой, обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез, заболевания) (визуальной пальпаторно определяли опухоли ЧЛЮ). При этом оцениваются знания как студента –«больного» правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента – «врача» насколько корректно, логично, целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного. При обследовании больных необходимо научить студента на расположении опухоли ЧЛЮ, размер опухоли, подвижный или нет, размер язвы. Лимфатические узлы увеличены или нет, болезненна или нет.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия «уровня сложности (приложение)»

В конце занятия проводится обсуждения полноты теоретических знаний студентов, правильности проведения этапов обследования больных, интерпретации ситуационных задач, документных при этом ошибок каждым из студентов.

Преподавательские заметки.

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам, содержащим контрольные вопросы (приложение 1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко, четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками. (45 минут).
2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач.

Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-7 мин для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия (приложение 2). Через 5-7 минут обдумывания и решения задачи приступаю к обсуждению между подгруппами.

Таким образом ни один студент не остается в стороне в стороне от усвоения темы занятия. (45 минут).

3. Практическая часть занятия проводится в клинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная). Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализирует полученные данные студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля уровня усвоения данной темы (приложение 4). (135 минут).
4. В конце занятия проводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

Преподаватель задает домашнее задание:

- A. контрольные вопросы следующей темы.
- B. Темы самостоятельных работ студента.
- C. Перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VI. Раздаточный материал.

- 5.Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 1).
- 6.ситуационные задачи (приложение 2).
- 7.тесты I уровня (приложение 3).
- 8.тесты II уровня сложности (приложение 4).

VII. Оснащение практического занятия.

- 5.Диопроектором слайды «рак кожи лица».
- 6.плакаты, альбомы отображающие заболевания рак кожи лица.
- 7.инструментарий для обследований больного (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель и др).

VIII. Оценка теоретических знаний проводятся в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решениях ситуационных задач в рейтинговых балах.

Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общения с больным, заполнения медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговые рейтинговый балл объявляется и

выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

IX. Самостоятельная работа студента.

3. Составит таблицу гистологической квалификации рака кожи по системе TNM;
4. Составит таблицу классификации пигментных опухолей кожи по ВОЗ.
5. Составит схему комбинированного лечения при злокачественной опухоли кожи лица в зависимости от стадии процесса.
6. Реферат на тему «Редкие клинические формы невусов».

X. Контрольные вопросы.

- 6.Классификация рака кожи по системе TNM.
- 7.Клиническая стадия заболевания рака кожи по системе TNM.
- 8.Клиническая диагностика банально-клеточного рака.
- 9.Клиническая диагностика плоскоклеточного рака.
10. Клиника и диагностика меланомы.
11. Клиника и диагностика слизистой полости рта.
12. Клиника и диагностика рака нижней губы, языка, полости рта, слизистой оболочки щеки.
13. Примерная схема лечение злокачественных опухолей в зависимости от заболевание.

XI. ЛИТЕРАТУРА.

- 6.Робустова Т. Г. «хирургическая стоматология» М. Медицина 1990 г. стр 446-456.
- 7.Пачес Н. И. «Опухоль головы и шеи» 1983 г.
- 8.Даниель –Бек К. В. Колобеков А. А. «Злокачественные опухоли кожи и мягких тканей» 1979 г.
9. Заусаев Р. И. Хирургическая стоматология М. Медицина 1981 г.

II. Ситуационные задачи:

Ситуационная задача №3

Больной, 48 лет, поступил в клинику с диагнозом вторичной плоскоклеточной ороговевающий рак подбородочного отдела нижней челюсти. Из анамнеза выявлено, что год назад появилась язва в области уздечка языка в месте прикрепления к нижней челюсти, не беспокоившая больного. Занимался самолечением. Обратился к врачу, когда стало отмечаться нарушение дикции из-за туго подвижности языка. После дополнительного обследования диагноз направившего учреждения был не только подтвержден, но и уточнен.

- a. Поставьте диагноз
- b. Наметьте этапы комбинированного лечения.

Ответ

1. Плоскоклеточный рак с ороговением нижней поверхности передней трети языка.
2. Предоперационная лучевая терапия. Через 2-3 недели после стихания постлучевой реакции резекцией подбородочного отдела нижней челюсти с мягкими тканями полости рта с нижней поверхности передней трети языка с одномоментной операцией на лимфатическом аппарате шеи.

Ситуационная задача №3

Больной 36 лет обратился с жалобами на обширную язву дна полости рта, протяженностью от 5] до [5 располагающаяся в основном между подъязычными валиками и телом язва распространилась на нижнюю поверхность языка, что привело к туго подвижности языка и вследствие этого к затруднению речи и приема пищи. При осмотре отличается плотный конгломерат лимфатических узлов в подбородочной и поднижнечелюстной областях слева, определяются значительно увеличенные и малоподвижные два лимфатических узла в среднебоковом отделе шеи с права.

- a. Поставьте диагноз
- b. Дайте ему обоснование
- c. Наметьте, составьте план обследования больного для уточнения диагноза.

Ответ

- a. Диагноз рак дна полости рта, нижней поверхности языка, подбородочного отдела нижней челюсти (при рентгенологическом исследовании определяется неравномерная деструкция кардиальной пластинки нижней челюсти с язычной стороны).
- b. Предоперационная лучевая терапия, резекция фронтального участка тела нижней челюсти с иссечением мягких и тканей дна полости рта, половинной поперечной резекцией языка с одномоментными иссечениями лимфатического аппарата и жировой клетчатки шеи.
- c. Рентгенологическое обследование нижней челюсти на наличие или отсутствие метастазов в отдельные органы, следует провести морфологическое исследование новообразования.

Ситуационная задача №9

Больной 46 лет обратился с жалобами на нарушение речи, невозможность нормального приема пищи из-за трудности подвижности языка. Нарушение подвижности языка больной заметил более полугода назад к врачу обратился лишь около 2-х месяцев назад, занимался самолечением. Больной курит и принимает алкоголь. Телосложение Кахаксичное. При осмотре а поднижнечелюстной области слева определяется конгломерат лимфатических узлов, практически не смешаемый справа в поднижнечелюстной области пальпируются одиночные, увеличенные, безболезненные и подвижные лимфатические узлы. В полости рта, язык практически не подвижен, спары с тканями тела нижней челюсти слева в области отсутствующих [3456. Язвенная поверхность с уплотненными краями простирается от средней трети и до кончика боковой поверхности языка слева. На месте отсутствующих [3456 язва переходит через альвеолярный гребень на слизистую оболочку щеки и нижней губы слева. При рентгенологическом исследовании отмечается значительный участок деструкции компактной пластинки внутренней поверхности нижней челюсти слева в области [3456.

2. Поставьте диагноз.
3. Выберите оптимальный план лечения для данного больного.

Ответ

2. На основании анамнеза данных клинического осмотра (наличие язвы, увеличение лимфатических узлов), рентгенологических данных и выраженной Кахексии предполагается диагноз рак средней трети и передней трети и частичного спинки языка, дна полости рта и нижней челюсти справа $T_4N_3M_x$.
3. Предоперационная лучевая терапия, половинная резекция нижней челюсти справа и продольная половинная резекция с одномоментным удалением лимфатического аппарата и жировой клетчатки шеи с обеих сторон. Учитывая стадию опухолевидного процесса, объем предстоящего вмешательства, лучшие провит и паллиативное лечение (лучевую и химиотерапию).

III Контрольные тесты.

I. Уровень.

- 1) Для уточнения диагноза рака языка дополнительно проводится:
 - А. биопсия.
 - Б. Томография.
 - В. ангиография.
 - Г. лапараскопия.

- Д. Природнодиагностика.
- 2) Основным хирургическим методам лечения рака является операция:
- А. химеотерапия
 - Б. Лучевая терапия
 - В. операция Крайля
 - Г. комбинированное лечение
 - Д. Половинная резекция челюсти.
- 3) Рак слизистой оболочки дна полости рта развивается из:
- А. Кройля.
 - Б. Венсана.
 - В. Редона.
 - Г. Колдуэл-Люка.
 - Д. Половинная резекция языка.
- 4) При метастазах рака слизистой оболочки дна полости рта в рентгенографии лимфатические узлы применяется операция:
- А. Редона.
 - Б. Кройля.
 - В. Венсана.
 - Г. Колдуэл-Люка.
- 5) Метод дополнительного исследования при постановке предварительного диагноза рака нижней губы в условиях поликлиники:
- А. томография
 - Б. клинические
 - В. цитологические
 - Г. ультразвуковые
 - Д. Рентгенология.
- 6) Основным методом лечение рака нижней губы является:
- А. физиотерапия.
 - Б. Хирургический.
 - В. химиотерапия.
 - Г. лучевая терапия.
 - Д. Комбинированный метод.
- 7) Суммарная очаговая доза при лучевой терапии рака нижней губы:
- А. 20
 - Б. 40
 - В. 10

Г. 80

Д. 100

8) Основной метод лечения рака нижней губы I стадии

А. физиотерапия

Б. химиотерапия

В. хирургический

Г. лучевая терапия

Д. Комбинированный метод

9) Рак нижней губы дифференцируются с:

А. актиномикозом

Б. Декубитальной язвы

В. ретенционная киста

Г. glandулярным Хейлитом.

II Уровень:

1) Первичным элементом эндофитной формы начальной стадии рака языка является:

А. Гумма

Б. Гиперкератоз

В. Трещина, язва

Г. Подслизистый инфильтрат

Д. Некроз слизистой оболочки

1) а, б, в; 2) г, д, 3) а,б; 4) в.

2) При метастазах рака языка в регионарные лимфатические узлы применяется операция:

А. Редона.

Б. Кройля.

В. Венсана.

Г. Колдуэл-Люка.

Д. Футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи

1) а,б,д; 2) б,в,г; 3) в,г, 4) б,д,

3) Для уточнения рака языка дополнительно проводится:

А. Биопсия

Б. Томография

В. Ангиография

Г. При додиагностика

Д. Цитологическое исследование.

- 1) а,б,в; 2) б,в,г; 3) в,г; 4) а,д;
- 4) Рак слизистой оболочки дна полости рта развивается из:
- А. Нервной
 - Б. Мышечной
 - В. Лимфотический
 - Г. Эпителиальной
 - Д. Соединительной ткани.
- 1) а,б,в; 2) д,в,г; 3) в,б; 4) г;
- 5) В начальных стадиях рака слизистой оболочки дна полости рта метастазирование происходит в лимфатические узлы:
- А. Подмышечные
 - Б. Околоушные
 - В. Глубокие шейные
 - Г. Под нижнечелюстные
 - Д. Подбородочные
- 1) а,б,в; 2) б,в,г; 3) в,б; 4) г,д;
- 6) Рак нижней губы дифференцируют с:
- А. Актиномикозом
 - Б. Декубитальной язвой

В. Ретенционной кистой

- Г. Гландулярным хейлитом
 - Д. Сифилисом
- 1) а,б,в; 2) б,в,г; 3) в,г; 4) б,д;

7) Основным методом лечения рака нижней губы является:

А. Физиотерапия

Б. Химиотерапия

В. Хирургический

Г. Лучевая терапия

Д. Комбинированный метод.

1) а,б,в; 2) б,г; 3) а,г; 4) в,д;

Тема. № 16-17. Рак нижней и верхней челюстей.

Саркома ЧЛЮ. Клиника, диагностика лечение. Операция на путях регионарного метостазирования. Рак верхней челюсти эпителиальные источники развития малигнизация. Особенности клиники, диагностики. Методы резекции челюстей при злокачественных опухолях. Операция Венеха и Кройля. Показания к их применению и их принципиальная схема методики операций.

Преподаватель Абдувахидов Д. А.

Количество часов 6 часа.

II Цель занятия:

На основе полученных знаний обучить студентов диагностике наиболее часто встречающихся рака нижней челюсти и верхней челюсти. Принципам лечения и правильному определению больных на специальное лечение.

III. Задачи практического занятия.

1. Анатомо-топографические особенности нижней и верхней челюсти.
2. Познакомится с классификацией рака нижней и верхней челюсти.
3. Обсудить клинические проявления рака нижней и верхней челюсти.
4. Рассмотреть методы дополнительного обследования больных с раком нижней и верхней челюсти.
5. Познакомиться с консервативными методами лечения рака нижней и верхней челюсти.
6. Ознакомится принципом хирургических методов лечения рака нижней и верхней челюсти.

IV. Ожидаемые результаты:

1. Студент должен знать анатомическое строение рака верхней и нижней челюсти.
2. Студент должен освоить пути лимфооттока челюстно-лицевой области.
3. Знать классификацию рака нижней и верхней челюсти по TNM.
4. Уметь провести опрос больного с раком нижней и верхней челюсти.
5. Научиться провести клиническое обследование больного с раком верхней и нижней челюсти.
6. Уметь читать рентген снимки.
7. Научиться современным принципам лечения онкологических заболеваний.

V. Содержание практических занятий:

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальности темы занятия, акцептирует внимание студентов на проблемных вопросах, объясняя необходимость изучения диагностики и лечения больных с заболеваниями рака нижней и верхней челюстей, представляющих наибольшую значимость.

В теоретической части, прежде чем рассматривать вопросы изучаемой темы преподаватель активизирует полученные прежде знания об особенностях строения нижней и верхней челюсти.

I Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Классификация рака нижней и верхней челюсти.
2. Дополнительные методы обследования больных с раком нижней и верхней челюсти.
3. Саркома ЧЛЮ, клиника, диагностика, лечения.
4. Методы резекции челюсти при злокачественных опухолях.
5. Операция Венеха и Кройля.

II. При опухолевидных заболеваниях рак нижней и верхней челюстей проводится исследование общий анализ крови, мочи, анализ крови на сахар, рентгенология и томограмма, осмотр Онколога

Рак нижней челюсти

III. Рак нижней челюсти возникает вторично в результате прорастания рака слизистой оболочки альвеолярного отростка и органов полости рта в кость. Рак метастазирует гематогенным путем из челюсти другие органы (желудка молочной железы и др).

Начальная стадия поражения челюсти протекает незаметно после разрушения кортикальной пластинки рак приобретает быстрое течение, появляется боли, зубы в пределах опухоли становятся подвижными. При дальнейшем распространении опухоли в процесс вовлекаются сосудисто-нервные пучки челюсти и появляются парестезия половины нижней губы. При прорастании в окружающие мягкие ткани возникает ограничение открывания рта, боли при глотании.

Диагностика рака нижней челюсти большую роль играет рентгенографическое обследование. На рентгенограмме отмечаются деструкция костной ткани в виде разрыхления без четких границ по типу «тающего Сохова».

Диагноз рака нижней челюсти устанавливают на основании клинику – рентгенологических данных и подтверждают цитологическими исследованиями. Со скоба с опухолями или открытой биопсией. При увеличении метастатических узлов исследуют их пункция с целью выявления метастаз опухолей.

Рак нижней челюсти дифференцирует от хронического остиомелита. Лечение рака нижней челюсти комбинированная.

Рак верхней челюсти.

Больные со злокачественными опухолями составляют 6,6 % от общего числа больных. Со злокачественными опухолями ЧЛЮ. Причем 60-70% поражение верхней челюсти.

Необходимо подчеркнуть, что с учетом исходной локализации опухолевого роста принято различать первичные и вторичные опухоли челюстей, первичные опухоли развиваются из слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, соединительно-тканых структур челюстей, из эпителия остатков зубной пластинки.

Эпителиальных элементов тканей идентичной опухолей, как амелобной и эпителиальной выстилки опухолей исходит из одонтогенных частей челюсти. Вторичные опухоли исходит из околочелюстных мягких тканей и на челюсти. Распространяются вторично по мере своего роста или в результате метастазирования. Метастазированная челюсть может быть при раке молочной железы, легких, почки, желудка, щитовидной железы, прямой кишки и других органов. Из всех опухолей наиболее трудное для своевременного выявления представляет опухоль верхней челюсти, первичной исходящих из эпителия верхнечелюстной пазухи.

При локализации опухоли в верхнелатерального отдела верхнечелюстной пазухи могут появиться симптомы связанные с прорастанием опухоли подглазничного нерва, ноющие боли постоянного характера в верхнем медиальном: затруднения носового дыхания, слезотечение, экзофтальм, диплопия.

В нижнем медиальном: затруднения носового дыхания, гнилостно-гнойное и сукровичные выделения со зловонным запахом и примесью крови, боли в области зубов их расшатанность, деформация альвеолярного отростка.

В нижнелатеральном: постоянные ноющие боли в области моляров, подвижность интактных зубов, деформация альвеолярного отростка ограничения открывания рта. Недообследование больного или неправильная интерпретация симптомов заболевания могут служить поводам для проведения необоснованных и даже вредных лечебных мероприятий: физиотерапия, экстракция зубов, внутри ротовых разрезов, повторных ревизий и выскабливание патологически измененной ткани без гистологического исследования.

Клиническая течения злокачественных опухолей нижнечелюстной зависит от локализации опухолей. Возможно центральное и периферическое расположения процесса даёт о себе знать появления без причинных болей, наносящих не редко стреляющий характер по ходу нижнечелюстного нерва. Иногда первым признаком является патологическая подвижность зубов.

Возможен патологический перелом нижней челюсти. В поздних стадиях в процесс вовлекается подчелюстная слюнная железа, затем околоушная, увеличивается язва со стороны полости рта. Следует отметить что для запущенной стадии заболевания обозначается общепринятой символикой «TNM» по тем же признаком, что при других локализациях.

Следует отметить что для запущенных стадий «III-IV» злокачественных опухолей челюстей, так же характерно кахиксия очень важным моментом является детальное изучение методов диагностики злокачественных опухолей челюсти.

Целесообразно разработать рентгенодиагностику ценным признаком является появления деструкции стенок верхнечелюстной пазухи выявляемого на рентгенограмму в области скуло-альвеолярного стебля, ниже глазничного нерва, медиальной стенки. Ценные диагностические данные получают исследования промывных вод (цитология). При необходимости биопсия с патологическими исследованиями полученного материала. Дифференциальная диагностика злокачественной опухоли челюстей проводится со следующими заболеваниями: хронический остиомелит, пародонтит, невралгия тройного нерва, хронический пульпит, одонтогенные кисты, доброкачественные опухоли, опухольподобные образование челюстей.

Лечение злокачественных опухолей зависит от стадии заболевания и в каждом конкретном случаи является индивидуальным: наиболее эффективным в начальных случаях является комбинированный метод который предусматривает:

1. Предоперационная санацию полости рта.
2. Предоперационную лучевую терапию.
3. предоперационную ортопедическую подготовку.
4. Резекцию верхнечелюстной, внутритканевой радиотерапии.
5. Лимфангеоэктамию

По показанием производятся перевязка наружной сонной артерии и его ветвей, хорошие результаты дает применения интромаксиллярной химиотерапию, в зону нижних стадий. При наличии добавляют к системному лечению цитоскопию (или лучевую терапию в области отдаленной метастазы).

Операция на путях регионарного метастазирования. Целью операции является устранения регионарных метастазов с клетчаткой шеи.

Удаление лимфатического аппарата шеи проводят путем функционально-футлярного исследования шейной клетчатки. Операция Кройля и в редких случаях операции Венахий. Операцию функционально-футлярного лечения проводят при наличии следемого одиночного метастаза с одной или обеих сторон шеи, а так же клинически отсутствующих метастазов нижней челюсти.

Фасциально-футлярное иссечения клетчатки шеи заключается в удалении клетчатки с лимфатическими узлами боковой поверхности шеи и

поднижнечелюстной области. Проводят Т образный разрез кожи на шею предложенный Кройлем. После отпрепарирования кожных лоскутов рассечение фасций шеи и подкожной мышцы шеи обнажает и обводят кивательную мышцу перевязывают наружную яремную вену, в надключичной области отделяют внутреннюю яремную вену от клетчатки с узлами. Нервный пучок шеи резецируют нижний полюс околоушной слюной железы, выделяют клетчатки с лимфатическими узлами поднижнечелюстной слюной железы, подчелюстного треугольника.

Конечным этапом является удаления тканей с последующим ушиванием раны. Операцию можно проводить одновременно с двух сторон

В практические части занятия проводятся курация больных по теме если тематических больных нет студенты, создав группы 3 человека, один из которых имитирует больного с различными заболеваниями рак нижней и верхней челюсти Саркома ЧЛЮ. Другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез, заболевания) осмотр (визуальной пальпаторно верхней и нижней челюсти органов полости рта). При этом оцениваются знания как студента – «больного» правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента – «врача» насколько корректно, логично, целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного. При обследовании больных необходимо научить студента определить размер опухоли. Консистенция, подвижность, локализации опухоли на верхней и нижней челюсти, различать опухоль первичным или вторичным, метастазирован опухоль на органа «TNM»

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия Пурувня сложности (приложение 4)

В конце занятия проводится обсуждения полноты теоретических знаний студентов, правильности проведения этапов обследования больных, интерпретации ситуационных задач, документных при этом ошибок каждым из студентов.

Преподавательские заметки.

5. Проверка базового знания студентов по опросным листам, содержащим контрольные вопросы (приложение 1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко, четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками. (45 минут).
6. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-7 мин для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знания. Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия (приложение 2). Через 5-7 минут обдумывания и решения задачи приступаю к обсуждению между подгруппами. Таким образом ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия. (45 минут).
7. Практическая часть занятия проводится в клинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная). Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализирует полученные данные студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля уровня усвоения данной темы (приложение 4). (135 минут).

8. В конце занятия проводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

Преподаватель задает домашнее задание:

- А. контрольные вопросы следующей темы.
- В. Темы самостоятельных работ студента.
- С. Перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VI. Раздаточный материал.

- 9. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 1).
- 10. ситуационные задачи (приложение 2).
- 11. тесты I уровня (приложение 3).
- 12. тесты II уровня сложности (приложение 4).

VII. Оснащение практического занятия.

- 8. Диопроектор и слайды «рак нижней и верхней челюсти».
- 9. Учебная таблица со схемой рак верхней и нижней челюстей.
- 10. Контрольные вопросы, фотоальбомы, фонограммы экспонаты музея. Бланки медицинской документации.
- 11. Череп и нижняя челюсть.
- 12. Рентгенологические снимки больных, рак нижней и верхней челюсти.
- 13. Тематические больные, истории болезней.
- 14. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель и др).

VIII. виды контроля знаний, умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводятся в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых балах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общения с больным, заполнения медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

IX. Самостоятельная работа студента.

- 7. Составит таблицы гистологической квалификации первичных злокачественных опухолей (саркома). дифференциальной диагностике кисты слюнной желез
- 8. Составит таблицу «пути лимфоотока челюстных костей».

X. Контрольные вопросы.

- 14. Анатомическое строение верхней челюсти.
- 15. Анатомическое строение нижней челюсти.
- 16. Кровоснабжение и иннервация челюстных костей.
- 17. Пути лимфоотока челюстно-лицевой области.
- 18. Методы исследования в онкологии.
- 19. Современные принципы лечения онкологических заболеваний.
- 20. Гистологическое классификация первичного злокачественных костных опухолей (саркома).
- 21. Рак нижней челюсти, классификация, диагностика.
- 22. Рак верхней челюсти, классификация, диагностика.
- 23. Саркома челюстей, локализация, клинические проявления, дифференциальный диагноз.

XI. ЛИТЕРАТУРА.

- 10. Петрова. Н.Н. Холдина. С. Н. «Злокачественные опухоли (клиническое руководство)» 1952 г.

11. Колесов. А. А. «Новообразования лицевого скелета» М. 1969.

12. Рабустова. Т. Т. «Хирургическая стоматология» 2000 г.

Ситуационные задачи:

Ситуационная задача №1

Больная 41 год, жалуется на приступообразные боли по ходу нижнеальвеолярного нерва слева. Боли беспокоят несколько месяцев. Обращалась к стоматологу, который не обнаружил одонтогенной причины болевого синдрома и направил больную к невропатологу, который назначил лекарственную терапию (аналгетики и седативные препараты) в течение месяца. Улучшения не было, за это время появилась подвижность зубов, позднее появилось онемение нижней губы слева и ощущение «ватных» зубов на нижней челюсти слева. В левой поднижнечелюстной области появились два увеличенных, подвижных лимфатических узла.

- a. Наметьте план обследования.
- b. Подготовьте диагноз.
- c. В случае обнаружения злокачественного образования наметьте план лечения.

Ответ.

1. Провести электродиагностику зубов нижней челюсти слева. Провести рентгенологическое обследование тела нижней челюсти. При обнаружении рентгенологических изменений в костной ткани челюсти провести цитологическое исследование.

2. На основании отсутствия одонтогенной и нейрогенной причины болевого синдрома, а также наличие симптома Венсона, увеличенных лимфоузлов левой поднижнечелюстной области в случае положительного морфологического исследования у больного может быть поставлен диагноз: первичный рак нижней челюсти слева.

3. Предоперационная лучевая терапия:

a) операция частичной резекции нижней челюсти с футляро-фасциальным иссечением лимфатического аппарата и жировой клетчатки шеи справа; б) послеоперационная реабилитация и в случае благоприятного исхода, через полтора костная пластика нижней челюсти слева.

Ситуационная задача №2

Больной 49 лет, жалуется на боль правой половине лица, скуровидное отделяемое из правой половины носа с неприятным запахом. Боли купировал приемом анальгетиков. Выделения и запах появились около 2-3 недель назад. После осмотра в полости рта отмечается выраженная подвижность интактных жевательных зубов верхней челюсти справа и незначительная деформация альвеолярного отростка и бугра верхней челюсти справа.

- a. Поставьте предварительный диагноз.
- b. Проверьте его обоснование.
- c. Какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза.
- d. Составьте план лечения.

Ответ

1. Рак верхней челюсти справа.
2. Локализация, симптоматика, боли, подвижность зубов, выделения из носа и специфический запах позволяют предположить наличие рака верхней челюсти справа. В соответствии с первым статусом новообразования исходит из наружно заднего сегмента верхнечелюстной пазухи по Онгрену.
3. Рентгенологическое и морфологическое обследование.
4. 1-провести предоперационную лучевую терапию. 2-провести протез-обтуратор на верхнюю челюсть. 3-провести операцию половинной резекции верхней челюсти справа с одномоментным удалением лимфатического опора шеи справа. 4-послеоперационный курс лучевой терапии.
5. Реабилитационные мероприятия в послеоперационный период.

Ситуационная задача №3

Больной, 51 год, явился на прием с жалобами на не заживание лунки 67. В течение нескольких месяцев больного беспокоят боли неопределенного характера в области верхней челюсти слева. Неоднократные обращения к невропатологу и стоматологу, а также прописанные ими медикаментозное лечение улучшение не принесло. Стала отмечаться значительная подвижность лунки 67, которые были в последствие удалены, после чего лунки удаленных зубов не заживают в течении пяти месяцев, несмотря на дважды проведенную их ревизию.

- a. На основании анализа поставьте предварительный диагноз.
- b. Определите в чем ошибка стоматолога.
- c. Наметьте план обследования для подтверждения окончательного диагноза.
- d. Составьте план лечения.

Ответ

1. Рак верхней челюсти слева.
2. Врач провел достаточно обследование перед удалением зубов, не провел морфологическое исследование, хотя дважды проводил ревизию не заживаемых лунок.
3. Рентгенологическое и морфологическое обследование.
4. Предоперационная лучевая терапия, резекция верхней челюсти предварительным изготовлением протеза –обтуратора и реабилитационные мероприятия в послеоперационный период.

III Контрольные тесты.

II. Уровень.

- 1) Основными клиническими симптомами первичного рака нижней челюсти является:

- A. гиперсаливация
- Б. Обнажение кости
- В. подвижность интактных зубов
- Г. парез мимической мускулатуры
- Д. Эрозия, язва с инфильтрационными краями.

- 2) Основным методом лечения рака нижней челюсти является операция:

- A. химиотерапия
- Б. Лучевая терапия
- В. операция Крайля
- Г. комбинированное лечение
- Д. Половинная резекция челюсти.

- 3) Первичный рак нижней челюсти развития из:

- A. Эпитемия

- Б. Нервной
- В. лимфатической
- Г. соединительной ткани
- Д. Эпителия островков малассе.

4) Рак верхней челюсти на ранних стадиях метастазирует в:

- А. шейные.
- Б. Глубокие шейные
- В. заглоточные и шейные
- Г. мягкие кости гематогенным путем.
- Д. Поднижнечелюстные и шейные лимфоузлы.

5) Остеогенная саркома челюстей метастазирует в:

- А. шейные.
- Б. Глубокие шейные
- В. заглоточные и шейные
- Г. мягкие кости гематогенным путем.
- Д. Поднижнечелюстные и шейные лимфоузлы.

6) Наиболее часто встречающейся локализацией первичного рака нижней челюсти является:

- А. тело.
- Б. угол.
- В. ветвь.
- Г. мышечковый отросток.
- Д. Фронтальный и боковой отделы.

7) Одним из основных хирургических методов лечения рака верхнечелюстной пазухи являются:

- А. СВЧ-гипертермия
- Б. Операция Крайля
- В. операция по Бильроту
- Г. операция Колдуэл-Люкой
- Д. Резекция верхней челюсти

8) Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти является:

- А. насморк
- Б. Снижение зрения
- В. кровотечение из носа
- Г. патологические разрастания в лунке удаленного зуба верхней челюсти.

III Контрольные тесты.

II Уровень:

8) Рак верхнечелюстной пазухи развития из:

- А. Нервной
- Б. Мышечной
- В. Лимфотический
- Г. Эпителиальной
- Д. Соединительной ткани.

1) а,б,в; 2) д,в,г; 3) в,б; 4) г;

9) Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти является:

- А. насморк
- Б. Снижение зрения
- В. кровотечение из носа
- Г. затруднение носового дыхания.
- Д. Подвижность интактных зубов.

1) а,б,в; 2) б,в,г; 3) в,б, 4) г,д,

- 10) Метастазирование при раке нижней челюсти происходит в лимфатические узлы.
А. заглоточные
Б. подмышечные

В. околоушные

- Г. глубокие линейные ткани
Д. поднижнечелюстные.
1) а,б,в; 2) б,в; 3) в,г; 4) д;
- 11) Рак нижней челюсти дифференцировать с:
А. ретенционной кистой
Б. Полиморфной аденомой
В. хроническим
Г. дистонией
Д. Хроническим остомелитом
1) а,б,в; 2) б,в,г; 3) в,б; 4) д;
- 12) Основными клиническими симптомами первичного рака нижней челюсти является:
А. гиперсаливация
Б. Обнажение кости
В. подвижность интактных зубов
Г. парез мимической мускулатуры
Д. Эрозия, язва с инфильтрационными краями.
1) а,б,в; 2) б,в; 3) а,г ; 4) в,д;
- 13) Саркомы развиваются из:
А. Эпителия
Б. Железистой ткани
В. соединительной ткани
Г. мышечных волокон
1) а,б; 2) б,в; 3) а,г; 4) в,г;
- 14) Симптомами саркомы верхней челюсти является:
А. сукровичное выделение из носа
Б. экзофтальм
В. парез ветвей лицевого нерва
Г. сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания.

Д. Гиперсаливация, ознобы, шифтообразный инфильтрат челюсти.

- 1) а,б,в; 2) б,в; 3) в,д; 4) г;
- 8) Остложенная саркома челюстей метастазирует в:
А. шейные
Б. Глубокие шейные
В. заглоточные и шейные
Г. легкие и кости гематогенным путем
Д. Подбородочные и поднижнечелюстные
1) а,б,в; 2) б,в; 3) в,д; 4) г;

5 курс 10 семестр

Тема. № 16-17. Рак нижней и верхней челюстей.

Саркома ЧЛЮ. Клиника, диагностика лечение. Операция на путях регионарного метостазирования. Рак верхней челюсти эпителиальные источники развития малигнизация. Особенности клиники, диагностики. Методы резекции челюстей

при злокачественных опухолях. Операция Венеха и Кройля. Показания к их применению и их принципиальная схема методики операций.

Преподаватель Абдувахидов Д. А.

Количество часов 6 часа.

II Цель занятия:

На основе полученных знаний обучить студентов диагностике наиболее часто встречающихся рака нижней челюсти и верхней челюсти. Принципам лечения и правильному определению больных на специальное лечение.

III. Задачи практического занятия.

7. Анатомо-топографические особенности нижней и верхней челюсти.
8. Познакомится с классификацией рака нижней и верхней челюсти.
9. Обсудить клинические проявления рака нижней и верхней челюсти.
10. Рассмотреть методы дополнительного обследования больных с раком нижней и верхней челюсти.
11. Познакомиться с консервативными методами лечения рака нижней и верхней челюсти.
12. Ознакомиться принципом хирургических методов лечения рака нижней и верхней челюсти.

IV. Ожидаемые результаты:

8. Студент должен знать анатомическое строение рака верхней и нижней челюсти.
9. Студент должен освоить пути лимфооттока челюстно-лицевой области.
10. Знать классификацию рака нижней и верхней челюсти по TNM.
11. Уметь провести опрос больного с раком нижней и верхней челюсти.
12. Научиться провести клиническое обследование больного с раком верхней и нижней челюсти.
13. Уметь читать рентген снимки.
14. Научиться современным принципам лечения онкологических заболеваний.

V. Содержание практических занятий:

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальности темы занятия, акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах, объясняя необходимость изучения диагностики и лечения больных с заболеваниями рака нижней и верхней челюстей, представляющих наибольшую значимость.

В теоретической части, прежде чем рассматривать вопросы изучаемой темы преподаватель активизирует полученные прежде знания об особенностях строения нижней и верхней челюсти.

I Перечень рассматриваемых вопросов:

6. Классификация рака нижней и верхней челюсти.
7. Дополнительные методы обследования больных с раком нижней и верхней челюсти.
8. Саркома ЧЛЮ, клиника, диагностика, лечения.
9. Методы резекции челюсти при злокачественных опухолях.
10. Операция Венеха и Кройля.

II. При опухолевидных заболеваниях рак нижней и верхней челюстей проводится исследование общий анализ крови, мочи, анализ крови на сахар, рентгенология и томограмма, осмотр Онколога

Рак нижней челюсти

III. Рак нижней челюсти возникает вторично в результате прорастания рака слизистой оболочки альвеолярного отростка и органов полости рта в кость. Рак метастазирует гематогенным путем из челюсти другие органы (желудка молочной железы и др).

Начальная стадия поражения челюсти протекает незаметно после разрушения кортикальной пластинки рак приобретает быстрое течение, появляется боли, зубы в пределах опухоли становятся подвижными. При дальнейшем распространении опухоли в процесс вовлекаются сосудисто-нервные пучки челюсти и появляются

парестезия половины нижней губы. При прорастании в окружающий мягкие ткани возникает ограничение открывания рта, боли при глотании.

Диагностика рака нижней челюсти большую роль играет рентгенографическое обследование. На рентгенограмме отмечаются деструкция костной ткани в виде разрыхления без четких границ по типу «тающего Сохова».

Диагноз рака нижней челюсти устанавливают на основании клиники – рентгенологических данных и подтверждают цитологическими исследованиями. Со скоба с опухолями или открытой блоксией. При увеличении мелафатических узлов исследуют их пункция с целью выявления метастаз опухолей.

Рак нижней челюсти дифференцирует от хронического остиомелита. Лечение рака нижней челюсти комбинированная.

Рак верхней челюсти.

Больные со злокачественными опухолями составляют 6,6 % от общего числа больных. Со злокачественных опухолями ЧЛЮ. Причем 60-70% поражение верхней челюсти.

Необходимо подчеркнуть, что с учетом исхода локализация опухолевого роста принято различать первичные и вторичные опухоли челюстей, первичные опухоли развиваются из слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, соединительно-тканых структур челюстей, из эпителия остатков зубной пластинки.

Эпителиальных элементов тканей идентичной опухолей, как амелобной и эпителиальной выстилки опухолей исходит из одонтогенных частей челюсти. Вторичные опухоли исходит из околочелюстных мягких тканей и на челюсти. Распространяются вторично по мере своего роста или в результате метастазирования. Метастазированная челюсть может быть при раке молочной железы, легких, почки, желудка, щитовидной железы, прямой кишки и других органов. Из всех опухолей наиболее трудное для своевременного выявления представляет опухоль верхней челюсти, первичной исходящих из эпителия верхнечелюстной пазухи.

При локализации опухоли в верхнелатерального отдела верхнечелюстной пазухи могут появиться симптомы связанные с прорастанием опухоли подглазничного нерва, ноющие боли постоянного характера в верхнем медиальном: затруднения носового дыхания, слезотечение, экзофтальм, диплопия.

В нижнем медиальном: затруднения носового дыхания, гнилостно-гнильное и сукровичные выделения со зловонным запахом и примесью крови, боли в области зубов их расшатанность, деформация альвеолярного отростка.

В нижнелатеральном: постоянные ноющие боли в области моляров, подвижность интактных зубов, деформация альвеолярного отростка ограничения открывания рта. Недообследование больного или неправильная интерпретация симптомов заболевания могут служить поводами для проведения необоснованных и даже вредных лечебных мероприятий: физиотерапия, экстракция зубов, внутри ротовых разрезов, повторных ревизий и выскабливание патологически измененной ткани без гистологического исследования.

Клиническая течения злокачественных опухолей нижнечелюстной зависит от локализации опухолей. Возможно центральное и периферическое расположения процесса даёт о себе знать появления без причинных болей, наносящих не редко стреляющий характер по ходу нижнечелюстного нерва. Иногда первым признаком является патологическая подвижность зубов.

Возможен патологический перелом нижней челюсти. В поздних стадиях в процесс вовлекается подчелюстная слюнная железа, затем околоушная, увеличивается язва со стороны полости рта. Следует отметить что для запущенной стадии заболевания обозначается общепринятой символикой «TNM» по тем же признакам, что при других локализациях.

Следует отметить что для запущенных стадий «III-IV» злокачественных опухолей челюстей, так же характерно какиксия очень важным моментом является детальное изучение методов диагностики злокачественных опухолей челюсти.

Целесообразно разработать рентгенодиагностику ценным признаком является появления деструкции стенок верхнечелюстной пазухи выявляемого на рентгенограмму в области скуло-альвеолярного стебля, ниже глазничного нерва, медиальной стенки. Ценные диагностические данные получают исследования промывных вод (цитология). При необходимости биопсия с патологическими исследованиями полученного материала. Дифференциальная диагностика злокачественной опухоли челюстей проводится со следующими заболеваниями: хронический остиомелит, пародонтит, невралгия тройного нерва, хронический пульпит, одонтогенные кисты, доброкачественные опухоли, опухольподобные образование челюстей.

Лечение злокачественных опухолей зависит от стадии заболевания и в каждом конкретном случаи является индивидуальным: наиболее эффективным в начальных случаях является комбинированный метод который предусматривает:

6. Предоперационная санацию полости рта.
7. Предоперационную лучевую терапию.
8. предоперационную ортопедическую подготовку.
9. Резекцию верхнечелюстной, внутритканевой радиотерапии.
10. Лимфангезектомию

По показанием производится перевязка наружной сонной артерии и его ветвей, хорошие результаты дает применения интратрахеальной химиотерапию, в зону нижних стадий. При наличии добавляют к системному лечению цитоскопию (или лучевую терапию в области отдаленной метастазы).

Операция на путях регионарного метастазирования. Целью операции является устранения регионарных метастазов с клетчаткой шеи.

Удаление лимфатического аппарата шеи проводят путем функционально-футлярного исследования шейной клетчатки. Операция Кройля и в редких случаях операции Венахий. Операцию функционально-футлярного лечения проводят при наличии следемого одиночного метастаза с одной или обеих сторон шеи, а так же клинически отсутствующих метастазов нижней челюсти.

Фасциально-футлярное иссечения клетчатки шеи заключается в удалении клетчатки с лимфатическими узлами боковой поверхности шеи и поднижнечелюстной области. Проводят Т образный разрез кожи на шеи предложенный Кройлем. После от препарирования кожных лоскутов рассечение фасций шеи и подкожной мышцы шеи обнажает и обводят кивательную мышцу перевязывают наружную яремную вену, в надключичной области отделяют внутреннюю яремную вену от клетчатки с узлами. Нервный пучок шеи резецируют нижний полюс околоушной слюной железы, выделяют клетчатки с лимфатическими узлами поднижнечелюстной слюной железы, подчелюстного треугольника.

Конечным этапом является удаления тканей с последующим ушиванием раны.

Операцию можно проводить одновременно с двух сторон

В практические части занятия проводятся курация больных по теме если тематических больных нет студенты, создав группы 3 человека, один из которых имитирует больного с различными заболеваниями рак нижней и верхней челюсти Саркома ЧЛЮ. Другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез, заболевания) осмотр (визуальной пальпаторно верхней и нижней челюсти органов полости рта). При этом оцениваются знания как студента – «больного» правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента – «врача» насколько корректно, логично, целенаправленно со знанием темы проводить обследование больного. При обследовании больных необходимо научить студента определит размер опухоли. Консистенция,

подвижность, локализации опухоли на верхней и нижней челюсти, различать опухоль первичным или вторичным, метастазирован опухоль на органа «TNM»

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия Пурувня сложности (приложение 4)

В конце занятия проводится обсуждения полноты теоретических знаний студентов, правильности проведения этапов обследования больных, интерпретации ситуационных задач, документных при этом ошибок каждым из студентов.

Преподавательские заметки.

9. Проверка базового знания студентов по опросным листам, содержащим контрольные вопросы (приложение 1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко, четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками. (45 минут).
10. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-7 мин для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знания. Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия (приложение 2). Через 5-7 минут обдумывания и решения задачи приступаю к обсуждению между подгруппами. Таким образом ни один студент не остается в стороне от усвоения темы занятия. (45 минут).
11. Практическая часть занятия проводится в клинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная). Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализирует полученные данные студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля уровня усвоения данной темы (приложение 4). (135 минут).
12. В конце занятия проводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

Преподаватель задает домашнее задание:

- A. контрольные вопросы следующей темы.
- B. Темы самостоятельных работ студента.
- C. Перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VI. Раздаточный материал.

13. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 1).
14. ситуационные задачи (приложение 2).
15. тесты I уровня (приложение 3).
16. тесты II уровня сложности (приложение 4).

VII. Оснащение практического занятия.

15. Диопроктор и слайды «рак нижней и верхней челюсти».
16. Учебная таблица со схемой рак верхней и нижней челюстей.
17. Контрольные вопросы, фотоальбомы, фонограммы экспонаты музея. Бланки медицинской документации.
18. Череп и нижняя челюсть.
19. Рентгенологические снимки больных, рак нижней и верхней челюсти.

20. Тематические больные, историй болезней.
21. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель и др).

VIII. виды контроля знаний, умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводятся в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых балах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общения с больным, заполнения медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

IX. Самостоятельная работа студента.

9. Составит таблицы гистологической квалификации первичных злокачественных опухолей (саркома). дифференциальной диагностике кисты слюнной желез
10. Составит таблицу «пути лимфоотока челюстных костей».

X. Контрольные вопросы.

24. Анатомическое строение верхней челюсти.
25. Анатомическое строение нижней челюсти.
26. Кровоснабжение и иннервация челюстных костей.
27. Пути лимфоотока челюстно-лицевой области.
28. Методы исследования в онкологии.
29. Современные принципы лечения онкологических заболеваний.
30. Гистологическая классификация первичного злокачественных костных опухолей (саркома).
31. Рак нижней челюсти, классификация, диагностика.
32. Рак верхней челюсти, классификация, диагностика.
33. Саркома челюстей, локализация, клинические проявления, дифференциальный диагноз.

XI. ЛИТЕРАТУРА.

13. Петрова. Н.Н. Холдина. С. Н. «Злокачественные опухоли (клиническое руководство)» 1952 г.
14. Колесов. А. А. «Новообразования лицевого скелета» М. 1969.
15. Рабустова. Т. Т. «Хирургическая стоматология» 2000 г.

Ситуационные задачи:

Ситуационная задача №1

Больная 41 год, жалуется на приступообразные боли по ходу нижнечелюстного нерва слева. Боли беспокоят несколько месяцев. Обращалась к стоматологу, который не обнаружил одонтогенной причины болевого синдрома и направил больную к невропатологу, который назначил лекарственную терапию (аналгетики и седативные препараты) в течение месяца. Улучшения не было, за это время появилась подвижность зубов, позднее появилось онемение нижней губы слева и ощущение «ватных» зубов на нижней челюсти слева. В левой поднижнечелюстной области появились два увеличенных, подвижных лимфатических узлов.

- a. Наметьте план обследования.
- b. Подготовьте диагноз.
- c. В случае обнаружения злокачественного образования наметьте план лечения.

Ответ.

1. Провести электродиагностику зубов нижней челюсти слева. Провести рентгенологическое обследование тела нижней челюсти. При обнаружении рентгенологических изменений в костной ткани челюсти провести цитологическое исследование.

2. На основании отсутствия одонтогенной и нейрогенной причины болевого синдрома, а также наличие симптома Венсона, увеличенных лимфоузлов левой поднижнечелюстной области в случае положительного морфологического исследования у больного может быть поставлен диагноз: первичный рак нижней челюсти слева.

3. Предоперационная лучевая терапия:

а) операция частично резекции нижней челюсти с футляро-фасциальным иссечением лимфатического аппарата и жировой клетчатки шеи справа; б) послеоперационная реабилитация и в случае благоприятного исхода, через полтора костная пластика нижней челюсти слева.

Ситуационная задача №2

Больной 49 лет, жалуется на боль правой половине лица, сукровичное отделение из правой половины носа с неприятным запахом. Боли купировал приемом анальгетиков. Выделения и запах появились около 2-3 недель назад. После осмотра в полости рта отмечается выраженная подвижность интактных жевательных зубов верхней челюсти справа и незначительная деформация альвеолярного отростка и бугра верхней челюсти справа.

- a. Поставьте предварительный диагноз.
- b. Проверьте его обоснование.
- c. Какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза.
- d. Составьте план лечения.

Ответ

6. Рак верхней челюсти справа.
7. Локализация, симптоматика, боли, подвижность зубов, выделения из носа и специфический запах позволяют предположить наличие рака верхней челюсти справа. В соответствии с первым статусом новообразования исходит из наружно заднего сегмента верхнечелюстной пазухи по Онгрину.
8. Рентгенологическое и морфологическое обследование.
9. 1-провести предоперационную лучевую терапию. 2-провести протез-обтуратор на верхнюю челюсть. 3-провести операцию половинной резекции верхней челюсти справа с одномоментным удалением лимфатического аппарата шеи справа. 4-послеоперационный курс лучевой терапии.
10. Реабилитационные мероприятия в послеоперационный период.

Ситуационная задача №3

Больной, 51 год, явился на прием с жалобами на не заживание лунки 67. В течение нескольких месяцев больного беспокоят боли неопределенного характера в области верхней челюсти слева. Неоднократные обращения к невропатологу и стоматологу, а также прописанные ими медикаментозное лечение улучшение не принесло. Стала отмечаться значительная подвижность

лунки 67, которые были в последствие удалены, после чего лунки удаленных зубов не заживают в течении пяти месяцев, несмотря на дважды проведенную их ревизию.

- a. На основании анализа поставьте предварительный диагноз.
- b. Определите в чем ошибка стоматолога.
- c. Наметьте план обследования для подтверждения окончательного диагноза.
- d. Составьте план лечения.

Ответ

5. Рак верхней челюсти слева.
6. Врач провел достаточно обследование перед удалением зубов, не провел морфологическое исследование, хотя дважды проводил ревизию не заживаемых лунок.
7. Рентгенологические и морфологические обследование.
8. Предоперационная лучевая терапия, резекция верхней челюсти предварительным изготовлением протеза –обтуратора и реабилитационные мероприятия в послеоперационный период.

III Контрольные тесты.

III. Уровень.

- 1) Основными клиническими симптомами первичного рака нижней челюсти является:

- A. гиперсаливация
- Б. Обнажение кости
- В. подвижность интактных зубов
- Г. парез мимической мускулатуры
- Д. Эрозия, язва с инфильтрационными краями.

- 2) Основным методом лечения рака нижней челюсти является операция:

- A. химеотерапия
- Б. Лучевая терапия
- В. операция Крайля
- Г. комбинированное лечение
- Д. Половинная резекция челюсти.

- 3) Первичный рак нижней челюсти развития из:

- A. Эптемия
- Б. Нервной
- В. лимфатической
- Г. соединительной ткани
- Д. Эпителия островков малассе.

- 4) Рак верхней челюсти на ранних стадиях метастазирует в:

- A. шейные.
- Б. Глубокие шейные
- В. заглоточные и шейные
- Г. мягкие кости гематогенным путем.
- Д. Поднижнечелюстные и шейные лимфоузлы.

- 5) Остеогенная саркома челюстей метастазирует в:

- A. шейные.
- Б. Глубокие шейные
- В. заглоточные и шейные
- Г. мягкие кости гематогенным путем.
- Д. Поднижнечелюстные и шейные лимфоузлы.

- 6) Наиболее часто встречающейся локализацией первичного рака нижней челюсти является:

- А. тело.
- Б. угол.
- В. ветвь.
- Г. мышелковый отросток.
- Д. Фронтальный и боковой отделы.

7) Одним из основных хирургических методов лечения рака верхнечелюстной пазухи являются:

- А. СВЧ-гипертермия
- Б. Операция Крайля
- В. операция по Бильроту
- Г. операция Колдуэл-Люкой
- Д. Резекция верхней челюсти

8) Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти является:

- А. насморк
- Б. Снижение зрения
- В. кровотечение из носа
- Г. патологические разрастания в лунке удаленного зуба верхней челюсти.

III Контрольные тесты.

II Уровень:

15) Рак верхнечелюстной пазухи развития из:

- А. Нервной
- Б. Мышечной
- В. Лимфотический
- Г. Эпителиальной
- Д. Соединительной ткани.

1) а,б,в; 2) д,в,г; 3) в,б; 4) г;

16) Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти является:

- А. насморк
- Б. Снижение зрения
- В. кровотечение из носа
- Г. затруднение носового дыхания.
- Д. Подвижность интактных зубов.

1) а,б,в; 2) б,в,г; 3) в,б, 4) г,д,

17) Метастазирование при раке нижней челюсти происходит в лимфатические узлы.

- А. заглоточные
- Б. подмышечные

В. околояремные

- Г. глубокие линейные ткани
- Д. поднижнечелюстные.

1) а,б,в; 2) б,в; 3) в,г; 4) д;

18) Рак нижней челюсти дифференцировать с:

- А. ретенционной кистой
- Б. Полиморфной аденомой
- В. хроническим
- Г. дистонией
- Д. Хроническим остомелитом

1) а,б,в; 2) б,в,г; 3) в,б; 4) д;

19) Основными клиническими симптомами первичного рака нижней челюсти является:

- А. гиперсаливация
 Б. Обнажение кости
 В. подвижность интактных зубов
 Г. парез мимической мускулатуры
 Д. Эрозия, язва с инфильтрационными краями.
 1) а,б,в; 2) б,в; 3) а,г ; 4) в,д;
- 20) Саркомы развиваются из:
 А. Эпителия
 Б. Железистой ткани
 В. соединительной ткани
 Г. мышечных волокон
 1) а,б; 2) б,в; 3) а,г; 4) в,г;
- 21) Симптомами саркомы верхней челюсти является:
 А. сукровичное выделение из носа
 Б. экзофтальм
 В. парез ветвей лицевого нерва
 Г. сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания.
- Д. Гиперсаливация, ознобы, шифтообразный инфильтрат челюсти.**
 1) а,б,в; 2) б,в; 3) в,д; 4) г;
- 8) Остлогенная саркома челюстей метастазирует в:
 А. шейные
 Б. Глубокие шейные
 В. заглоточные и шейные
 Г. легкие и кости гематогенным путем
 Д. Подбородочные и поднижнечелюстные
 1) а,б,в; 2) б,в; 3) в,д; 4) г;

І. Тема практического занятия №3: Планирование восстановительных мероприятий. Пластика местными тканями. Основные принципы планирования восстановительных операций челюстно-лицевой области и шеи. Виды пластических операций и пересаживаемых тканей. Показания к применению пластики местными тканями. Основные методы пластики лица местными тканями

Преподаватель: Ишанходжаева Ф.У.
Количество часов - ____ часа

Структура занятия

ШАГИ	ЦЕЛЬ	ОПИСАНИЕ
ПРОВЕРКА	Проверка базового знаний студентов (по опросным листам).	• Требуются короткие и точные ответы на вопросы. • Не допускайте дискуссии; • Не допускайте использования записей в конспектах, а также учебников; • Опрос заканчивается постановкой рейтингового балла в журнал и объявлении их студентам.
ОБЗОР	Установление	• Сделайте обзор работы предстоящего

	мотивации изучения данной темы и ввести их в курс изучаемого материала.	занятия. • Раскройте задачи обучения данного занятия. • Определите мотивацию получения студентами данной информации.
ПРЕЗЕНТАЦИЯ	Обсуждение темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач и контрольных тестов 1 уровня).	• Каждому студенту дайте опросный лист с описанием ситуационных задач одинакового содержания; • Дайте 5-7 мин для обдумывания; • Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, взаимного консультирования присутствующих; • При обсуждении раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии; • Подтвердите правильный выбор версии на демонстрационных материалах (слайды, учебные плакаты, фильмы, муляжи и т.д.).
ПРАКТИКА	Выработка практических навыков студентов по определению показаний к хирургическим методам лечения патологии пародонта и по применению на практике простейших способов такого лечения (прием больных).	• Обеспечьте контроль работы студентов с больными; • Независимо стационар или поликлиника – не допускайте приема больных студентами без контроля преподавателя или лечащего врача; • Дайте возможность студенту прийти к самостоятельному решению, только после этого внесите коррекцию.
ИТОГ	Подвести итог занятию, уточнить, что было усвоено. Дать задания к следующему занятию. Объявить темы для СРС.	• Проведите обсуждение истории болезни (амбулаторных карт) осмотренных (принятых) больных. • Дайте каждому студенту по 1 контрольному тесту 2 уровня. • При этом не разрешайте пользоваться записями в конспектах или учебными пособиями. • Сделайте резюме по теме и по проделанной работе студентов.

II. Цель занятия:

-  Ознакомить студентов с методами пластики и восстановительными операциями для формирования формы органов и восстановления их функций.
-  Обучить студентов основам планирования восстановительных операций, с видами операций на мягких тканях и костях челюстно-лицевой области.
-  Ознакомить с показаниями и противопоказаниями к восстановительным операциям челюстно-лицевой области.

III. Перечень рассматриваемых вопросов по теме и методы их реализации:

- Особенности планирования восстановительных операций челюстно-лицевой области и шеи в зависимости от:
 - 1) локализации дефектов и деформаций;
 - 2) величины дефектов и деформаций;
 - 3) глубины дефектов и деформаций;
- Показания и методы закрытия дефектов с помощью местных тканей:
 - 1) с краев дефекта;
 - 2) перемещения треугольных лоскутов по Лимбергу;
- Обучить студентов на тканях методам пластики местными тканями.

IV. Преподавательские заметки по теме практического занятия № ____

Содержание занятия	Демонст. материалы
I. Введение А. Вводная информация Б. Чему вы научитесь? В. Показания и противопоказания к применению восстановительных операций; Г. Методы различных восстановительных операций; Д. Методика пластики местными тканями. Дефекты и деформации органов ЧЛО могут быть следствием всевозможных заболеваний (волчанка, сифилис, нома и др.) и повреждений; дефекты могут быть после онкологических операций, а также могут иметь возрастной и врожденный характер. Дефекты и деформации могут сопровождаться только нарушением формы органа или чаще сопровождаются нарушением функции органа.	Слайды, муляжи, тематические плакаты. Рентгеновские снимки, схемы, фотографии больных.

Наиболее тяжелыми и сложными являются дефекты и деформации, локализующиеся в области губ, носа и глаз, которые приводят к нарушениям функции данной области (нарушение зрения, дыхания, открывания рта).

Изучая историю развития восстановительных операций, можно убедиться, что все они ведут свое начало от кожной пластики. Ю.К.Шимановский называет кожную пластику «операцией на поверхности человеческого тела».

Из всех восстановительных операций кожная пластика применяется в настоящее время чаще других. Методы ее чрезвычайно многообразны. Часть их, сохранившаяся до настоящего времени, насчитывает сотни и даже тысячи лет. К таким операциям на коже относится свободная пересадка кожи, перемещение лоскутков кожи, использование лоскутов на ножке и т.д.

Многие виды кожной пластики получили широкое распространение и стали возможными только в последнее время, в эпоху расцвета антибиотиков. К ним относятся пересадка кожи на гранулирующие раны, пересадка кожи на заведомо инфицированную рану и т.д. мы считаем, что существующие в значительном количестве методы кожной пластики должны быть объединены в определенные основные группы, что облегчит их понимание и даст возможность внедрить их в широкую хирургическую пластику.

Придерживаются следующей классификации:

- 1) пластика местными тканями;
- 2) пластика лоскутом на ножке и филатовским стеблем;
- 3) свободная пересадка кожи.

Какая бы операция на коже ни производилась, всегда можно отнести ее к той или иной из указанных нами групп. Прежде чем описывать эти операции, необходимо рассказать о некоторых деталях операций на лице, которыми нужно руководствоваться, чтобы достигнуть желаемого успеха.

Успех операции обуславливается не только правильным планированием ее и хорошей техники, о чем мы уже говорили, но и правильным проведением операционных разрезов, тщательной подгонкой краев операционной раны, хорошим

гемостазом и многими другими деталями, важными для хорошего результата операции. Для хорошего заживления операционной раны и получения правильного, малозаметного рубца после операции на лице значительную роль играет разрез кожи.

Зачастую хирурги в процессе операции используют несколько методов пластики, например, прибегают к пересадке филатовского стебля, свободной пересадке кожи и слизистой оболочки или комбинации этих двух тканей – по А. А. Лимбергу, Ю. К. Шимановскому, В. П. Филатову, Г. В. Кручинскому, Авве, Bruns, Burian, Bugow, Diffenbach, Estlander, Gilis, Lexer, Михельсону Н.М., Ю.И.Бернадскому, Хитрову, Бурихановой С.У., Иоанидису Г.П., Каспаровой Б.В., Э.У.Махкамову и др.

- 1) Небольшие дефекты можно устранить путем широкой мобилизации краев раны, образования и использования опрокидывающихся лоскутов, подкожной клетчатки, перемещения встречных лоскутов или создания правильных геометрических фигур по Ю. К. Шимановскому и т.д.
- 2) Пластика встречными треугольными лоскутами по методу А.А.Лимберга обычно применяется при небольших линейных рубцовых изменениях; для устранения этих дефектов образуют треугольные лоскуты кожи в области губы или щеки (45* и 90*, 45* и 135*, 45* и 120* и т.д.).
- 3) Пластика по Ю. К. Шимановскому проводится для закрытия дефектов на широкой ножке с окружающих тканей путем перемещения и скольжения лоскута. Основоположником этого метода является Ю. К. Шимановский, который в своей книге «Операции на поверхности человеческого тела» (1869) систематизировал все операции с перемещением кожных лоскутов в зависимости от формы дефектов, путем создания простейших геометрических фигур (треугольник, четырехугольник, овал).

V. Оснащение практического занятия:



Учебные таблицы со схемой строения кожи и методами хирургических операций на лице;

-  Кусочки тканей с линейкой, ножницами и фломастером для кройки и шитья различных лоскутов;
-  Слайды, фотографии больных.

VI. Литература:

1. Т. Г. Робустова. «Хирургическая стоматология». – М.; Медицина, 1990. – с 543 - 567.
2. Н.М.Михельсон. «Восстановительные операции челюстно-лицевой области». – М.: Медицина, 1962, стр. 26 – 31.
3. Ю.И.Бернадский «Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области». – Киев, 1990, стр. 217 – 222.

Приложение.

I. Вопросы для контроля базового знания студентов.

- 1) Сущность восстановительных операций ЧЛО;
- 2) Особенности дефектов и деформаций лица и шеи;
- 3) Виды дефектов;
- 4) Показания к хирургическим методам операций на лице и шее;
- 5) Противопоказания к применению хирургического лечения;
- 6) Методы восстановления операций на лице;
- 7) Методы лоскутной пластики местными тканями;
- 8) Пластика лоскутами на ножке;
- 9) Пластика филатовским стеблем;
- 10) Свободная пересадка кожи сложных лоскутов (микрохирургические операции).

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача №1.

У больного 42 лет установлен диагноз: деформирующий рубец в области верхней губы справа. При обследовании установлено: дефект линейный в области кожи и подкожной жировой клетчатки длиной 3 см. на слизистой оболочке без особенностей. При открывании и закрывании полости рта деформация увеличивается.

1. Определите показания к хирургическому лечению.
2. Обследуйте приротовую область.
3. Обоснуйте метод пластики данного дефекта.

Ответ:

1. Появление деформаций при открывании рта требует восстановительной операции;
2. Наличие рубца мягкого или плотного (келоидного), локализующегося только на коже, требует дифференцированного лечения;
3. А) при наличии мягкого безболезненного рубца после иссечения деформирующего рубца нужно мобилизовать окружающие мягкие ткани и наложить послойные швы.
Б) при наличии грубого келоидного рубца необходимо сначала провести физиотерапевтическое или медикаментозное лечение (лидазой, кеналогом) с последующей операцией.

Ситуационная задача №2.

У больного 75 лет определяется дефект ушной раковины после хирургического иссечения опухоли. Если срок после операции 6 месяцев, показана ли восстановительная операция на ушной раковине: если нет, почему? Если да, какая?

Ответ:

1) Восстановительная операция не показана, т.к. прошло всего 6 месяцев; противопоказанием к проведению операции является возраст больного, т.к. больному требуется операция на мягких тканях, которые не могут быть использованы как пластический материал.

Ситуационная задача № 3.

У больного 35 лет имеется обширный рубец правой подглазничной области с выворотом нижнего века. Дефект образовался после ожога пламенем. Окружающие мягкие ткани мягкие, свободно обираются в складку. Размеры дефекта 3 х 4 см, овальной формы.

- 1) Обследуйте дефект. Определите глубину поражения;
- 2) Обоснуйте метод выбранной вами пластики.

Ответ:

- 1) Дефект кожи с подкожной жировой клетчаткой овальной формы без поражения слизистой и надкостницы, подвижный, безболезненный.
- 2) Заккрытие дефекта поверхностного в подглазничной области можно производить скользящим лоскутом в скуловисочной области по Ю. К. Шимановскому.

III. Контрольные тесты I уровня:

- 1) Пластика встречными треугольными лоскутами разработана:

А. А.А. Лимбергом;
Б. Ю.К. Шимановским;
В. Тиршем;
Г. Краузе;
Д. Обуховой.

- 2) Пластика путем создания правильных геометрических фигур разработана:

А. Ю.К. Шимановский;
Б. А. А. Лимберг;
В. Ю.И.Бернадский;
Г. Г.П. Иоанидис.

- 3) Показанием к восстановительной операции ЧЛО является:

А. выворот нижнего века;
Б. деформирующий рубец кончика носа;
В. дефект верхней губы;
Г. макростома;
Д. деформация верхней губы.

- 4) Противопоказанием к восстановительной операции ЧЛО является:

А. туберкулез кожи;
Б. наличие обширного дефекта;
В. наличие глубокого дефекта;
Г. наличие келоидного рубца;
Д. наличие атрезий носового прохода.

- 5) Стебельчатый лоскут на ножке предложен:

- А. В.Ф. Филатовым;
- Б. Бернадским Ю.И.
- В. Шимановским Ю.К.
- Г. Тиршем;
- Д. Краузе.

6) Операции местными тканями возможны при:

- А. наличии подвижной подкожной жировой клетчатки в окружающих тканях;
- Б. при отсутствии подкожной клетчатки;
- В. при рубцовых изменениях мягких тканей;
- Г. при дефектах костной ткани;
- Д. при дефектах хряща.

7) Общим противопоказанием к восстановительным операциям ЧЛЮ является:

- А. анемия;
- Б. обширного дефекта;
- В. возраст больного;
- Г. наличие язвы вокруг дефекта;
- Д. наличие трещин.

8) Приобретенные дефекты не бывают:

- А. врожденные;
- Б. после травмы;
- В. после удаления опухоли;
- Г. после перенесенного туберкулеза;
- Д. после перенесенного сифилиса.

Контрольные тесты II уровня:

1. К местнопластическим операциям не относятся:

- А. перемещение треугольных лоскутов по Лимбергу;
- Б. операции по методу Шиманоовскому;
- В. метод Филатова;
- Г. метод Краузе;
- Д. метод Йодефа.

1 АБ 2 АГ 3 ВД 4 АД 5 БВ

2. К пластике по методу Ю.А.Шимановского относится:

- А. овального лоскута.
- Б. треугольного лоскута.
- В. треугольного лоскута.
- Г. лоскута на питающей ножке.
- Д. лоскута Филатова.

1 АБ 2 ВГ 3 АД 4 ВД 5 АГ

3. При пластике по методу Лимбергу А. А. проводится:

- А. разрезы зет – образной формы;
- Б. разрезы N-образной формы;
- В. четырехугольной формы;
- Г. пятиугольной формы;

Д. овальные.

1 АБ 2 БВ 3 ВГ 4 ГД 5 АГ

4. Восстановительные операции на лице могут быть проведены после:

А. удаления опухоли;

Б. после заживления ран;

В. после гриппа;

Г. после кори;

Д. после паротита.

1 АБ 2 БВ 3 ГД 4 ВГ 5 АГ

5. К местнопластическим операциям относятся:

А. сближение краев раны путем мобилизации окружающих тканей;

Б. создание треугольных лоскутов А.А.Лимберга;

В. создание лоскута Филатова;

Г. путем создания лоскута на ножке;

Д. создание лоскута Краузе.

1 АБ 2 БВ 3 ВГ 4 ГД 5 АГ

6. Местные пластические операции можно проводить при:

А. поверхностных дефектах;

Б. линейных дефектах;

В. глубоких дефектах;

Г. неподвижных мягких тканях;

Д. рубцовых тканях.

1 АБ 2 БВ 3 ВГ 4 ГД 5 АГ

7. Книга «Операции на поверхностях человеческого тела» (1869) написана:

А. Шимановским Ю.К.

Б. Лимбергом А. А.

В. Филатовым;

Г. Риверденом;

Д. Ю.И. Бернадским.

8. Треугольники А. А. Лимберга бывают:

А. симметричные;

Б. асимметричные;

В. четырехугольные;

Г. многоугольные;

Д. овальные.

1 АБ 2 БВ 3 ВГ 4 ГД 5 АГ.

1. Тема практического занятия 5:

Пластика стебельчатым лоскутом Филатова. Показания и противопоказания к применению стебельчатого лоскута Филатова для пластики дефектов и деформаций ЧЛЮ. Основные разновидности стебля и методы их заготовки и миграции.

Биологические особенности приживления пересаженного стебля Филатова.

Количество часов- 6,3 часа.

II. Цель занятия:

Ознакомить студентов с особенностями стебля Филатова, его применением, заготовкой, миграцией, положительными и отрицательными сторонами, а также осложнениями.

III. Задачи практического занятия:

1. Анатомотопографические особенности кожи и подкожножировой клетчатки.
2. Познакомить студентов с показанием и противопоказанием к заготовке стебля Филатова.
3. Научить студентов проводить анализ дефекта, обследовать больного и выбрать место заготовки стебля.
4. Рассмотреть вопросы выбора методики и модификации стебля.
5. Научить студента определять размеры необходимого для данного дефекта и методы миграции его.
6. Определить особенности пластики носа по Хитрову.
7. Познакомить студента с особенностями подготовки стебля к пересадке (тренировка).
8. Рассмотреть вопросы ухода за стеблем и осложнениями.

IV. Ожидаемые результаты:

1. Студент должен знать анатомические особенности ЧЛЮ, мягких тканей, кровоснабжение, иннервацию и их взаимосвязь.
2. Должен уметь провести опрос больного, обследовать область дефекта и область места взятия лоскута.
3. Студент должен освоить принцип заготовки стебля Филатова и связать размеры заготавливаемого лоскута с толщиной и шириной лоскута (1:2, 1:3, и т.д.).
4. Студент должен уметь убедить больного о преимуществе одного метода пластики от другого.
5. Студент должен уметь подготовить больного к пластическим операциям и особенно с использованием стебля Филатова, который является многоэтапным и длительным.
6. Студент должен знать и уметь ухаживать за стеблем и готовить его к миграции.
7. Студент должен знать преимущество носа по Хитрову перед другими методиками.

V. Содержание практического занятия:

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, преимущества, показания к пластике стеблем Филатова, когда отсутствуют данные с использованием других методов пластики т.е. дефект является глубоким с поражением всех или большинства слоев тканей..

В теоретической части преподаватель активизирует полученные прежде знания о пластике, показаниях, противопоказаниях и методах хирургического

лечения дефектов и деформаций, тесно взаимосвязанных с причиной, возрастом и локализацией.

Перечень рассматриваемых вопросов по теме и методы их реализации:

1. Показания к использованию стебля Филатова;
2. Положительные и отрицательные стороны стебля Филатова;
3. Виды филатовского стебля - острый, ускоренный;
4. Модификации филатовского стебля;
5. Особенности заготовки стебля на одной, двух ножках, по Хитрову и т.д.;
6. Тренировка стебля, методы миграции стебля. Уход за стеблем Филатова;
7. Осложнения и их профилактика.

Краткое изложение рассматриваемых вопросов:

- Заготовка стебля Филатова, выбор места в зависимости от величины дефекта.
- Особенности стебля Филатова на одной ножке, на двух ножках, на трех ножках.
- Методика и техника заготовки стебля Филатова на материале.
- Орицательные особенности стебля Филатова и модификация стебля (Шефтель, Бернадский, Кияндский, Жак).
- Методы миграции, подготовка стебля к миграции. Осложнения при заготовке стебля.

В 1916 году впервые В.П.Филатовым был опубликован и применен лоскут, состоящий из кожи и подкожной жировой клетчатки, свернутый в трубочку на двух ножках, которому в последующем было присвоено имя автора.

Аналогичный метод пластики был опубликован Гиллисом, но так как впервые опубликовал Филатов, то приоритет данного метода остался за Филатовым.

Показанием к применению данного метода является наличие по площади и глубине дефектов и сквозных дефектов.

Для заготовки круглого стебля Филатова необходимо, чтобы кожа с подкожной жировой клетчаткой собиралась в складку. И питающая ножка (одна или две) должна собираться в складку без натяжения и без рубцов. Соотношение длины стебля к ширине должно быть 3:1 или 2:1. При нарушении данных показателей будет осложнение в течении приживления лоскута, которое является нежелательным.

В зависимости от размеров требуемого лоскута можно заготовить 1-2 стебля в наиболее подвижных участках тела (живот, спина, кисть руки и т.д.). Для этого на планируемом участке кожа собирается в складку и намечается в первую очередь ширина лоскута, которая является питающей, и от намеченных точек проводятся два параллельных разреза

необходимых размеров (в 2 или 3 раза больше ширины лоскута). Далее кожа с подкожной жировой клетчаткой собирается в складку и т.к. часто очень плохо идет заживление у основания ножек, предложены модификации, уменьшающие натяжение ножки, для чего делаются дополнительные разрезы для закрытия раны под ножкой треугольниками Шефтель, Лимберг, Киянский, Жак.

Оригинальный способ пластики с использованием стебля предложил В.М.Хитров. Он носит название «хитровский нос».

Оригинальным моментом в операции стебля является его многоэтапность и длительность необходимого лечения. В основном за счет необходимого срока приживания на различных этапах миграции.

В 1923 году Б.В.Парин предложил метод ускорения миграции за счет приживания лоскута к предплечью руки и второй метод миграции: пересадка «гусеничным» шагом. Т.о., существуют 3 вида филатовского стебля:

- 1) на двух питающихся ножках (в виде чемоданной ручки);
- 2) острый стебель, когда одна из ножек сразу подшивается к раненой поверхности;
- 3) ускоренный, когда одна из ножек переносится к предплечью (1:2)

В зависимости от требуемой формы и размеров стебель Филатова может быть двухлопастным, трех- и четырехлопастным и прерывистым. При планировании пластики круглым стеблем заранее необходимо предусмотреть способ миграции, вынужденное положение больного.

Биологическая жизнеспособность стебля зависит от кровоснабжения, в главное значение имеет отток - венозная сеть. В связи с чем предложена гипотермия стебля в первые сутки после формирования. Для улучшения кровообращения и оттока после снятия швов больному проводится тренировка стебля и подготовка стебля к следующему этапу операции.

Примерно через 4 недели стебель может быть подготовлен к миграции.

Тренировка стебля проводится путем пережатия ножки, подготовленной к миграции. Другая ножка- питающая- достигает улучшения кровообращения.

Основным показателем состояния филатовского стебля является его температура и цвет. Нормальная температура стебля колеблется от 29 до 31* С. Наиболее частым осложнением при формировании филатовского стебля является расхождение краев раны на стебле и на материнской почве, частичный или полный некроз, рожистое воспаление стебля. Расхождение краев раны возникает вследствие чрезмерного натяжения, из-за образования гематомы (нагноение раны) или в связи с преждевременным снятием швов. Некроз стебля возникает из-за погрешностей в технике операции (неправильные пропорции, небрежное отношение к тканям, чрезмерной подкожной жировой клетчатки или наоборот и т.д.).

Рожистое воспаление является внутрибольничной инфекцией, которая связана со снижением бактерицидной активности кожи, что требует соблюдения правил асептики и антисептики.

Многоэтапность и длительность операции является главной отрицательной стороной, что в последнее время привело к операциям восстановления дефектов и деформаций с помощью микрохирургической техники.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет- студенты, создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного с обширным дефектом лица или шеи, другой - обследующего врача, учатся проводить опрос больного, жалобы, анамнез заболевания, осмотр(визуальный, пальпаторный как в области дефекта- так и в области заготовки стебля- эластичность кожи, толщину жировой клетчатки). При этом оцениваются знания как студента «больного»- правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента- врача, насколько корректно, логично, целенаправленно со знанием темы проводит обследование больного. При обследовании больного необходимо научить студента проводить пальпацию области дефекта, степень открывания полости рта, изменения в прикусе, на слизистой оболочке полости рта, а также в окружающих дефект областях- плотность, болезненность и т.д

В аналитической части проводится решения ситуационных задач по теме занятия II уровня сложности.

В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов, правильности проведения этапов обследования больных, интерпретации ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

VI. Преподавательские заметки.

VII. Раздаточный материал.

VIII. Оснащение практического занятия:

IX. Виды контроля знаний, умений и навыков.

X. СРС.

1. Составить схему заготовки стебля-модификации по Лимбергу, Шефтелю, Жаку.
2. УИРС по теме. История заготовки стебля и формирование носа по Хитрову.

XI. Контрольные вопросы:

1. Строение кожи и подкожной жировой клетчатки.
2. **Общие понятия восстановительных операций при восстановление функции органа или восстановительные операции при нарушении только формы органа.**
3. **Показания и противопоказания к применению стебля Филатова.**
4. **Методика и техника заготовки стебля Филатова**
5. **Модификации стебля Филатова.**
6. **Способы миграции.**
7. **Острый и ускоренный стебель Филатова.**
8. **Уход за больным.**
9. **Осложнения и ошибки при заготовке стебля.**

XII. Литература:

1. Т.Г.Робустова. «Хирургическая стоматология».-М.;Медицина, 1999 -с 550- 559
2. Н.М. Михельсон. «Восстановительные операции ЧЛЮ».-М.;Медицина. 1962. Стр.197-213.
3. Ю.И.Бернадский «Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области».- Киев, 1995,с 113-124.

ТЕМА № 6-7: «СВОБОДНАЯ ПЕРЕСАДКА ТКАНЕЙ.

ОСНОВНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ТКАНИ, КОТОРЫЕ МОЖНО СВОБОДНО ПЕРЕСАЖИВАТЬ В ЧЛЮ.

МЕТОДЫ СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ЛИЦА.

ПРИНЦИП МЕТОДИКИ СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ НА ЛИЦО.»

Количество часов 6,3 часа.

Цель занятия:

Познакомить студентов со свободной пересадкой тканей (кожи, кости, хряща, др) в ЧЛЮ, особенностями свободной пересадки кожи в зависимости от локализации и величины дефекта.

Задачи практического занятия:

1. Анатомические особенности кожи, хряща, кости, жира и др тканей.
2. Виды трансплантатов используемых в медицине и в ЧЛЮ.
3. Познакомить студентов с пересадкой однослойных лоскутов в хирургической стоматологии.
4. Рассмотреть особенности различных трансплантатов используемых в ЧЛЮ.
5. Научить студента выбрать вид трансплантата, размеры его и подготовить больного к пересадке.
6. Рассмотреть вопросы взаимосвязи пересадки кожи, толщины лоскута от величины дефекта.

Ожидаемые результаты:

1. Студент должен знать строение кожи в поперечном разрезе, кровоснабжение, иннервацию, болевую и тактильную чувствительность и их взаимосвязь.
2. Студент должен уметь провести опрос больного, обследовать область дефекта и область взятия лоскута (при) аутопересадке.
3. Студент должен знать, что ауто трансплантат приживает значительно лучше и результаты операции зависят от правильного выбора и величины лоскута.
4. Познакомить студентов, что результаты операции зависят от соблюдения асептики и антисептики и способов взятия лоскута ручными способами или дерматомом.
5. Значительную роль играет фиксация лоскута и уход за больным.

Содержание практического занятия.

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание на проблемах и вопросах пересадки тканей, объясняет необходимость изучения вопросов пересадки-трансплантации тканей и преодоления тканей несовместимости и инфицирования в период операции и послеоперационный период.

В теоретической части, прежде чем рассматривать вопросы изучаемой темы преподаватель активизирует полученные прежде знания о пересадке тканей (трансплантации) и возможных осложнениях в момент и после операции.

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Свободная пересадка тканей –ауто, алло, ксено-имплантация.
2. Выбор метода пересадки тканей –кости, хряща, кожи, жира и тд в зависимости от дефекта и его величины.
3. Пересадка кожи –толстой, тонкой, расщеплённой и их особенности.
4. Подготовка больного-донора и места-ложе для пересадки и профилактика осложнений
5. Пересадка кожи на инфицированную поверхность

Краткое изложение рассматриваемых вопросов:

Свободная пересадка тканей является одной из основных операций восстановительной хирургии. Особенно широко эта операция стала применяться в послевоенные годы при дефектах кости и хряща. Пересадку тканей стали использовать при резекции челюстей, удалении опухолей и на гранулирующие раны. Принято различать пять видов свободной пересадки:

1. Аутогенную (собственных тканей);
2. Сингенную – тканей от организма, идентичного в генетическом отношении;
3. Аллогенную – тканей от организма того же вида;
4. Ксеногенную – тканей от организма другого вида;

заболевания) осмотр (визуальный, пальпоторный – области дефекта). При этом оцениваются знания как студента «больного» -правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента «врача» - насколько корректно, логично, целенаправленно со знанием темы проводит обследование больного. При обследовании больных необходимо научить студента анализ дефекта – глубину и величину дефекта при функции т.е открываний рта, глаз, век и тд, проводить измерения с помощью линейки.

В аналитической части занятия проводится решение ситуационных задач по теме занятия II уровня сложности.

В конце занятия проводится обсуждение полноты теоритических знаний студентов правильности проведения этапов обследования больных, интерпритация ситуационных задач , допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

Преподавательские заметки.

5. Проверка базового знания студентов по опросным листам, содержащим контрольные вопросы (приложение1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса, на который он должен ответить. Ответ может быть дан в устной или письменной форме, кратко. Четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками. (45 минут)

6. Решение контрольных тестов, ситуационных задач.

Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-4 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами. Учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знания.

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задачи по теме занятия (приложение 2). Через 5-7 минут обдумывания и решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом ни один студент не остаётся в стороне от усвоения темы занятия.(45минут)

7. Практическая часть занятия проводится в поликлинике (лечебном кабинете) или стационаре (палата, перевязочная).

Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные студент самостоятельно ставит предварительный диагноз и только после этого преподаватель вносит коррекции. Проверяют правельность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля усвоения данной темы (приложение 4) (1 5минут).

8. В конце занятий подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоритической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл, объявляет его.

b. контрольные вопросы

c. темы самостоятельных работ

d. перечень дополнитнльной литературы (24 минуты)

Раздаточный материал.

3. контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4)

4. ситуационные задачи (приложение 2)

5. тесты I уровня сложности (приложение 3)
6. тесты II уровня сложности (приложение 4)

Оснащение практического знания.

7. диапроектор слайды
8. муляжи
9. плакаты, альбомы
10. череп и нижняя челюсть
11. рентгенологические снимки больных
12. инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель, и др)

Виды контроля знаний, умений и навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображение в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

Самостоятельная работа студента:

1. составить таблицу поперечный распил кожи по имени автора.
2. УИРС на тему: история пересадки.

Контрольные вопросы:

1. Анатомические особенности тканей лица
2. Виды пересадок и их отличительные особенности
3. Показания к свободной пересадки тканей в ЧЛЮ
4. Пересадка хряща, кости др тканей
5. Пересадка кожи в зависимости от глубины и величины дефекта
6. Пересадка кожи на инфицированную рану- показания и особенности
7. Способы фиксации лоскутов и профилактика осложнений.
8. Способы взятия лоскутов кожи с помощью дерматома и ручным способом

Литература

1. Учебник «Хирургическая стоматология» под редакцией Т.Г Робустовой М.2000
2. Ю.И Бернадский «травмотология и восстановительные операции в ЧЛЮ» Киев 1999

1. Тема практического занятия 8: Деформации челюстей и их хирургическое устранение. Классификация дефектов и деформации ЧЛЮ. Основные методы хирургического устранения деформаций верхней и нижней челюстей, а также открытого прикуса.

Количество часов- 6,3 часа.

II. Цель занятия:

Ознакомить студентов с врожденными и приобретенными деформациями челюстей, причинами, классификацией и методами лечения.

III. Задачи практического занятия:

1. Анатомо-топографические особенности челюстных костей.
2. Познакомить с классификацией деформаций челюстей.
3. Обсудить особенности приобретенных и врожденных деформаций челюстей.

4. Научить методам обследования больных с деформациями и выбрать метод хирургического лечения.

5. Ознакомить студентов с методами устранения деформации челюстей врожденного и приобретенного характера.

6. Ознакомить студентов с методами лечения открытого прикуса.

IV. Ожидаемые результаты:

1. Студент должен знать анатомо-физиологические особенности челюстей.

2. Должен освоить функциональное единство зубочелюстной системы и роль зубов и прикуса, для эстетики и общего состояния организма.

3. Знать классификацию деформаций челюстей.

4. Уметь провести опрос больного (жалобы, анализ заболевания и жизни)

5. Научиться провести обследования больного (осмотр, пальпация, оценка прикуса, измерять величину деформаций и дефекта в соотношении с противоположной стороной и челюстью).

6. Уметь читать рентгенограммы.

7. Уметь обобщать полученные в результате обследования данные для постановки диагноза.

8. Освоить методы лечения различных деформаций, уметь выписать рецепты назначать ортопедические или ортодонтические методы лечения.

V. Содержание практического занятия:

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах. Объясняет необходимость изучения причин, диагностики и лечения, больных с различными деформациями зубочелюстной системы.

В теоретической части, прежде чем рассматривать вопросы деформации преподаватель активизирует полученные прежде знания об особенностях зубочелюстной системы, жевательных и мимических мышц.

Перечень рассматриваемых вопросов по теме и методы их реализации:

- Классификация деформаций челюстей;
- Деформации верхней челюсти и методы их устранения;
- Деформации нижней челюсти и методы их устранения;
- Открытый прикус и методы оперативного лечения.

Краткое изложение рассматриваемых вопросов:

Деформации челюстей являются следствием проявления различных изменений лицевого и мозгового черепа. Чаще деформации имеют врожденный характер, но бывают и приобретенного характера. Эти нарушения приводят к появлению функциональных и косметических изменений и влияют на поведение личности в обществе. Функциональные нарушения приводят к нарушению приема пищи, нарушению дыхания, речи и т.д.

Классификация деформаций до настоящего времени не имеет единой формы. Робустова Т. Г. предлагает использовать следующую классификацию:

1) верхняя макрогнатия (гиперплазия – чрезмерное развития верхней челюсти);

2) нижняя макрогнатия (гиперплазия – чрезмерное развития нижней челюсти);

3) увеличение обеих челюстей;

4) верхняя микрогнатия (гипоплазия – недоразвитие верхней челюсти);

5) нижняя микрогнатия (гипоплазия – недоразвитие нижней челюсти);

6) уменьшение обеих челюстей.

В. А. Сукачев на основании международной классификации болезней (1977) разделяет на нижнюю макро- или прогнатию, верхнюю макро- или прогнатию, верхнюю микро- или ретрогнатию, открытый и глубокий прикусы.

Степени сагиттальной или вертикальной разобщенности зубных рядов при изолированных формах аномалий прикуса приведены в соответствии с классификацией Б. Д. Кабакова и В. А. Сукачева. В частности, при сагиттальных формах аномалий прикуса и открытом прикусе разобщение между режущими краями резцов до 5мм обозначается I степенью, от 6 до 10 мм –II степенью, а более 10 мм – III степенью.

Врожденные аномалии связаны также с нарушением положения челюсти относительно основания черепа- прогнатию или ретрогнатию. Значительное усложнение возникает при несимметричных деформациях лицевого скелета, которое связано с врожденной гипо- и гиперплазией и различными приобретенными нарушениями. Зубочелюстные деформации и аномалии лечат ортодонтическим и хирургическим способами. Ортодонтической коррекцией можно воспользоваться при устранении деформаций зону зубов и альвеолярного отростка. Различные генетические отклонение устраняются только хирургическим путем (Х. А. Каламкар, 1975). Возможно одновременное сочетание хирургического и ортодонтического лечения при тщательном обследовании пациента ортодонтом и хирургом.

Ортодонтическое лечение возможно до 16 лет, а хирургическое лечение- старше 16 лет , а также при хорошо адаптированном прикусе можно производить операции без изменения костной основы челюстей, т.е. можно применить контурную и опорную пластику. Для этого используется хрящ, кость , свободно пересеженные мягкие ткани, а также различные инородные имплантаты из металла и пластмассы.

На верхней челюсти деформация проявляется в виде нарушения нормальных размеров и неправильного положения. При прогнати и чрезмерном развитии верхней челюсти применяется частичная резекция верхней челюсти которая может быть проведена в области первых премоляров методом клиновидной и прямоугольной резекции перемещением кзади альвеолярного отростка с находящимися на нем фронтальными зубами.

Хороший косметический эффект дает хирургическое и ортодонтическое лечение путем множественных перфораций с небной и вестибулярной сторон- компактостеотомия по А.Т.Титовой.

Для устранения верхней ретро- и микрогнатии разработаны операции по перемещению кпереди всей средней зоны лица одномоментно по В.М.Безрукову.

Для предотвращения смещения верхней челюсти кзади между фрагментами вводят небольшой костный трансплантат.

Для устранения деформации на нижней челюсти проводятся операции в пределах зубного ряда, в области углов нижней челюсти, в области ветви нижней челюсти и на мышечковых отростках нижней челюсти. При операции на теле появляется необходимость удаления многих зубов и избыточное образование мягких тканей в щечных областях, что приводит к изменению формы лица, а также изменению сосудисто-нервного пучка нижней челюсти, который ухудшает регенерацию фрагментов и часто может приводить к возникновению открытого прикуса. Наибольшее распространение получили операции на ветви челюсти и в области угла в виде горизонтальной и вертикальной остеотомии.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет- студенты, создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного с различной деформацией, другой -обследующего врача, учатся проводить опрос больного, жалобы, анамнез заболевания, осмотр(визуальный, пальпаторный), измерения длины и ширины, состояние органов полости рта. При этом оцениваются знания как студента «больного»- правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента-

врача, насколько корректно, логично, целенаправленно со знанием темы проводит обследование больного. При обследовании больного необходимо научить студента проводить оценки прикуса и окклюзионных контактов зубных рядов, измерения нижней и средней части лица, соотношения, совпадения уздечек верхней и нижней губ-в покое и при движении.

В аналитической части проводится решения ситуационных задач по теме занятия II уровня сложности.

В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов, правильности проведения этапов обследования больных, интерпретации ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

VI. Преподавательские заметки.

VII. Раздаточный материал.

VIII. Оснащение.

IX.

X. СРС.

3. Составить схему обследования больных с деформациями челюсти.
4. Зарисовать схему методов хирургического лечения деформации верхней и нижней челюстей.

XI.

1. Анатомические особенности верхней и нижней челюсти.
2. Виды прикусов и соотношение челюстей друг к другу.
5. Классификация деформаций .
6. Деформация верхней челюсти и их лечения.
7. Деформация нижней челюсти и их лечения.
8. Открытый прикус и его устранение.
9. Ортопедическое и ортодонтическое лечение при деформациях челюстей.

XII. Литература:

4. Т.Г.Робустова. «Хирургическая стоматология». -М.; Медицина, 198. -с 567-570.
5. Сукачев В.А. «Атлас реконструктивных операций на челюстях». -М.; Медицина.
6. Ю.Т.Бернадский «Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области».- Киев, 1998, с 331-368.
7. В.А. Богацкий. «Клиника и хирургическое лечение истинной прогении». -1971, стр.159.
8. Безруков В.М. «Методика оперативного лечения верхней микрогнатии». - Стоматология, 1976, №6- стр. 29-32.

Тема практического занятия 9: Общие принципы пародонтальной хирургии (кюретаж, гингивотомия, гингивэктомия). Показания и противопоказания к применению хирургических методов лечения болезней пародонта. Особенности и методика операций кюретажа зубодесневого кармана, гингивотомии, гингивэктомии и лоскутных операций (Видмана-Неймана, микроостеопластика, вестибулопластика).

Преподаватель: Ишанходжаева Ф.У.

Количество часов - ____ часа

Структура занятия

ШАГИ	ЦЕЛЬ	ОПИСАНИЕ
ПРОВЕРКА	Проверка знаний студентов о болезнях пародонта и показаниях к хирургическому лечению.	• Ознакомление с болезнями пародонта; • Обмен знаний по болезням пародонта; 1. классификация и степени атрофии пародонта; 2. этиология и патогенез; 3. виды и распространенность болезней пародонта; 4. роль микрофлоры. • Общая оценка знаний студентов по болезням пародонта.
ОБЗОР	Установление связи распространенности болезней пародонта, увеличение заболевания среди молодежи и возросшая актуальность данной проблемы в последующие годы.	• Этиология, патогенез и распространенность болезней пародонта и недостаточное изучение данной патологии. • Задачами изучения болезней пародонта является определение показаний к различным хирургическим способам лечения. • Воспалительные процессы, подвижность зубов, неприятный запах изо рта являются показателем недостаточной гигиены полости рта.
ПРЕЗЕНТАЦИЯ	Функция зубов и нарушение данной функции (жевание) приводит к заболеваниям ЖКТ	• Нарушение функций пародонта, состояния микрофлоры полости рта приводят к нарушению личной гигиены и появлению расшатанности зубов, в последующем – к появлению воспалительных процессов, абсцессов, которые являются причиной острых одонтогенных процессов.
ПРАКТИКА	Дать возможность студентам осмотреть полость рта друг у друга, определить степень подвижности зубов, измерить глубину патологического кармана.	• Дать студентам возможность промыть пародонтальные карманы • В дальнейшем оценить проделанную студентами работу.
ИТОГ	Подвести итог занятию, проверить	• Подвести итог занятию, отмечая

	знания по болезням пародонта и усвоенному материалу.	наиболее важные моменты в диагностике и выборе методов лечения. • При появлении вопросов у студентов по заболеваниям пародонта точно корректировать выбор метода хирургического лечения.

Чему Вы научитесь?

После этого занятия, Вы сможете:

- Определить стадию болезней пародонта и выбрать метод хирургического лечения;
- Удалить зуб;
- Вскрыть абсцесс;
- Промыть карман;
- Определить показания к консервативному, хирургическому и ортопедическому лечению болезней пародонта;
- Подготовить больного к радикальной операции.

Цель занятия: Овладеть методами выбора хирургического лечения и оказания экстренной помощи при заболеваниях пародонта.

Студенты будут ознакомлены с:

- классификацией болезней пародонта;
- показаниями к лечению у терапевта-стоматолога;
- показаниями к применению и проведению хирургических способов лечения;
- подготовкой полости рта к протезированию.

Задачи обучения:

1. Определить показания к проведению хирургических способов лечения пародонтита;
 - Вскрытие абсцесса;
 - Проведение гингивотомии;
 - Проведение гингивэктомии;
 - Проведение операции удаления зуба;
2. Определить показания к медикаментозной терапии, выбрать метод хирургического лечения.
3. Определить роль микрофлоры для обострения болезней пародонта;
4. Имея на руках раздаточный материал (рентгенограммы, фотографии, исследования крови и мочи больных), студент сможет определить показания к хирургическим способам лечения;

- После изучения рентгенограмм, определения степени подвижности зуба, появления припухлости и болей студент сможет удалить зуб, вскрыть абсцесс и подготовить больного к радикальной операции.

Материал используемый преподавателем:

- Т. Г. Робустова. «Хирургическая стоматология». – М.; Медицина, 1999. – с 440 - 443.
- А.Г. Шаргородский. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи». – М.: Медицина, 1985.
- Л.И. Лапутова и др. «Лечение обострения воспалительного процесса у больных пародонтитом». Метод. рекоменд. – Л., 1990.
- В.Е. Крекшина. «Заболевания краевого пародонта». – Метод. рекоменд. – Л., 1978.
- «Клиника и диагностика дистрофически-воспалительной формы пародонтоза хронического течения». – Метод. разработки. – Киев. К.М.И. – 1990.

Учебные пособия:

- Диапроектор.
- Рентгенограммы;
- Обезболивающие средства;
- Скальпель;
- Антисептические растворы;
- Щипцы для удаления зубов.

Раздаточный материал для слушателей:

- Информации.
- Опросные листы.
- Ситуационные задачи.

Содержание занятия	Демонст. материалы
I. Введение А. Вводная информация Б. Чему вы научитесь? В. Пародонтит, пародонтоз – зуб и его значение для организма.. 1) Роль зубов. Зубы относятся к твердым тканям организма. Зуб и его патология – пародонтиты – приводят к нарушению разжевывания пищи, подготовки пищи к расщеплению, ухудшению усвоения пищи. 2) Зуб, пародонт и окружающие костные ткани	Модифицированная лекция Прозрачный лист 1

подвергаются атрофии, появляется подвижность зуба. В зубодесневых карманах развивается воспалительный процесс, который может иметь локальный или генерализованный характер. 3) При инфицировании, перегрузке появляются абсцессы. 4) На основании клинических проявлений можно провести: а) кюретаж; б) гингивотомию; в) гингивэктомию; г) радикальную гингивотомию с гингивэктомией. Выбор метода хирургического лечения зависит от стадии, формы, течения заболевания. 5) Проведение микроостеопластики зависит от атрофии костной ткани и наличия пластического материала. 6) Вестибулопластика проводится для подготовки больного к последующему ортопедическому лечению. II. Контрольные тесты 1 уровень: 1. Для пародонтита характерно? А. Подвижность зуба; Б. Гипертрофия слизистой; В. Гиперемия слизистой; Г. Безболезненность в области зуба; 2. Для пародонтита характерно: А. наличие зубодесневого кармана; Б. отсутствие зубодесневого кармана; В. гипертрофия слизистой; Г. наличие свища в области альвеолярного отростка. 3. Для пародонтита III стадии характерно: А. атрофия альвеолярного отростка на 2/3 корня; Б. атрофия альвеолярного отростка на 1/3 корня; В. отсутствие атрофии альвеолярного отростка; Г. полная атрофия альвеолярного отростка. 4. Глубина зубодесневого кармана при пародонтите III степени: А. 7-8 мм; Б. 1-2 мм; В. 3-4 мм; Г. 1 см. 5. Для локализованной форма пародонтита характерно наличие абсцесса в области: А. 1-2 зубов; Б. 5-6 зубов; В. в области всех зубов;	Лекция, рентгенограммы, обезболивающие средства и антисептические препараты.

Г. в области одной челюсти. 6. К хирургическим способам лечения пародонтита не относится: А. кюретаж. Б. гингивотомия. В. гингивэктомия. Г. лоскутная операция. Д. микроостеопластика. 7. Гингивотомия показана при: А. образовании абсцесса; Б. подвижности зуба; В. обнаружении глубокого кармана; Г. атрофии альвеолярного отростка. 8. Гингивотомия – это: А. Иссечение стенки пародонтального кармана; Б. Рассечение кармана; В. Иссечение капюшона; Г. Иссечение десневого сосочка. 9. Кюретаж карманов проводится при: А. при 1 – 2 степени; Б. при абсцедировании; В. при периодонтите; Г. при 3 – 4 степени. 10. Кюретаж, гингивотомию, гингивэктомию проводят: А. при радикальной операции. Б. пародонтозе; В. пародонтите 4 степени; Г. пародонтите 2 степени. 11. Микроостеопластика проводится: А. при 2-3 степени атрофии альвеолярного отростка; Б. при пародонтозе; В. при 1 степени атрофии альвеолярного отростка; Г. при гингивотомии. 12. Вестибулопластика проводится: А. при атрофии альвеолярного отростка; Б. при гипертрофии альвеолярного отростка; В. при пародонтозе; Г. при острой форме пародонтита. III. Общие принципы пародонтальной хирургии (кюретаж, гингивотомия, гингивэктомия). 1) Цель хирургического лечения – ликвидация патологических десневых карманов, устранение гноетечения. Преимущество хирургических методов заключается в полном удалении всех конcrementов из патологических карманов, образованию чистой раневой поверхности,	Прозрачный лист

благоприятное действие новокаина, образование кровяного сгустка – стимуляция местного тканевого обмена.

Кюретаж – по Н.Н.Знаменскому, выскабливание патологического кармана с последующей медикаментозной обработкой. Цель кюретажа – образовать раневую поверхность в расчете на ее рубцевание и уменьшение десневого кармана. Одновременная область вмешательства не должна превышать 2-3 зубов. Показания к кюретажу – патологические десневые карманы не больше 5-6 мм глубиной.

Гингивотомия – с последующим кюретажем. На фронтальных участках рекомендуется накладывать 1-2 направляющих шва после выскабливания. Область вмешательства – 1-2 зуба.

Гингивэктомия – полное иссечение десневых карманов с последующим кюретажем.

Радикальная гингивэктомия – простая эктомия дополняется нивелировкой (сглаживанием) альвеолярного края. В последние годы данная операция почти не применяется. Частичная (щадящая) гингивэктомия – частичное иссечение десневого кармана с последующим кюретажем оставшейся части кармана (в пределах 2-3 зубов).

Лоскутные операции – все операции с образованием и откидыванием слизисто-надкостничного лоскута, выскабливанием грануляций, тяжей эпителия, поддесневых отложений, фиксация лоскута швами. В основе лоскутных операций – операция по Цешинскому-Видману-Нейману. Показания: множественные глубокие десневые карманы при резорбции костной ткани не более $\frac{1}{2}$ корня. Преимущества: работа под контролем зрения, возможность обработки костных карманов, заживление первичным натяжением, лучший лечебный эффект. Операции обычно проводятся в области 3-7 зубов или на всей челюсти. Для стимуляции регенерации костной ткани в костные карманы вводятся костные опилки, препараты крови и т.д. После операции накладываются десневые повязки для защиты кровяного сгустка от инфицирования и т.п.

При обсуждении хирургического лечения следует указать на важное значение правильного ведения послеоперационного периода. Следует помнить, что все вмешательство – зондирование и пр. – противопоказаны в течении 7-10 дней.

IV. Студент будет решать тестовые вопросы II-го уровня

Контрольные тесты

II уровень:

1. При периодонтите не отмечается:
А. подвижность зуба;
Б. наличие десневого кармана;
В. атрофия альвеолярного отростка;
Г. запах изо рта;
Д. утолщение костной ткани.
2. Кюретаж – это операция:
А. Юнгера-Закса-Зелинского;
Б. выскабливание наддесневых и поддесневых зубных отложений;
В. операция гингивэктомии;
Г. операция гингивотомии.
3. Операция по Видману-Нейману проводится:
А. с образованием и откидыванием СНЛ, эктомия, кюретаж, гингивэктомия;
Б. гингивотомия, кюретаж, гингивэктомия, микроостеопластика, откидывание СНЛ;
В. гингивэктомия с наложением узловатых швов;
Г. гингивотомия с вестибулопластикой;
4. Вестибулопластика не проводится:
А. при атрофии альвеолярного отростка;
Б. при подготовке к съемному протезированию;
В. при укорочении уздечек губы;
Г. при гипертрофии слизистой.
5. Недостатком операции по Видману-Нейману является:
А. травматичность, косметический дефект.
Б. кровоточивость десен.
В. подвижность зубов.
Г. гипертрофия слизистой десен.
Д. атрофия слизистой десен.
6. Преимущества операции по Видману-Нейману:
А. лучший обзор и обработка костных карманов;
Б. безболезненность операции;
В. хорошее кровоснабжение;
Г. скорейшее выздоровление;
Д. восстановление костной ткани.
7. В послеоперационном периоде по Видману-Нейману:
А. накладывают десневые повязки;
Б. вводят резиновые дренажи;
В. орошают рану;

Г. зондируют карманы;
Д. шинируют зубы.

V. Лечение.

Хирургические способы лечения проводятся в зависимости от локализации и распространенности процесса. Основной принцип хирургического лечения – ликвидация хронического очага инфекции, создание чистой раневой поверхности, образование кровяного сгустка для стимуляции местного тканевого обмена, а также стабилизация процесса, для чего в последующем начинается физиотерапия и протезирование.

1. Медикаментозная терапия проводится совместно с терапевтами (витаминотерапия – Р, РР, В1 В12, В6, Е, А, К), тканевая терапия, десенсибилизирующая терапия, кислородотерапия и т.д.

2. Физиотерапевтические методы лечения. Цель – улучшить лимфо- и кровообращение пародонта, улучшить трофику тканей, улучшить репаративные возможности тканей: вакуум-терапия, ионофорез лекарственных веществ при помощи постоянного тока, массаж, дарсонвализация, диадинамотерапия, бальнеотерапия. Лазерная терапия гелий-неоновыми лучами.

VI. Студент будет решать тестовые вопросы III-го уровня

Контрольные тесты

III уровень:

1. При операции по Знаменскому необходимо сделать:

- А) кюретаж;
 - Б) гингивотомию;
 - В) выскабливать;
 - Г) гингивотоэктомию;
 - Д) нет правильного ответа.
- 1) А,В 2) А,Б 3) Б,В 4) Г,Д

2. Гингивотомия – это:

- А) рассечение патологического кармана;
 - Б) кюретаж патологического кармана;
 - В) иссечение патологического кармана;
 - Г) нет правильного ответа;
 - Д) все ответы правильные.
- 1) А,Б 2) А,В 3) В,Г 4) Г,Д

3. Гингивэктомия – это:

- А) иссечение патологического кармана;
- Б) выскабливание патологического кармана;

- В) рассечение патологического кармана;
 Г) кюретаж;
 Д) нет правильного ответа.
 1) АБ 2) БВ 3) АД 4) ВД.
4. Операция по Видману-Нейману проводится:
 А) при атрофии альвеолярного отростка на $\frac{1}{2}$ корня;
 Б) глубине кармана более 7мм;
 В) глубине кармана 5-6 мм;
 Г) атрофии до $\frac{3}{4}$ корня;
 Д) глубине кармана 1-2 мм.
 1) АБ 2) БВ 3) ВГ 4) ГД.
5. Физиолечение после операции назначается:
 А) на следующий день после операции;
 Б) через 2 дня;
 В) через 7 дней;
 Г) через 5 часов;
 Д) через 10 дней.
 1) ВД 2) АГ 3) БД 4) ГА 5) БГ.
6. Операцию по Видману-Нейману проводят в области:
 А) 1 зуба;
 Б) 2 зубов;
 В) 3 зубов;
 Г) 7 зубов;
 Д) нет правильного ответа.
 1) В,Г 2) А,Г 3) Б,Д 4) А,Д
7. Цель применения десневых повязок:
 1) защита кровяного сгустка от инфицирования;
 2) защита от механического раздражения;
 3) пролонгирование действия лекарственных веществ, оставляемых в десневом кармане;
 4) укрепление зубов;
 5) все ответы верны.
 А) 1,2,3 Б) 1,4,5 В) 2,4,5 Г) 3,4,5

VII. Студент будет решать ситуационные задачи № 1-3.

Ситуационная задача № 1.

Больная М., 38 лет, обратилась с жалобами на подвижность зубов и кровоточивость десен, усиливающуюся во время чистки зубов, зуд в деснах. Вышеперечисленные жалобы появились год тому назад.

Объективно: десна в области всех зубов нижней челюсти гиперемирована с цианотичным оттенком, отечна, при дотрагивании кровоточит. Отложения над- и поддесневого камня в области 4321|1234 зубов нижней челюсти, незначительное серозное отделяемое из

патологических зубодесневых карманов.

Каков диагноз заболевания?

Какие необходимо провести исследования, чтобы поставить точный диагноз?

Ситуационная задача № 2.

Больной Ш., 48 лет, жалуется на кровоточивость десен, подвижность зубов, неприятный запах изо рта, гнойные выделения из десен.

Объективно: нижние 876|678 зубы отсутствуют. Десна в области остальных зубов гиперемирована, отечна, кровоточит при дотрагивании, в области нижних 321|зубов- травматическая окклюзия, шейки зубов оголены на 1/3 длины корней, глубина патологических зубодесневых карманов верхних 654321|зубов и нижних 54321|12345 зубов 4 – 5 мм, обильное гнойное отделяемое из них.. подвижность зубов 2 – 3 степени. На рентгенограмме – резорбция межзубных перегородок на 1/2 - 2/3 длины корней.

Поставьте диагноз заболевания.

Составьте план лечения с указанием очередности.

Ситуационная задача № 3.

Больная Ю., 21 год, жалуется на незначительную кровоточивость десен и подвижность нижних 321|123 зубов. Больная практически здорова. Имеется беременность 20 недель.

Объективно: в области нижних 321|123 зубов имеются кариозные полости, обильное отложение зубного камня на зубах. Десна в области этих зубов отечна, гиперемирована.

При опросе выяснилось, что больная зубов не чистит, т.к. опасается кровоточивости десен.

- 1) Поставьте диагноз заболевания.
- 2) Методы обследования.
- 3) План лечения.

VIII. Демонстрация проведения оперативного вмешательства по хирургическим методам лечения заболеваний пародонта.

Демонстрация может быть проведена в операционной хирургического отделения либо в перевязочной.

IX. ИТОГИ

- а) Проверить знания студентов по показаниям

различных хирургических методов лечения пародонтита; б) Обсудить особенности различных видов операции и возможные осложнения; в) Необходимо помнить о завершении хирургических операций физиотерапевтическими методами и протезированием.	

Приложение 1.

Общие принципы пародонтальной хирургии.

Чему Вы научитесь?

После этого занятия Вы сможете:

-  Определить стадию болезней пародонта и выбрать метод хирургического лечения;
-  Удалить зуб;
-  Вскрыть абсцесс;
-  Промыть карман;
-  Определить показания к консервативному, хирургическому и ортопедическому лечению болезней пародонта;
-  Подготовить больного к радикальной операции.

Приложение 2.

Общие принципы пародонтальной хирургии.

Факторы, способствующие развитию заболеваний пародонта:

1. Эндокринные факторы, способствующие нарушению трофики тканей пародонта:

-  Нарушение обмена веществ;
-  Гипо- и витаминозы;
-  Склеротические изменения сосудов;
-  Эндокринные нарушения;
-  Иммунологические нарушения.

2. Экзогенные факторы:

-  Плохая гигиена;
-  Скученность зубов;
-  Нарушение прикуса.

Приложение 3.

Общие принципы пародонтальной хирургии.

Существуют следующие методы хирургических вмешательств при заболеваниях пародонта:

-  Кюретаж – выскабливание патологического кармана с последующей медикаментозной обработкой. Цель кюретажа – образовать раневую поверхность в расчете на ее рубцевание и уменьшение десневого кармана.
-  Гингивотомия – с последующим кюретажем. На фронтальных участках рекомендуется накладывать 1-2 направляющих шва после выскабливания. Область вмешательства – 1-2 зуба.
-  Гингивэктомия – полное иссечение десневых карманов с последующим кюретажем. Радикальная гингивэктомия – простая эктомия дополняется нивелировкой (сглаживанием) альвеолярного края. Частичная (щадящая) гингивэктомия – частичное иссечение десневого кармана с последующим кюретажем оставшейся части кармана (в пределах 2-3 зубов).
-  Лоскутные операции по Видману-Нейману.
-  Микростеопластика.
-  Вестибулопластика.

Приложение 4.

Общие принципы пародонтальной хирургии.

Лоскутные операции при лечении заболеваний пародонта.

-  Лоскутные операции – все операции с образованием и откидыванием слизисто-надкостничного лоскута, выскабливанием грануляций, тяжей эпителия, поддесневых отложений, фиксация лоскута швами.
-  В основе лоскутных операций – операция по Цешинскому-Видману-Нейману.
-  Показания: множественные глубокие десневые карманы при резорбции костной ткани не более $\frac{1}{2}$ корня.
-  Преимущества: работа под контролем зрения, возможность обработки костных карманов, заживление первичным натяжением, лучший лечебный эффект.
-  Операции обычно проводятся в области 3-7 зубов или на всей челюсти.
-  Для стимуляции регенерации костной ткани в костные карманы вводятся костные опилки, препараты крови и т.д.
-  После операции накладываются десневые повязки для защиты кровяного сгустка от инфицирования.

Приложение 5.

Общие принципы пародонтальной хирургии.

Комплексная терапия заболеваний пародонта.

-  Хирургические способы лечения проводятся в зависимости от локализации и распространенности процесса. Основной принцип хирургического лечения – ликвидация хронического очага инфекции, создание чистой раневой поверхности, образование кровяного сгустка для стимуляции местного тканевого обмена, а также стабилизация процесса, для чего в последующем начинается физиотерапия и протезирование.
-  Медикаментозная терапия проводится совместно с терапевтами (витаминотерапия – Р, РР, В1 В12, В6, Е, А, К), тканевая терапия, десенсибилизирующая терапия, кислородотерапия и т.д.
-  Физиотерапевтические методы лечения. Цель – улучшить лимфо- и кровообращение пародонта, улучшить трофику тканей, улучшить репаративные возможности тканей.

Приложение 6.

Общие принципы пародонтальной хирургии.

Физические методы лечения в послеоперационном периоде.

- ✧ Массаж;
- ✧ Гидромассаж;
- ✧ Гелий-неонового лазера;
- ✧ Гидроаэроионизация;
- ✧ Вакуум-терапия;
- ✧ Электрофорез (с кальцием, йодом, новокаином)
- ✧ Бальнеотерапия.

Приложение 7.

Общие принципы пародонтальной хирургии.



Проверить знания студентов по показаниям различных хирургических методов лечения пародонтита;



Обсудить особенности различных видов операции и возможные осложнения;



Необходимо помнить о завершении хирургических операций физиотерапевтическими методами и протезированием.

Правила построения рабочей программы.

Рабочая программа по клинической дисциплине состоит из двух частей: основной и дополнительной (приложения).

Основная часть представлена в виде текста, где указывается автор программы, тема занятия, необходимость получения нижеперечисленных данных студентам, используемые материалы и литература. Далее следует таблица, куда заносятся основные сведения по теме занятия в виде коротких тезисов, тесты нескольких уровней сложности, а также типовые задачи. В правом столбце таблицы указываются номера приложений, расположенных в дополнительной части и соответствующих теме тезиса.

Дополнительная часть состоит из нескольких приложений (от 7 до 9), которые должны быть представлены на прозрачных листах (слайды). Внимание: данные приложения – то же, что и данные основной таблицы! Различия данных слайдов и основной таблицы могут быть лишь в оформлении. Для более подробного разъяснения см. пример – рабочую программу ДХС на тему: «Одонтогенный периостит челюстей».

I. Тема практического занятия № 10:

Хирургическая подготовка полости рта к ортопедическому лечению. Показания к хирургическим методам подготовки полости рта к протезированию. Особенности и методика удаления экзостозов, свободной краев слизистой, альвеолярного отростка, операции альвеолотомии, удалении ретинированных зубов и т.д.

Количество часов- 6,3 часа

II. Цель занятия:

Ознакомить студентов с особенностями хирургической подготовки полости рта к протезированию, научить определять экзостозы, укороченную уздечку языка, губ, гипертрофию слизистой оболочки, болтающийся альвеолярный гребень, выраженный небный торус и т.д., и методике операции при данных патологиях.

III. Задачи практического занятия:

1. Рассмотреть особенности хирургической подготовки для изготовления съемных и частичных протезов.

2. Ознакомить студентов с экзостозами, укороченными уздечками губ и языка, гипертрофией слизистой оболочки, болтающимся альвеолярным гребнем, деформациями при ретинированных зубах и выраженном небном торусе.
3. Научить дифференцированно выбрать метод операции в зависимости от величины деформации, возраста больного и т.д.
4. Научить методике проведения операции при подготовке полости рта к протезированию (альвеолотомия, пластика уздечки губ, языка и др.).

IV. Ожидаемые результаты:

1. Студент должен знать о различных хирургических методах подготовки полости рта к ортопедическому лечению: экзостозах, укороченных уздечках языка и губ, гипертрофиях слизистой оболочки, болтающихся альвеолярных гребнях, деформациях челюстей при ретенциях зубов, выраженном небном торусе и т.д.
2. Студент должен уметь обследовать больного с экзостозом.
3. Студент должен обследовать и определять наличие укороченной уздечки языка путем движения кончика языка и пальпации ширины и длины уздечки и выбрать методику операции в зависимости от величины деформации.
4. Студент должен уметь обследовать и пальпировать больного с гипертрофией слизистой оболочки.
5. Студент должен уметь обследовать, пальпировать болтающийся гребень и определять зону операции.
6. Студент должен уметь обследовать больного с деформацией челюсти, альвеолярного отростка, клинически и рентгенологически.

V. Содержание практического занятия.

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах, объясняет необходимость изучения вопросов хирургической подготовки полости рта к ортопедическому лечению.

В теоретической части преподаватель активизирует полученные прежде знания о роли зубов для желудочно-кишечного тракта и необходимости восстановления зубного ряда - путем изготовления частичного или полного съемного протеза.

Наиболее часто встречающиеся патологии являются:

1. Экзостозы- причина экзостозов и их профилактика связаны с методикой удаления зубов и правильным уходом за послеоперационной раной.
2. Укороченные уздечки языка и губ- препятствуют правильному изготовлению-фиксации полных съемных протезов, при значительной атрофии альвеолярных отростков у людей пожилого возраста.
3. Гипертрофия слизистой оболочки напрямую связана с длительным ношением съемных протезов и атрофией альвеолярного отростка челюсти.
4. Небный и подбородочно-подъязычный торус связаны с анатомическими особенностями верхней и нижней челюстей.

5. Болтающийся гребень- связан с нарушением изготовления съемного протеза, длительным ношением съемного протеза и атрофией альвеолярного отростка челюсти.

Краткое изложение рассматриваемых вопросов:

Экзостозы наиболее часто обнаруживаются на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней и нижней челюстей. Они бывают различной величины и формы. Симметричные экзостозы располагаются симметрично на язычной поверхности нижней челюсти напротив премоляров.

Экзостозы представляют определенную трудность при протезировании съемными протезами, поэтому их приходится удалять поднадкостнично. В области наличия образования проводится разрез трапецевидной формы – слизисто-надкостничный лоскут тщательно отслаивается и обнаруженный участок удаляется с помощью долота, острой хирургической ложечкой и т.д. Затем лоскут укладывается на прежнее место и накладываются швы.

Укороченная уздечка губы и языка влияет на подвижность губ, языка- приводит к затруднению фиксации съемного протеза и опрокидыванию последнего и поэтому требует хирургического лечения (пластика встречными треугольными лоскутами по Лимбергу, рассечение уздечки и т.д.)

Торус подбородочно-подъязычный является следствием оссификации мышц, прикрепляющихся к подбородочной кости, с дополнительным наслоением костной ткани. Обычно это костное образование выявляется при протезировании беззубых больных и мешает созданию замыкающего клапана в переднем отделе подъязычного пространства.

Торус небный- расположен по линии небного шва. Выраженный торус затрудняет протезирование, т.к. покрывающая его слизистая оболочка истончается и легко повреждается протезом.

Гипертрофия слизистой оболочки и болтающийся гребень образуются при атрофии альвеолярного отростка и длительном ношении съемного протеза. Метод лечения заключается в иссечении деформированного участка слизистой и смене протеза.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, ассистирование во время операции. При отсутствии больных по теме занятия –проводится деловая игра- один из студентов имитирует больного, а другой -обследующего врача. Студенты учатся проводить опрос больного, осмотр больного и обследование его. При этом оцениваются знания как студента «больного», так и «врача»- правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, насколько корректно, логично, целенаправленно со знанием темы проводит обследование больного. При обследовании больного необходимо научить пользоваться студента инструментами,

проводить пальпацию, определять границу измененных участков.

В аналитической части занятия проводится решения ситуационных задач по теме II уровня сложности (приложение 4).

В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов, правильность проведения этапов обследования больных, интерпретации ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

VI. Преподавательские заметки:

1. Проверка базового знания студентов по опросным листам, содержащих контрольные вопросы (приложение 1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса на который он должен ответить. Ответ может быть в устной или письменной форме, кратко, четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками (45 мин).

2. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-7 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знания студентов. Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче (приложение 2). Через 5-7 минут обдумывания решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остается в стороне от усвоения темы (45 минут).

3. Практическая часть занятия проводится в поликлинике или в стационаре (лечебный кабинет, учебный кабинет, палата, перевязочная). Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент ставит предварительный диагноз и, только после этого, преподаватель вносит коррекции. Проверяется правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля уровня усвоения данной темы (приложение 4)- 45 минут.

4. В конце занятия подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл и объявляет его.

Преподаватель задает домашнее задание:

А) Контрольные вопросы следующей темы

Б) Темы самостоятельных работ студентов

В) Перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VII. Раздаточный материал:

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4).

2. Ситуационные задачи (приложение 2).
3. Тесты I уровня сложности (приложение 3).
5. Тесты II уровня сложности (приложение 4).

VIII. Оснащение практического занятия:

1. Диапроектор и слайды.
2. Муляжи.
3. Плакаты, альбомы.
4. Череп и нижняя челюсть.
5. Рентгенологические снимки больных.
6. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель и др.).

IX. Виды контроля знаний, умений, навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

X. Самостоятельная работа студента.

1. Зарисовки в альбом хирургических операций (методику операций укороченных уздечек губ, языка, экзостозов, гипертрофии слизистых оболочек и др.).

XI. Контрольные вопросы:

1. Воздействие протеза на ткани протезного ложа.
2. Виды протезов- частичных и полных.
3. Экзостозы- причины , удаление, профилактика, пластиночный протез.
4. Гипертрофия слизистой- причины, операция.
5. Болтающийся гребень- причины , операция.
6. Небный торус- показания к операции.
7. Укороченные уздечки губ и языка – причины, виды и операции.
8. Подбородочнр-подъязычный торус- причины, операция.

XII. Литература:

Основная: Учебник «Хирургическая стоматология» под редакцией Т.Г.Робустовой-2001.

Дополнительная:

- 1) Т.М.Лурье. «Справочник по стоматологии».М. Медгиз 1963 стр. 183, 335, 384.

Тема № 11

I. «Зубная и челюстно-лицевая имплантология в стоматологии. Определение понятия зубной

имплантологии. Показания и противопоказания к применению имплантатов в стоматологии. Виды имплантатов и материалы из которых они изготавливаются. Основные принципы и методика операции – осаживание имплантатов в челюсть.

Количество часов: 6,3 часа.

II. Цель занятия:

Ознакомить студентов с особенностями имплантологии в стоматологии, ознакомить с видами имплантатов и особенностями осложнений после операций, а также с показаниями и противопоказаниями к имплантации.

III. Задачи практического занятия:

1. Ознакомить студентов с дентальной имплантацией в стоматологии.
2. Рассмотреть классификацию имплантатов:
 - А) по типу имплантации;
 - Б) по материалу имплантации;
 - В) по форме;
 - Г) по методике
3. Рассмотреть клиническое применение имплантатов в качестве самостоятельных протезов или дополнительных опор для мостовидных или съемных протезов
4. Обсудить показания и противопоказания к имплантации.
5. Научить обследованию больных перед имплантацией
6. Рассмотреть методику операции.
7. Ознакомить с ошибками и осложнениями после операции.

IV. Ожидаемые результаты.

1. Студент должен знать о имплантации и о роли зубов, когда нарушаются качество питания, страдает эстетика и т.д.
2. Студент должен освоить, что имплантант – это новый корень, изготовленный как правило, из биосовместимого титана, на который через 3- 6 месяцев можно ставить коронковую конструкцию.
3. Знать, что после установки имплантат приживается на нижней челюсти 3-4, на верхней-6 месяцев.
4. Студент должен знать, что можно изготовить временные конструкции для сохранения эстетики и нормального жевания (частичные или полные съемные протезы) до полного приживания имплантатов.

5. Студент должен уметь грамотно рассмотреть «за» и «против» отдельных конструкций и предложить пациенту самое лучшее соответственно возрасту и положению.
6. Студент должен уметь провести опрос и пальпацию области дефекта, уметь определять прикус и читать рентгенограммы до операции и послеоперации.
7. Студент должен знать о противопоказаниях к имплантации- (хронические заболевания организма, болезни крови, болезни костной системы, снижающие репарацию кости, заболевания центральной и периферической нервной системы, злокачественные опухоли, заболевания ССС), а также об относительных противопоказаниях к имплантации.

V. Содержание практического занятия:

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия,

Акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах, объясняет необходимость изучения вопроса имплантации, как одного из современных способов подготовки полости рта к протезированию.

В теоретической части преподаватель активизирует полученные ранее знания о имплантах и имплантации.

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Преимущество имплантатов перед традиционным зубным протезированием:
 - А) Уменьшение или исключение препарирования естественных зубов.
 - Б) Возможность исключить съемные протезы при замещении концевых дефектов.
 - В) Возможность изготовления несъемных протезов большой протяженности.
 - Г) Возможность изготовления несъемных протезов при полном отсутствии зубов или значительное улучшение фиксации полных съемных протезов.
 - Д) Отсутствие необходимости сохранять зубы с сомнительным переедонтальным прогнозом.
2. Международным стандартом полноценного имплантата является сочетание пяти признаков(Smith, 1987) :
 - А) Неподвижность отдельного имплантата при клиническом исследовании.
 - Б) Отсутствие разряжения вокруг имплантата по рентгенограмме,

В) Потеря костной ткани по вертикали не более 0,2мм в течении второго года наблюдения.

Г) Конструкция имплантата не препятствует наложению протеза, внешний вид удовлетворяет больного.

Д) Отсутствие боли, дискомфорта, инфекции у имплантата.

3. Классификация имплантатов:

А) по типам имплантации;

Б) по материалу имплантата;

В) по форме внутрикостного имплантата;

Г) по методике имплантации.

4. Показания к имплантации.

5. Противопоказания к имплантации.

6. Обследование пациента перед операцией.

7. Ошибки и осложнения имплантации.

По типам имплантации бывают:

1) Эндодонто-эндоосальный- при подвижных или значительно разрушенных зубах путем введения через корень зуба в подлежащую костную ткань винтовые или с фигурной поверхностью имплантатов в виде штифта.

2) Эндоосальная имплантация. Фиксация имплантата осуществляется за счет интеграции в костную ткань «корневой» части имплантата. Они могут быть разборными т.е. с винтовой фиксацией головки к корневой части.

3) Субпериостальная имплантация.

4) Внутрислизистая имплантация.

5) Субслизистая имплантация.

6) Чрезкостная имплантация.

По материалу имплантаты бывают:

- Биотолерантные- нержавеющая сталь, хромокобальтовый сплав.

- Биоинертные- титан, цирконий, золото, корундовая керамика, стеклоуглерод, никелид титана.

- Биоактивные- покрытия металлических имплантатов гидроксиапатитом, трикальцийфосфатной керамикой и т.п.

По форме внутрикостного имплантата:

- Пластиночные;

- Винтовые;

- Цилиндрические;

- В 4 форме натурального зуба;

- Со ступенями;

- С кортикальными накладками;

- Трубочатые и др.

Они бывают пористыми, что способствует биосовместимости материала с пористой костной тканью.

По методике имплантация бывает-

- одномоментная
- двухмоментная
- непосредственная
- отдаленная

Показания к имплантации:

Имплантация показана при любой локализации и протяженности дефекта.

Противопоказания- абсолютные:

- хронические инфекционные заболевания
- болезни крови
- заболевания костной системы
- заболевания центральной нервной системы
- декомпенсированные заболевания ССС
- злокачественные заболевания

Относительные:

- пародонтит
- патологический прикус
- неудовлетворительная гигиена полости рта
- предраковые заболевания
- наличие металлических имплантатов других органов
- заболевания ВНЧС
- бруксизм

Обследование пациента перед имплантацией. Оценка общего состояния здоровья складывается из данных анамнеза, анализов крови и мочи, заключение терапевта.

Особенное значение предается обследованию полости рта:

- изучение стоматологического анамнеза
- клиническая оценка состояния зубов, ВНЧС и слизистой оболочки, прикуса
- изучение диагностических моделей
- рентгенологическое обследование зубочелюстной системы

Ошибки и осложнения имплантации. Причины:

- неполное обследование пациента
- недооценка противопоказаний
- грубая работа хирурга при формировании ложа
- неправильное протезирование
- несоблюдение гигиены полости рта..

При формировании ложа внутрикостного имплантата не должно привести к перегреву кости, в связи с этим препарирование

проводится низкоскоростными бормашинами (400 об/ мин) с обязательным охлаждением поля.

Особое значение придается протезированию на имплантатах.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, ассистирование во время занятия. При отсутствии тематических больных проводится деловая игра- один из студентов имитирует больного, а другой -обследующего врача. Студенты учатся проводить опрос больного , осмотр больного и обследование его. При этом оцениваются знания как студента «больного», так и «врача»- правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, насколько корректно, логично, целенаправленно со знанием темы проводит обследование больного. При обследовании больного необходимо научить пользоваться студента инструментами, проводить пальпацию, определять границу измененных участков.

В аналитической части занятия проводится решения ситуационных задач по теме II уровня сложности (приложение 4).

В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов, правильность проведения этапов обследования больных, интерпретации ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

VI. Преподавательские заметки:

6. Проверка базового знания студентов по опросным листам, содержащих контрольные вопросы (приложение 1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса на который он должен ответить. Ответ может быть в устной или письменной форме, кратко, четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками (45 мин).
7. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-7 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знания студентов. Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной

ситуационной задаче (приложение 2). Через 5-7 минут обдумывания решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остается в стороне от усвоения темы (45 минут).

8. Практическая часть занятия проводится в поликлинике или в стационаре (лечебный кабинет, учебный кабинет, палата, перевязочная). Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент ставит предварительный диагноз и, только после этого, преподаватель вносит коррекции. Проверяется правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля уровня усвоения данной темы (приложение 4)- 45 минут.
9. В конце занятия подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл и объявляет его. Преподаватель задает домашнее задание:
 - А) Контрольные вопросы следующей темы
 - Б) Темы самостоятельных работ студентов
 - В) Перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VII. Раздаточный материал:

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4).
2. Ситуационные задачи (приложение 2).
3. Тесты I уровня сложности (приложение 3).
10. Тесты II уровня сложности (приложение 4).

VIII. Оснащение практического занятия:

7. Диaproектор и слайды.
8. Муляжи.
9. Плакаты, альбомы.
10. Череп и нижняя челюсть.
11. Рентгенологические снимки больных.
12. Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель и др.).

IX. Виды контроля знаний, умений, навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

X. Самостоятельная работа студента.

2. Подготовить доклад об имплантологии и имплантации.
3. Нарисовать виды имплантатов и схему операции.

XI. Контрольные вопросы:

1. Что такое имплантация и ее применение в стоматологии.
2. История развития имплантологии.
3. Преимущества имплантологии.
4. Признаки имплантатов (Smith, 1987).
5. Классификация имплантатов.
 - А) по типам
 - Б) по материалам
 - В) по форме
 - Г) по методике имплантации.
6. Показания и противопоказания к имплантации.
7. Подготовка больного и обследование больного.
8. Особенности операции.

XII. Литература:

Основная: Учебник «Хирургическая стоматология» под редакцией Т.Г.Робустовой-2001.

Дополнительная:

- 2) Т.М.Лурье. «Справочник по стоматологии».М. Медгиз 1963 стр. 288.
- 3) «Стоматология сегодня»:Архив №3стр 1-6.
- 4) Стоматологическая фирма-Ольга-Волгоград стр.1-2.

I.Тема практического занятия:

Невриты (прозопалгия) и невралгия тройничного нерва.

Классификация, клиника, диагностика и лечение. Классификация заболеваний системы тройничного нерва. Клиника и особенности диагностики, дифференциальной диагностики невралгии

периферических ветвей тройничного нерва. Основные принципы лечения невралгии и невритов.

Количество часов- 6,3

II. Цель занятия:

Ознакомить студентов с классификацией лицевых болей, этиопатогенезом невралгий, клиническими особенностями и дифференциальной диагностикой невралгий, а также научить студентов методам обследования больных с невралгией и невритом тройничного нерва, определять курковые зоны и место выхода периферических ветвей тройничного нерва и составлять план лечения больных (блокады, физиотерапевтические и хирургические методы), проводить блокады.

III. Задачи практического занятия:

1. Анатомические особенности чувствительной иннервации ЧЛЮ.
2. Боль и особенности лицевых болей.
3. Классификация невралгий .
4. Рассмотреть вопросы причинных и идеопатических болей.
5. Познакомить студентов с хирургическими методами лечения невралгии и невритов.
6. Рассмотреть методы физиотерапевтических и других методов лечения.

IV. Ожидаемые результаты:

1. Студент должен знать анатомию и чувствительную иннервацию ЧЛЮ.
2. Студент должен освоить взаимосвязь и единство всех звеньев зубочелюстной системы- кости, каналы, узлы и места прохождения ветвей тройничного нерва(вне черепа).
3. Уметь провести опрос с заболеванием тройничного нерва (жалобы, анамнез и т.д.).
4. Уметь провести клиническое обследование больного, осмотр, пальпацию, определять курковую зону и точки Валле.
5. Уметь читать рентгенограммы и определять причину-симптоматических невралгий.
6. Усвоить методы хирургического лечения в условиях поликлиники и клиники.
7. Уметь выписывать рецепты, назначать физиотерапевтические методы лечения и определять показания к оперативным методам лечения (алкоголизация, нервэкзerez и др.)

V. Содержание практического занятия:

В начале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах, объясняет необходимость изучения вопросов диагностики и лечения больных с заболеваниями тройничного и других нервов.

В теоретической части преподаватель активизирует полученные прежде знания об анатомии и иннервации ЧЛЮ.

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Причины возникновения тригеминальной невралгии.
2. Классификация невралгии.
3. Основные принципы диагностики и лечения заболеваний тройничного нерва.

Тригеминальная невралгия- пароксизмальная невралгия компрессионного происхождения тройничных нерва. Этиология чаще связано с явлениями компрессий тройничного нерва. У большей части больных с невралгией 2 ветви тройничного нерва сужение подглазничного канала вызвано сужением его стенок (избыточный остеогенез, ведущий к гиперостозу) в результате местных хронических воспалительных процессов , чаще всего одонтогенных и риногенных. Немаловажное значение приобретает вопрос о механизмах обострения заболевания. У ряда больных , особенно под влиянием охлаждения лица, в механизме обострения решающую роль может играть гиперергическая реакция немедленного типа, возникающая поражённой ветви нерва. Это ведёт к компрессии нерва в соответствующем канале, даже в отсутствии стеноза последнего и тем более при его наличии.

Клиническая картина характерна для пароксизмальной невралгии. В период обострения болезни обычно больной имеет настолько своеобразный вид, что нередко можно заподозрить тригеминальную невралгию лишь при одном взгляде на него. На лице выраженная маска страдания, страха перед возобновлением приступов боли. Больные отвечают на вопросы односложно, поскольку малейшее движение лицевой мускулатуры может спровоцировать болевой пароксизм. Точки выхода тройничного нерва при объективном исследовании болезненны не всегда. Курковые зоны локализуются преимущественно в медиальных отделах лица: при невралгии I ветви- у внутреннего угла глаза, корня носа, в области брови, II ветви –у крыла носа, носогубной складки, над верхней губой, на слизистой оболочке верхней челюсти , III ветви- на подбородке, слизистой оболочке нижней челюсти.

Лечение. Используется противоэпилептические средства, карбамазепин (финлепсин, тегретол, стазепин). Больший эффект можно получить при добавлении к противоэпилептическим средствам производных гамма- аминomásляной кислоты-фенибута по 0,25-0,5 г или пантогама по 0,5-1г 3 раза в сутки, в/в инъекций 20 мм 20% р- ра натрия оксibuтирата на растворе глюкозы. Наиболее эффективен амитриптилин в дозе 50-150 мг в сутки. У больных с общим сосудистыми заболеваниями в схему лечения включаются вазоактивные

средства(трентал, кавинтон и др.). Определенный эффект может дать иглорефлексотерапия как компонент комплексного лечения.

Спиртоновокаиновые блокады пораженных ветвей применяются лишь в исключительных случаях. Такие блокады ведут к выраженной дегенерации нервных волокон и фиброзу. При повторном применении эффект с каждым разом ослабевает, а медикаментозные препараты становятся не действенными.

К хирургическим методам лечения относится резекция периферических ветвей тройничного нерва. Другим видом оперативного лечения является разработанная операция декомпрессии нервно-сосудистых пучков у больных с невралгией тройничного нерва при стенозах подглазничного канала и канала нижней челюсти.

За рубежом методом выбора считается высокочастотная стереотоксическая дистракция тригеминального узла. Производят также инъекции глицерола в область тригеминальной цистерны.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет- студенты, создав группы по 2-3 человека, один из которых имитирует больного с заболеванием нерва, другой -обследующего врача, учатся проводить опрос больного, жалобы, анамнез заболевания, осмотр(визуальный, пальпаторный). При этом оцениваются знания как студента «больного»- правильно ли строит жалобы и анамнез в соответствии с предложенным диагнозом, так и студента- врача, насколько корректно, логично, целенаправленно со знанием темы проводит обследование больного. При обследовании больного необходимо научить студента проводить оценку прикуса, определять место выхода I, II, III ветвей тройничного нерва, находить места повышенной чувствительности- при невралгии разных ветвей – «курковые зоны».

В аналитической части проводится решения ситуационных задач по теме занятия II уровня сложности (приложение 4).

В конце занятия проводится обсуждение полноты теоретических знаний студентов, правильности проведения этапов обследования больных, интерпретации ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

VI. Преподавательские заметки:

11. Проверка базового знания студентов по опросным листам, содержащих контрольные вопросы (приложение 1). Каждому студенту дается опросный лист с указанием номера вопроса на который он должен ответить. Ответ может быть в устной или письменной форме, кратко, четко, не допускается дискуссия, пользование конспектами, учебниками (45 мин).

12. Решение контрольных тестов, ситуационных задач. Каждому студенту дается по одному тесту (приложение 3) или ситуационной задаче. Дается 5-7 минут для обдумывания, разрешается пользоваться конспектами, учебными пособиями, обсуждать решение задачи между студентами. Преподаватель при этом отмечает активность студентов, оригинальность мышления их, оценивает знания студентов. Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче (приложение 2). Через 5-7 минут обдумывания решения задачи приступают к обсуждению между подгруппами. Таким образом, ни один студент не остается в стороне от усвоения темы (45 минут).

13. Практическая часть занятия проводится в поликлинике или в стационаре (лечебный кабинет, учебный кабинет, палата, перевязочная). Опрос и осмотр больного проводится в стоматологическом кресле под руководством преподавателя. Обращается внимание на строгую последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование органов зубочелюстной системы. Анализируя полученные данные, студент ставит предварительный диагноз и, только после этого, преподаватель вносит коррекции. Проверяется правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля уровня усвоения данной темы (приложение 4)- 45 минут.

14. В конце занятия подводится итог проделанной работы. Преподаватель объясняет каждому студенту его успехи, недоработки в теоретической, практической подготовленности, выставляет рейтинговый балл и объявляет его.

Преподаватель задает домашнее задание:

А) Контрольные вопросы следующей темы

Б) Темы самостоятельных работ студентов

В) Перечень дополнительной литературы (24 минуты)

VII. Раздаточный материал:

1. Контрольные вопросы для контроля исходного уровня знания студентов (приложение 4).

2. Ситуационные задачи (приложение 2).

3. Тесты I уровня сложности (приложение 3).

15. Тесты II уровня сложности (приложение 4).

VIII. Оснащение практического занятия:

13. Диaproектор и слайды.

- 14.Муляжи.
- 15.Плакаты, альбомы.
- 16.Череп и нижняя челюсть.
- 17.Рентгенологические снимки больных.
- 18.Инструментарий для обследования больных (зубоврачебное зеркало, пинцет, шпатель и др.).

IX. Виды контроля знаний, умений, навыков.

Оценка теоретических знаний проводится в соответствии с ответами на контрольные вопросы и решением ситуационных задач в рейтинговых баллах. Учитывается практическая работа студента (мануальные навыки, общение с больным, заполнение медицинской документации) и отображается в дневнике по практической работе. Итоговый рейтинговый балл объявляется и выставляется в журнал. Дается возможность улучшить оценку в течении недели после дополнительной подготовки в неурочное время.

X. Самостоятельная работа студента.

1. Нарисовать схему ветвей тройничного нерва.
2. УИРС по теме – современные методы лечения невралгий.

XI. Контрольные вопросы:

1. Анатомические особенности тройничного нерва.
2. Анатомические особенности нижнелуночного нерва.
3. Симптоматическая невралгия- ее причины и лечение.
4. Идиопатическая невралгия –этиопатогенез и медикаментозное лечение
5. Невриты тройничного нерва и их лечение.
6. Блокады и алкоголизация.
7. Оперативные методы лечения, показания и их методика.
8. Физиотерапевтические методы лечения.
9. Иглорефлексотерапия- показания.

XII. Литература:

- 1.Учебник «Хирургическая стоматология» под редакцией Т.Г.Робустовой, М.Медгиз 2001.
2. Штейнберг- «Невралгия тройничного нерва».
3. Карлов –«Лицевые боли».
4. Т.М.Лурье- «Справочник по стоматологии» М. 1993 стр.181, 189.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

«Утверждаю»
Проректор по научной работе
Д.м.н профессор Тешаев О.Р
№ _____
«__» _____ 2006г

Область знаний: 720000 - «Здравоохранение»

Направления(специальности): 5720100- «Медико-педагогический»

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

по предмету
«Стоматология»

Ташкент-2006

Введение: Стоматология является неотъемлемой частью клинической дисциплины, занимающийся изучением анатомо-физиологических особенностей и патологии зубо-челюстной системы. Стоматология -наука о заболеваниях зубов и челюстей (греч stoma -рот) (logos-наука). Стоматологическая помощь населению оказывается на всех этапах: как на амбулаторном, так и на стационарном этапе.

Основной задачей преподавания стоматологии студентам лечебных, медико-педагогических, медико-профилактических и медсестрам с высшими образованиями является обучения методам оказания помощи при ряде заболеваний челюстно-лицевой области и при травмах мирного и военного времени.

Врач любой специальности обязан уметь ориентироваться в случае развития острых гнойных процессов челюстно-лицевой области и при травмах лица как мирного, так и военного Бремени, необходимы так же знания элементов онкологии челюстно-лицевой области. У врачей общей практике должна быть онкологическая настороженность. Необходимо обучения заболеваний слизистой оболочки полости рта, потому что эти заболевания чаще всего является синдромами заболеваний многих органов и систем организма. Стоматологическая направленность профилактики многих заболеваний, таких как ревматизм, инфекционный артрит, ревмокардит, нефрит и др. основывается на своевременной борьбе со скрытыми, длительно существующими очагами воспаления или хронической инфекции в полости рта.

ЛЕКЦИЯ № 1

Тема: Введение. Предмет и задачи стоматологии. История стоматологии и её основные проблемы. Их значение для врачей общего профиля. Вопросы диспансеризации, профилактики стоматологических заболеваний. Болезни зубов: кариес, этиология, клиника и лечение. Осложнения: пульпит и периодонтит. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Связь стоматогенных и соматических заболеваний.

IX семестр лечебного факультета

Цель: Ознакомить с предметом и задачами стоматологии. Уметь диагностировать заболевание зубов, выявлять возможность патологического влияния их осложнений на организм; оказать необходимую помощь при остром пульпите и периодонтите, организовать профилактику болезней зубов. Обучить принципам распознавания заболеваний слизистой оболочки полости рта и оказания первой помощи и методам профилактики

ПЛАН:

1. Введение. Предмет и задачи стоматологии.
2. История стоматологии и её основные проблемы.
3. Вопросы диспансеризации и профилактики стоматологических заболеваний.
4. Болезни зубов.

5. Болезни слизистой оболочки полости рта.

РЕАЛИЗАЦИЯ МАТЕРИАЛА

Хирургическая стоматология - одна из самостоятельных клинических дисциплин стоматологии, изучающая зубы и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, требующие комплексных методов лечения. Среди этих методов оперативные вмешательства являются ведущими. Хирургическая стоматология тесно связана с другими стоматологическими специальностями - терапией, ортопедией, стоматологией детского возраста общие с ними методы диагностики и лечения. Хирургическая стоматология тесно связана и с другими медицинскими специальностями - терапией, хирургией, отоларингологией, офтальмологией, неврологией, рентгенологией и радиологией. Эта дисциплина одновременно основывается на достижениях естественных наук, физики, химии и многих разделов фундаментальной медицины: нормальной и топографической анатомии, норм и патофизиологии, микробиологии, патоанатомии, фармакологии, оперативной хирургии

ИДР-

Хирургическая стоматология зубов может требовать экстренных хирургических вмешательств (острые воспалительные и травматические заболевания зубов, в том числе возникающие при них удушье, кровотечения, шок и др.) и плановых операций (хронические воспалительные заболевания зубов, травма, опухоли, опухолеподобные заболевания, дефекты и деформация лица, врожденные пороки и аномалии развития и др.)

Врач-стоматолог независимо от профиля его работы должен уметь оказывать неотложную помощь при обмороке, шоке, коллапсе, коме, сердечной и дыхательной

недостаточности, инфаркте миокарда, гипертоническом кризе, эпилептическом состоянии, аллергических реакциях, острой травме, в том числе термической, змеиных укусах, отравлениях.

Стоматология, в прошлом зубоврачевание, дентиатрия, или одонтология, представляет собой одну из ветвей хирургии.

Видные врачи древнего мира - Гиппократ, Цельс, Гален и др. - оставившие глубокий след в истории медицины, также занимались зубоврачеванием. До настоящего времени дошел, например, большой набор зубоврачебных инструментов и щипцов, которыми пользовались врачи эпохи средневековья.

В эпоху Возрождения, несмотря на развитие анатомии и хирургии, зубоврачевание еще продолжало оставаться за пределами науки. В самостоятельную отрасль медицины зубоврачевание стало оформляться только после замечательных работ французского дантиста, бывшего цирюльника Пьера Фошара (1690-1762), опубликовавшего в 1728 г. первый капитальный труд. Основная заслуга Фошара состояла в том, что он первым собрал воедино все разрозненные сведения многих авторов и практиков и мастерски систематизировал материал.

Первые зубоврачебные школы открылись в Америке в 1839 г., в Англии в 1857 г., во Франции, Швейцарии, Германии и России в 1881г. Первый зубоврачебный журнал появился в Америке, в Филадельфии в 1839 г. В развитии хирургии зубов и полости рта большое значение имели школы ученичества иностранных зубных врачей.

В 1808 г. проф.А.Буш сделал первую операцию по поводу «заячьей губы». В 1820 г. ученик А.Буша проф.Медицинского университета А.И.Поль произвел резекцию нижней челюсти.

Внимание хирургов к хирургическому разделу зубоврачевания способствовало совершенствованию челюстных операций в рамках общей хирургии. Основоположником многих из них по праву следует считать замечательного русского врача и ученого Н.И.Пирогова. Им разработаны основы лечения опухолей челюсти. Для развития пластической хирургии лица большое значение сыграла деятельность профессора Киевского университета Ю.К.Шимановского. Он разработал системный принцип для показаний к пластическим операциям, предложил усовершенствованные варианты их, создал ряд оригинальных методик оперативных вмешательств. Русский зубной врач С.С.Тигерштедт (1914) предложил методику иммобилизации отломков челюсти при переломах с помощью назубных проволоочных шин.

Стоматология как самостоятельная наука начала формироваться в Узбекистане после Великой социалистической революции. Вместе с развитием стоматологической науки началось повсеместное распространение квалифицированной медпомощи в республиках. В первые годы советской власти развернулась сеть зубоврачебных амбулаторий. В Туркестанской Советской Республике был учрежден Туркестанский государственный университет с медицинским факультетом, образование которого в составе клиники факультетской хирургии, руководимой Ситковским П.П., был организован доцентский курс по челюстно-лицевой хирургии и одонтологии.

В 1925 г. на базе клиники госпитальной хирургии было организовано стоматологическое отделение на 10 коек, а спустя 5 лет их стало 15.

В 1940 г. в республике уже насчитывалось 5 стоматологических поликлиник, 198 стоматологических и зубо врачебных кабинетов, 47 зубо врачебных отделений и 2 стационара на 65 коек.

Большое развитие челюстная хирургия в Узбекистане получила в годы Великой Отечественной войны. Тогда в составе крупнейших госпиталей Ташкента, Самарканда и Коканда были организованы отделения челюстной хирургии. Большую научно-консультативную и лечебную работу в то время проводили Парадоксов М.В., Л.М.Обухова, Г.А.Ландо, Т.А.Аюпович, Л.Р.Губин, А.Ф.Клюева. После Великой отечественной войны в 1950 г. при Самаркандском медицинском институте открылся курс челюстной хирургии, возглавляемый доцентом Л.М.Обуховой.

Новый наиболее важный этап в развитии стоматологической помощи в УзССР начался после открытия в 1954 г. стоматологического факультета при Ташкентском медицинском институте.

За последние годы, наряду с подготовкой и обеспечением населения врачебными кадрами, проведена значительная работа по развитию сети стоматологических учреждений.

Необходимость комплексной профилактики стоматологических заболеваний обусловлена их взаимосвязью с общим состоянием организма, высоким уровнем распространенности кариеса зубов и пародонтоза. Элементы комплексной профилактики начали внедряться в 80-х гг.

Важное значение придается развитию гигиенических навыков населению, проведению контролируемой чистки зубов. Для этой цели служат стоматологические кабинеты и уголки гигиены на промышленных предприятиях, школах. Особая забота -беременные женщины. Они должны быть охвачены не только вторичной, но и первичной профилактикой, в том числе антенатальной профилактикой.

Профилактика стоматологических заболеваний является общегосударственной задачей и проводится как составная часть комплексной программы оздоровления населения. Каждый стоматолог должен осуществлять первичную профилактику в виде плановых мероприятий, используя отведенный бюджет рабочего времени.

Первичная профилактика - это система государственных, социальных и медицинских мероприятий, направленных на предотвращение стоматологических заболеваний.

Мероприятия по первичной профилактике кариеса зубов основаны на современных представлениях об этиологии этого заболевания. Общепринятыми методами профилактики является системное и местное применение фторидов, ограничение сахара в диете, а также систематическая чистка зубов фторосодержащими зубными пастами с раннего детского возраста.

Использование этих методов профилактики обосновывается взаимодействием местных факторов и систем организма в процессе их влияния на зубные отложения. Общие заболевания, и другие факторы могут влиять на зубные отложения, нарушая функцию слюнных желез, изменяя биохимический состав жидкостей организма. Имеются доказательства, что любой из перечисленных факторов опосредует свое влияние на зубы через жидкость рта. Кариес не является самостоятельным патологическим процессом, изолированным от других заболеваний и окружающей среды.

Тактика стоматолога должна быть направлена в первую очередь на уменьшение частоты употребления сладких продуктов, обеспечение оптимального поступления фтора в организм ребенка. На практике применяются методы системного (общего) и местного (локального) назначения фторидов. В условиях жаркого климата, где потребление воды высоко оптимальные дозы фтора 0,7-0,8 мг/л, в северных районах доза фтора - 1, мг/л, в средних широтах - 1,0 мг/л. Также применяется фтор в таблетках, рекомендуется полоскание рта растворами фторидов и производится обработка зубов фторосодержащими препаратами. Предрасполагающими факторами и условиями возникновения заболеваний пародонта и их осложнений является мягкий зубной налет и зубной камень ятрогенные воздействия (нависающие пломбы, нерациональное ортодонтическое и ортопедическое лечение), патологическая окклюзия, нарушение питания, хронические заболевания органов и систем, стрессовые состояния, наследственная расположенность.

Методы профилактики основаны на устранение или уменьшение силы воздействия перечисленных выше факторов. В отношении ряда факторов риска методы профилактики находятся на стадии экспериментальных исследований (устранение нарушений питания, стрессовых состояний и др.), в отношении других ведутся клинические наблюдения за их эффективностью, уменьшение ятрогенных воздействий, устранение патологии окклюзии и др.). Наиболее важное практическое значение в профилактике болезней пародонта принадлежит методу рациональной индивидуальной гигиены полости рта и профессиональной гигиене.

Ввиду возрастной специфичности стоматологических заболеваний с целью наиболее раннего предупреждения болезней санитарное просвещение населения должно быть адресовано определенному контингенту населения.

Первоочередность проведения профилактических мероприятий диктуется прежде всего тем, что процент тяжелых осложнений в , которые в ряде случаев могут привести к летальным исходам, достаточно высок. В возникновении воспалительных заболеваний лица и шеи особое значение имеют очаги одонтогенной инфекции. Поэтому предупреждение одонтогенных процессов должно быть направлено на ликвидацию их при санации полости рта.

Особенностью одонтогенных очагов инфекции является то, что дефекты зубов, являющиеся входными воротами для микробов, не замещаются естественным путем. Между одонтогенным очагом хронической инфекции и организмом больного устанавливается динамическое равновесие, которое может быть нарушено при изменении общей и местной реакции организма, наличии сопутствующих заболеваний, повышении вирулентности и повреждении соединительно-тканевой капсулы, окружающей инфекционный очаг.

В настоящее время профилактика стоматологических заболеваний рассматривается с точки зрения предупреждения не только патологии ротовой полости, но и болезней внутренних органов и систем организма.

Особенно это относится к заболеваниям слизистой оболочки полости рта, имеющей тесную связь со многими органами и системами организма.

Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта складывается из первичных и повторных медицинских осмотров определенных контингентов населения, лечебных процедур и диспансеризации.

В случаях, когда заболевания связаны только с местным воздействием неблагоприятных факторов, проводится соответствующее лечение и диспансерное наблюдение обычно не требуется.

Больные, у которых обнаружены заболевания внутренних органов, сочетанные с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, особенно при рецидивирующих формах воспаления, нуждаются не только в лечении, но и в диспансеризации.

При диспансеризации больных разделяют на несколько групп. В кратковременном наблюдении (3-6 месяцев) нуждаются лица, перенесшие стоматиты нерецидивирующего характера. Если у больных этой группы рецидивы заболевания не возникли в течение 6 месяцев-1 года, то их снимают с диспансерного учета.

В постоянной диспансеризации нуждаются больные с предопухолевыми поражениями слизистой оболочки, хронически текущими процессами и частыми рецидивами.

Особенно тщательно следует проводить общее обследование больных с язвенными процессами, плохо поддающимися воздействию терапевтических средств.

Имеются случаи применения сильнодействующих химических веществ (прижигание слизистой оболочки). При этом не учитывается. Что прижигающие химические вещества уничтожают иммунные способности клеток слизистой оболочки и могут вызвать фон для сенсibilизации тканей полости рта.

¹ **Диспансеризация** стоматологических больных является комплексным методом раннего выявления больных, нуждающихся в долговременном и динамическом наблюдении, высококвалифицированного обследования и лечения их, оздоровления условий труда и быта диспансеризуемых, проведения индивидуальной и групповой, социальной и медико-биологической профилактики стоматологических заболеваний, . по поводу которых осуществляется наблюдение больных.

1 гр. -диспансерный отбор X/ 2

гр. - диспансерный учет

3 гр. - диспансерное лечение и наблюдение. К А Р И

ЕС

Кариес зубов (гниение, костоеда) - патологический процесс, проявляющийся поражением твердых тканей зубов в результате нарушения функций некоторых систем организма и внутренних органов или вследствие отдельных заболеваний организма.

Среди современных проблем медицины и стоматологии кариес зубов занимает одно из первых мест по своей распространенности среди населения земного шара. Абсолютное большинство людей всех стран мира поражено кариозным процессом. Первые сведения о кариесе зубов встречаются задолго до нашей эры. Уже в древних китайских и египетских манускриптах описываются «теории» происхождения кариеса зубов.

Разгадкой причины развития поражения зубов кариесом занимались многие тысячелетия ученые всех стран. Предложено более 400 различных теорий, концепций, взглядов о возможных причинах возникновения кариозного поражения зубов. Однако

до последнего времени патогенез, этиология этого заболевания ещё изучается, и ощутимых результатов в раскрытии этиологии кариеса зубов ученые пока не дали.

В связи с полиэтиологичностью процесса, в котором участвуют различные системы организма и внутренние органы, механизм поражения твердых тканей зуба еще не вскрыт до конца.

География кариеса зубов

По статистическим данным различных стран распространение кариеса среди взрослого и детского населения составляет от 90 до 100%.

В Польше 95% школьников поражены кариесом, в Чехословакии -74-86%, в Болгарии - 70%, в Англии -100%. В США кариесом зубов поражено все население, правда в отдельных районах благодаря проведению флюоризации питьевой воды у школьников поражение зубов кариесом заметно снижается.

В Советском Союзе поражаемость кариесом зубов населения составляет от 30 до 98%.

На основании данных литературы и материалов экспедиций следует полагать, что распространение кариеса зависит от многих причин.

Т)Географические условия: климат, рельеф местности, осадки, содержание минеральных солей и микроэлементов в воде, почве, главным образом фтора, меди, стронция, йода, кальция.

Так, по данным Юнусова, который провел исследование 22883 школьников УзССР, в зависимости от различных географических условий отдельных областей и районов республики кариес зубов был распространен от 70 до 90%.

2. Питание: натуральная пища, овощи, фрукты, витамины, соотношение белков, углеводов, жиров - все имеет значение в развитии кариеса.

Во всех странах мира отмечено, что у жителей сельских местностей зубы поражены кариесом в меньшей степени, чем у людей, живущих в городах. Это связывают главным образом с особенностями питания.

3. Социальные условия - профессия, условия быта, труда. Отдельные профессии имеют непосредственное значение в развитии кариеса. У работников кондитерской, химической промышленности кариесом зубы поражаются значительно чаще, чем у других отраслей производства.

Влияние социальных факторов - война, голод, социальный строй.

4. Возраст: преимущественно кариесом поражаются люди в молодом возрасте.

У детей до 2-х лет кариес обнаруживается чрезвычайно редко, после двух лет 35-40%, с 12 лет, когда происходит основная смена молочных зубов постоянными, кариес снова возрастает и поражает детей и юношей до 60%. Рядом авторов (Л.А. Говсеев, Д.А.Энтин и др.) отмечено, что после 40 лет поражаемость кариесом резко снижается.

Некоторые американские авторы связывают этот факт с эндокринными влияниями на возникновение кариеса зубов. Так, в период полового созревания (12-16 лет) под воздействием половых гормонов поражение кариесом повышается.

После 40 лет, когда половая деятельность начинает угасать, кариес зубов снижается. Возможно, в этом есть доля правды, но кариозный процесс зависит не только от половых гормонов. Нельзя не учитывать состояние нервной системы, обмена веществ в организме, изменения других функций в связи с возрастом.

5. Особенности организма: конституционные особенности организма оказывают безусловное влияние на развитие кариеса, общее развитие организма, строение отдельных органов, определенное состояние нервной системы могут предрасполагать к кариесу.
6. Перенесенные заболевания: ревматизм, рахит, ББЦ, эндокринные заболевания способствуют поражению зубов кариесом. О.Г.Малышева убедительно показала, что при всех формах ревматизма у детей отмечается большая частота поражения зубов кариесом.

Заболевания желудочно-кишечного тракта предрасполагают к развитию кариозного процесса. Здесь, по-видимому, имеет значение нарушение усвояемости питательных веществ, необходимых для обмена веществ в твердых тканях зуба.

Сердечно-сосудистые заболевания, сопровождаемые застойными явлениями, также способствуют возникновению кариеса зубов.

7.Состояние стоматологической помощи населению: организация профилактики, лечебной помощи, стоматологические учреждения, кадры, санитарно-просветительная работа - все это имеет большое значение в предотвращении распространения кариеса.

ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ

Лечение кариеса зубов до настоящего времени остается не полностью решенной задачей. Если в какой-то мере разработаны методы устранения дефекта зуба, возникшего в результате кариозного процесса, то еще нет средств полностью ликвидировать и предотвратить рецидив разрушения зубов.

Предложенные различные методы для лечения кариеса зубов сводятся к устранению дефекта зуба, к восстановлению анатомической формы и функции его в зубочелюстной системе.

В связи с этим лечебные мероприятия проводятся по трем направлениям:

- 1) оперативные вмешательства на твердых тканях зуба;
- 2) пломбирование полости зуба;
- 3) применение лекарственных средств.

Основой лечения кариеса зубов по-прежнему остаются оперативное удаление размягченных тканей и формирование полости. .

Удаление пораженных тканей зуба проводится с помощью боров, специальных ножей и применением молочной кислоты.

При помощи пломбирования восстанавливается анатомическая форма зуба. О профилактике кариеса

Характерной чертой советской медицины является её профилактическое направление.

В развитии советской стоматологической науки профилактическое направление нашло особенно яркое выражение при разработке учения о кариесе и в осуществлении массовых мероприятий, направленных на борьбу с этим распространенным заболеванием.

Рассматривая кариес как болезнь, а не как химический или физико-химический процесс локального происхождения, как это делает до сих пор большинство зарубежных авторов, советские стоматологи сумели разработать и провести в жизнь ряд профилактических мероприятий общегигиенического и организационного порядка.

На IV Всесоюзном съезде стоматологов А.И.Евдокимов изложил систему стоматологической диспансеризации и значительно расширил понятие «санация полости рта», включив сюда также удаление зубных отложений, проведение ортопедического и ортодонтического лечения, протезирование при полной и частичной адентии и оперативные вмешательства по поводу оставшихся, не устраненных ранее деформаций челюстей, лица и др.

Диспансерный метод предусматривает точную регистрацию заболеваемости полости рта, её динамику и учет эффективности проведенных лечебных и профилактических мероприятий. На основании анализа этих данных для каждого контингента saniруемых в данной местности решается вопрос об интервале между повторным проведением санационных мероприятий.

Начало санации у детей определяется сроком прорезывания первого постоянного зуба, так как плановой санации подвергаются лишь постоянные зубы.

Объектом санации являются в первую очередь дети-школьники от 1 до 10-го класса - как наиболее организованная детская группа.

Если взглянуть на таблицу сроков прорезывания зубов, то в результате ежегодного увеличения числа постоянных зубов увеличивается количество объектов наблюдения и профилактики.

По данным советских авторов, нарастание кариеса выражается в следующих средних цифрах:

Возраст	% постоянных зубов, пораженных кариесом
6-7 лет	0,6
7-8 лет	0,9
8-9 лет	1,1
10-11 лет	2,9
11-12 лет	2,1
12-13 лет	2,5
13-14 лет	2,8

При анализе данных поражаемости кариесом по отдельным группам зубов отмечается неуклонное и интенсивное поражение первых моляров.

Анализ динамики прорезывания зубов и коэффициента нарастания кариеса по годам дает основание считать двукратные осмотры и противокариозную флюоризацию в течение года настоятельно необходимыми, а заботу о шестом зубе - особо важной. ^v

Однако в настоящее время к первому осмотру предъявляются более сложные требования. Необходимость отбора детей с кариозными зубами не отпадает. Но к этому присоединяется вторая задача, связанная с обязательным включением профилактической флюоризации в систему плановой санации.

Рациональным надо считать прикрепление к одному стоматологу не более 2000-2500 школьников.

Периодонтит (periodontitis) - воспаление тканей, расположенных в периодонтальной щели. Может возникать инфекционным, травматическим и медикаментозным путем. Инфекционный периодонтит возникает при внедрении аутоинфекции, находящийся в полости рта. Чаще бывает поражение корневой оболочки у верхушки зуба, реже - в краевом отделе периодонта. Травматический периодонтит развивается в результате как однократной (удар, ушиб), так и хронической травмы (нарушение окклюзии при завышении высоты зуба искусственной коронкой, пломбой, при наличии вредных привычек - удерживание в зубах гвоздей, перекусывания ниток, луща-ния семечек, разгрызания орехов и др.) Периодонтит может возникать при лечении пульпита, когда при обработке канала применяют сильнодействующие лекарственные средства (медикаментозный" периодонтит), а также вследствие аллергической реакции периодонта на лекарства.

В клинической практике наиболее часто встречаются инфекционные верхушечные периодонтиты. .

По данным клинической картины и патологоанатомическим изменениям, изменениям воспалительного поражения периодонта можно разделить на следующие группы (по И.Т.Лукомскому).

1. Острый периодонтит

1. серозный (ограниченный и разлитой)
2. гнойный (ограниченный и разлитой)

II. Хронический периодонтит.

1. гранулирующий
2. гранулематозный
3. фиброзный

III. Хронический периодонтит в стадии обострения.

Острый периодонтит - это острое воспаление периодонта.

Этиология: острый гнойный периодонтит развивается под действием смешанной флоры, где преобладают стрептококки, стафилококки и пневмококки. Может обнаруживаться палочковидные формы (Fpt, -) анаэробная инфекция.

Патогенез - Развитие острого воспалительного процесса в периодонте первично возникает в результате проникновения инфекции через отверстие в верхушке зуба или патологический зубодесневой карман. Поражение апикальной части периодонта может наблюдаться при воспалительных изменениях пульпы, её омертвлении, когда обильная микрофлора канала зуба распространяется в периодонт через верхушечное отверстие корня.

Маргинальный или краевой периодонтит возникает вследствие проникновения инфекции через десневой карман при травме, попаданием на десну лекарственных веществ, в том числе мышьяковистой пасты. Проникшее в периодонтальную щель микробы размножаются, образуют эндотоксины и вызывают воспаление в ткани периодонта. Большое значение в развитии первичного, острого процесса в периодонте имеют некоторые местные особенности: отсутствие оттока из пульповой камеры и канала, микротравма при активной жевательной нагрузке на зуб с пораженной пульпой. Игрют роль также общие причины: переохлаждение, перенесенные инфекции и др.

Патологическая анатомия. При остром периодонтите характерно развитие двух фаз - интоксикации и выраженного экссудативного процесса. В фазе интоксикации происходит миграция различных клеток - макрофагов, моноцитов, гранулоцитов и др. - в зону скопления микробов. В фазе экссудативного процесса нарастают воспалительные явления, образуются микроабсцессы, происходит воспаление тканей периодонта и формируется гнойник.

Клиническая картина - при остром периодонте больной отмечает боль в причинном зубе, усиливающуюся при надавливании на него, жевании, а также при постукивании (перкуссии). Характерно ощущение «выросшего» зуба. При более длительном давлении на зуб боли несколько стихают. В дальнейшем болевые ощущения усиливаются, становятся непрерывными или с короткими светлыми промежутками. Нередко они принимают пульсирующий характер. Тепловое воздействие, принятие горизонтального положения, прикосновение к зубу вызывают еще большие болевые ощущения. Наблюдается распространение болей (иррадиация) по ходу ветвей тройничного нерва.

При внешнем осмотре изменений, как правило, нет, наблюдаются увеличение и болезненность связанных с пораженным зубом лимфатического узла или узлов. Может быть не резко выраженный коллатеральный отек соседних с этим зубом околочелюстных мягких тканей. Перкуссия зуба болезненна и в вертикальном и горизонтальном направлении. Слизистая оболочка десны, альвеолярного отростка, а иногда и переходной складки в проекции корня зуба гиперемирована и отечна. Пальпация альвеолярного отростка по ходу корня и особенно соответственно отверстию верхушки зуба болезненна. Температурные раздражители, данные электроодонтометрии указывают на отсутствие реакции пульпы вследствие её некроза. На R-грамме при остром процессе патологических изменений в периодонте может не выявляться или обнаруживается расширение периодонтальной щели. При обострении хронического процесса возникают изменения, характерные для гранулирующего, гранулематозного, редко фиброзного периодонтитов.

В крови, как правило, изменений нет, но у некоторых больных наблюдается лейкоцитоз (до $9-11 \times 10^9$), умеренный нейтрофилёз за счет палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов, СОЭ чаще в пределах нормы.

Дифференциальный диагноз- острый периодонтит отличает от острого пульпита, периостита, остеомиелита челюстей, нагноения корневой кисты, острого одонто-генного гайморита. В отличие от пульпита при остром периодонтите наблюдаются воспалительные изменения в прилегающей к зубу десне, перкуссия более болезненна. Кроме того помогают диагностике данные электроодонтометрии. Дифференциальный диагноз острого периодонтита и острого гнойного периостита челюсти основывается на более выраженных жалобах, лихорадочной реакции, наличии коллатерального воспалительного отека околочелюстных мягких тканей и разлитой инфильтрации по переходной складке челюсти с образованием поднадкостничного гнойника. Перкуссия зуба при периостите челюсти малоболезненна. По таким же более выраженным общим и местным симптомам проводят дифференциальную диагностику острого периодонтита и острого остеомиелита челюсти. При остеомиелите перкуссия болезненна в области нескольких зубов.

При нагноении околокорневой кисты наблюдается наличие ограниченного выбухания альвеолярного отростка, смещение зубов, иногда отсутствие в центре костной ткани. На рентгенограмме при кисте обнаруживается участок резорбции кости округлой или овальной формы. .

При остром одонтогенном воспалении верхушечной пазухи наблюдается заложенность соответствующей половины носа, гнойные выделения из носового хода, головные боли, общее недомогание. На R-грамме - нарушение прозрачности верхушечной пазухи.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Проблема заболеваний слизистой оболочки полости рта необычайно широка. Длительное время заболевания слизистой оболочки полости рта рассматривали как местный процесс, связанный с негигиеническим содержанием полости рта и воздействием местных патогенных факторов.

Однако современные методы исследования установили, что со слизистой оболочки полости рта можно вызвать рефлексы на сердце, железы внутренней секреции, желудочно-кишечный тракт. Это привело ученых к выводу о том, что большинство заболеваний слизистой оболочки полости рта обусловлено нарушениями функции определенных систем организма, в первую очередь

Слизистая оболочка полости рта является начальным отделом пищеварительного тракта. На протяжении жизни организма она подвержена воздействию различных, часто патогенных факторов, которое нередко превышает возможности защитных реакций организма.

Поражения слизистой оболочки полости рта условно можно разделить на две группы:

I группа - заболевания, развивающиеся под влиянием непосредственного воздействия патогенных факторов на слизистую оболочку полости рта.

II группа - поражения, являющиеся симптомами поражений внутренних органов и систем организма.

Классификация поражений слизистой оболочки полости рта

1. Стоматиты - катаральный, острый и хронический, афтозный, губной герпес, язвенно-некротический и др.

2. Гингивиты - катарально-язвенный, некротический, гипертрофический, атрофический, десквамативный, симптоматический.

3. Глосситы - острый, язвенный, хронический

4. Хейлиты - катаральный, экзематозный, метеорологический, хронические трещины губ

5. Повреждения и аллергические поражения - механические, физические, химические, лекарственные и др.

6. Поражения при поражениях внутренних органов, инфекционных болезнях (Корь-корева энантема, пятна Филатова-Коплика. Энантема появляется прежде всего на мягком небе в виде отдельных красных точек, хорошо заметных на фоне

нормальной слизистой оболочки. Слизистая рта представляется гиперемированной и несколько отечной, десны припухают и вследствие усиленной десквамации эпителия нередко покрываются белым крошковидным налетом. Это проявление стоматита следует отличать от специфического признака кори Филатова. Чаще всего они появляются за два дня до высыпания на коже, но иногда могут быть обнаружены и несколько раньше. На слизистой губ и щек, обычно против нижних коренных зубов, появляются белесоватые точки величиною с маковое зерно, окруженные красным венчиком. Точки эти возвышаются над уровнем слизистой и так плотно держатся на ней, что могут быть удалены лишь с большим трудом.

Скарлатина - малиновый язык, миндалины, дужки, язычок и мягкое небо резко гиперемированы, красны и слегка отечны. На месте перехода мягкого неба в твердое краснота резко обрывается; грипп - герпес, дизентерия - язык сухой, бледный, слизистая оболочка полости рта отечная, бледная), спец.инфекциях, гиповитаминозе.

7.Кандидоз - один из первых признаков бессимптомно протекающего сахарного диабета.

8.Поражения слизистой оболочки полости рта при дерматозах

9. Предопухолевые и опухолевые

10. Проявления синдромов

Изменения со стороны слизистой оболочки полости рта при некоторых общих заболеваниях

Слизистая оболочка полости рта чувствительна к многим заболеваниям органов и систем организма человека. Нередко проявление общего заболевания со стороны слизистой оболочки полости рта определяется раньше, нежели общая симптоматика. Поэтому, несмотря на то что проявление общего заболевания со стороны слизистой оболочки полости рта и не носит специфического характера для того или иного заболевания, каждый случай поражения должен настораживать интерниста для исключения соматической патологии.

Заболевания желудочно-кишечного тракта

Наиболее постоянным симптомом указанных заболеваний являются изменения слизистой оболочки языка даже при отсутствии каких-либо жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта. Наиболее частые изменения связаны с появлением налета на языке. Небольшой налет может быть утром, до приема пищи и у здорового человека, который исчезает после еды. Налет усиливается при обострении заболеваний желудка или кишечника, но может почти исчезнуть в период ремиссии.

Заболевания сердечно-сосудистой системы

При гипертонической болезни, некоторых пороках сердца определяется цианоз слизистой оболочки губ, языка, щек, дна полости рта, нередко сопровождающийся чувством жжения.

В период острого инфаркта миокарда наряду с цианозом слизистой полости рта на ней обнаруживаются трещины, эрозии и даже язвы, иногда кровоизлияния. При мелкоочаговом инфаркте, кроме цианоза, может иметь место сухость языка, отек.

При возникшем нарушении кровообращения III-IV степеней может возникнуть язвенно-некротическое изменение слизистой оболочки и подслизистой клетчатки.

Заболевания крови

При лейкозе у 20% больных первым признаком болезни являются изменения со стороны слизистой оболочки полости рта, которые сводятся к кровоизлияниям в слизистую оболочку, кровоточивости десен, возможно развитие язвенно-некротических повреждений слизистой.

Гипохромная железодефицитная и пернициозная анемия

Характеризуется появлением жжения в языке, атрофией сосочков слизистой оболочки языка, сухостью в полости рта.

Тромбоцитопения, или болезнь Верльгофа

Характерным признаком заболевания является появление неожиданного часто повторяющегося кровотечения из десен, других участков слизистой полости рта при малейшей травме и даже без неё, появлением кровоизлияний под слизистую, в кожу. Нередки носовые кровотечения. Как результат кровотечений бледность кожных покровов, низкий гемоглобин. Лечение сводится к общей терапии: местное лечение обычно симптоматическое.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бажанов Н.Н. Стоматология.-М., 1990
2. Вернадский Ю. Основы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.-Киев, 1998.
3. Боровский Е.В., Иванов В.С. и др. Терапевтическая стоматология.-М.-1998.
4. Колесов А.А. Стоматология детского возраста.-1991.
5. Кузьмина Э.М.и др. Профилактика стоматологических заболеваний.-М.-1998.
6. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология.-М., 1990.

РАЗДЕЛ: «ТРАВМАТОЛОГИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ»

НАИМЕНОВАНИЕ ТЕМЫ: Травмы ЧЛО, повреждение мягких тканей, зубов и костей лицевого скелета. Особенности травмы лица и течение раневого процесса ПХО ран на лице, их особенности при радиационных и термических поражениях. Оказание экстренной помощи челюстно-лицевым раненым на этапах медицинской эвакуации.

ЦЕЛЬ ЛЕКЦИИ: Ознакомить студентов с травмами ЧЛО, особенностями течения раневого процесса, ПХО ран на лице, экстренная помощь.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕКЦИИ: 2 часа.

ИСХОДНЫЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ СТУДЕНТА:

- 1.Анатомо-физиологические особенности тканей и органов лица.
- 2.Особенности кровоснабжения тканей лица.
- 3.Особенности иннервации тканей лица.
- 4.Поражающие факторы при радиационных и термических поражениях.
- 5.Понятие ПХО ран.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ:

После прочтения лекции студент должен знать:

- 1.Статистику травм ЧЛО.
- 2.Классификации травм ЧЛО.
- 3.Особенности травм мягких тканей
- 4.Особенности травм костей ЧЛО
- 5.Особенности ПХО при радиационных и термических поражениях.
- 6.Оказание неотложной помощи больным с травмой ЧЛО.

ПЛАН ЛЕКЦИИ:

- 1.Особенности травм ЧЛО, их статистика
- 2.Классификация травм лица
- 3.Особенности ПХО на лице
- 4.Особенности при радиационных и термических поражениях.
- 5.Экстренная помощь больным на этапах медицинской эвакуации.

ЛЕКЦИЯ №3

Тема: Травмы челюстно-лицевой области (ЧЛО): повреждения мягких тканей, зубов и костей лицевого скелета. Особенности травмы лица и течение раневого процесса. ПХО ран на лице, ее особенности при радиационных и термических поражениях. Оказание экстренной помощи челюстно-лицевым раненым на этапах медицинской эвакуации.

Классификация травм ЧЛО

В соответствии с международной статистической классификацией повреждения ЧЛО оценивают по:

- А) причинам возникновения
- Б) по локализации

По причинам возникновения выделяют 2 основных вида травм:

1. производственного,
2. непроизводственного характера.

Среди травм производственного характера следует различать промышленные и сельскохозяйственные. Удельный вес производственной промышленной травмы среди других видов повреждений ЧЛО различен и колеблется от 2,8 до 39,5% и даже до 66% (Гардашников Ф.Л., 1959г.) по данным Александрова Н.Ш., Аржанцева П.З. и др., 1986г., равна 8,1% и колеблется от 4,5, до 12,4%.

Травмы непроизводственного характера делятся на:

1. Бытовые (22,5-92,1%),
2. Транспортные (2,3-18,2%),
3. Уличные (5,1-7%),
4. Спортивные (3,5-4,3%),
5. прочие (например: травмы, полученные при удалении зуба, во время припадка эпилепсии и др.).

По локализации:

Удельный вес травм лица разной локализации неодинаков по данным отдельных лечебных учреждений.

Так, изолированные повреждения нижней челюсти, по данным Т.М.Лурьев (1969), составляют 74,0% по сведениям Ю.М.Бернадского (1973г)-79,7%, по материалам Д.М. Самедова (1981г.)-52%, переломы верхней челюсти - соответственно 3,5; 9,2 и 2,4% скулой кости и дуги –

9,7, 4,1 и 4,7 костей носа – 7,8, 4,6 и 3,8%, множественная травма костей лица – 4,7, 2,4 и 2,2%.

Коллектив кафедры ЧЛХ со стоматологией Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, взяв за основу классификацию Д.А.Энтина и Б.Д.Кабакова и использовав предложения Ю.И.Бернадского, П.З. Аржанцева, Т.М.Лурье и др., создал клиническую классификацию, которая была обсуждена и утверждена на заседании Проблемной комиссии «По вопросам хирургической стоматологии и обезболивания» 16 марта 1984 г.

Классификация повреждений ЧЛЮ.

1.Механические повреждения верхней, средней, нижней и боковых зон лица.

А.По локализации:

А.Травмы мягких тканей с повреждением:

- А) языка,
- Б)слюнных желез,
- В)крупных сосудов,
- Г)крупных нервов.

Б.Травмы костей:

- А)нижней челюсти,
- Б)верхней челюсти,
- В)скуловых костей,
- Г)костей носа,
- Д)двух костей и более.

в.По характеру ранения:

- сквозные
- слепые
- касательные
- проникающие в полость рта
- не проникающие в полость рта
- проникающие в верхнечелюстные пазухи и полость носа.

с.По механизму повреждения:

А. огнестрельные: пулевые, осколочные, шариковые, стреловидными элементами.

2.Комбинированные поражения

3.Ожоги, в том числе электроожоги

4.Отморожения

Повреждения лица могут быть:

А)изолированными одиночными (если действием одного повреждающего фактора, например пульей, повреждена одна анатомическая область)

Б)изолированными множественными (ранение одной анатомической области несколькими ранящими агентами, например несколько осколков гранаты)

В)сочетанными одиночными (один и тот же фактор вызывает повреждение нескольких анатомических областей)

Г)сочетанными множественными (повреждение нескольких анатомических областей в результате действия многих ранящих агентов).

К сочетанным повреждениям ЧЛЮ следует отнести и те ранения, при которых одновременно повреждены и головной мозг, органы зрения и ЛОР – органы.

Повреждения мягких тканей и костей ЧЛЮ.

Закрытые повреждения только мягких тканей лица (ушибы) сопровождаются ограниченным или обширным кровоизлиянием в подкожную клетчатку мышцы, значительным отеком мягких тканей, который развивается очень быстро, обычно впервые 2-ое суток после травмы. Все это нередко маскирует сопутствующие повреждения лицевых костей.

Открытые повреждения мягких тканей лица (раны) сопровождаются более или менее значительным кровотечением, особенно в первые часы после травмы. При повреждении губ, особенно нижней, а также при разрывах мягких тканей в области углов рта, наблюдается обильное слюнотечение. Повреждение языка и тканей дна полости рта резко затрудняют прием пищи и питья, вызывают нарушение речи, а развивающийся отек мягких тканей дна полости рта и языка может обусловить затруднение дыхания.

Повреждения мягких тканей боковых отделов лица часто сопровождаются ранениями ветвей n.facialis, gl.parobis и крупных сосудов. Ранения мягких тканей подчелюстной области, могут сопровождаться повреждениями gl.submandibularis, сосудов и нервов этой области, с образованием глубоких карманов, проникающих к крупным сосудам шеи, к гортани, глотке со склонностью к нагноениям.

При формулировке диагноза повреждения мягких тканей, необходимо указать характер раны (резанная, рваная, ушибленная и т.п.), ее размеры (длина, ширина, глубина), форму (линейная, овальная, круглая, неправильной формы и др.).

А)Повреждения зубов.

Различают два основных вида: переломы и вывихи. Они возникают под влиянием травмы, но иногда встречаются, как осложнения при удалении зуба или корня. При вывихе корень зуба либо остается в лунке, либо частично или полностью выходит из нее. В последнем случае коронка зуба смещена по отношению к соседним зубам и располагается выше них, препятствуя смыканию челюстей. Коронка вывихнутого зуба может быть ниже уровня соседних зубов, а корень продвинут в толщу костной ткани или же под слизистую оболочку.

На R-грамме определяется увеличение ширины периодонтальной щели, изменение положения корня в виде частичного или полного выхождения его из лунки или же, наоборот, перемещение корня в толщу альвеолярного отростка.

При вывихе происходит разрыв сосудисто-нервного пучка зуба с последующим омертвлением пульпы.

При переломе происходит разрыв сосудисто-нервного пучка зуба с последующим омертвлением пульпы.

При переломе зуба отламывается часть или вся коронка или происходит перелом корня зуба на различных уровнях. Чаще всего переломы в поперечном направлении, но иногда и продольном. В отличие от вывиха при переломе подвижна лишь отломленная часть зуба или она отсутствует совсем и обнажена, живая пульпа и больные жалуются на резкие боли в зубе, усиливающиеся не только при прикосновении к нему, но и при дыхании с открытым ртом.

Б) Перелом альвеолярного отростка.

Возникает в результате прямого непосредственного механического воздействия на ограниченный участок отростка. Чаще всего возникают переломы альвеолярного отростка верхней челюсти, вследствие несколько большим выставлением альвеолярного отростка верхней челюсти по отношению к нижней челюсти. Смещение отломков предопределяется только направлением силы механического воздействия и чаще всего происходит к задней части или внутрь. Реже - вколоченные переломы, при которых отломки тугоподвижные и с трудом поддаются одномоментному вправлению. При частичных переломах или надломах отломки подвижны, но незначительно и не нуждаются во вправлении. При полных переломах отломков подвижен.

Переломы альвеолярных отростков могут сопровождаться более или менее значительными повреждениями слизистой оболочки преддверия рта или полости рта, языка, неба. При диагностике необходима R-грамма для уточнения плоскости перелома относительно корней зубов для исключения или подтверждения перелома корней, повреждения стенок гайморовой пазухи.

В) Переломы нижней челюсти.

Встречаются значительно чаще других переломов лицевого скелета (70-75% случаев), что обусловлено, в основном, выдвинутым положением тела нижней челюсти по отношению к другим костям лица и большей площадью.

Характер перелома нижней челюсти зависит преимущественно от силы и направления удара, а также функционального состояния жевательной мускулатуры в момент травмы. На смещение отломков после перелома решающее влияние оказывает действие тяги прикрепляющихся к челюсти жевательных мышц.

Различают: одинарные, двойные и множественные переломы (при последних двух возникают прямые и отраженные переломы).

По характеру излома кости: линейные, крупно- и мелкооскольчатые переломы. Полные переломы, локализующиеся в пределах зубного ряда, считаются открытыми, в пределах ветви челюсти, как правило, закрытыми.

Переломы нижней челюсти чаще всего наблюдаются в местах, так называемых линий слабости, проходящих по срединной линии, в области for.mentale, угла челюсти, основания и шейки суставного отростка.

Основными признаками перелома нижней челюсти, являются болезненность в местах перелома при давлении пальцами на челюсть, патологическая подвижность отломков, нарушение прикуса, ограничение подвижности челюсти и смещение отломков в различных направлениях.

Уточнению диагноза помогают Рo-граммы челюсти, сделанные в прямой и боковой проекциях. По ним также уточняют характер, и направление линий излома кости, наличие инородных тел, отношение корней зубов к плоскости перелома, состояние периапикальных тканей зубов, находящихся в линии перелома или прилежащих к ней. При формулировке диагноза необходимо учитывать наличие воспаления в зоне перелома (например, при запоздалом обращении).

Г) Переломы верхней челюсти.

Составляют от 3 до 4% и относятся к наиболее тяжелым повреждениям, так как верхняя челюсть непосредственно связана с основанием черепа, сосудами, нервами.

Переломы верхней челюсти чаще всего возникают в местах соединения ее с другими костями лицевого скелета и основанием черепа.

Наиболее распространена классификация по Ле-Форю, которая различает три основных вида переломов:

1. верхний, отрыв верхней челюсти с носовыми костями, скуловыми и крыловидными отростками основной кости (суббазальный перелом, челюстно-мозговое разъединение),
2. средний, перелом поперек переносицы, по внутренней стенке и дну глазницы, по скулочелюстному шву к крыловидным отросткам (суборбитальный перелом, челюстно-лицевое разъединение),

3.нижний – проходит от основания грушевидного отверстия над альвеолярным отростком к крыловидным отросткам основной кости.

Однако, такие симметричные переломы верхней челюсти встречаются сравнительно редко. Чаще всего переломы челюсти возникают на различных сторонах, на разных уровнях. Среди них встречаются переломы по средней линии (небному шву), переломы альвеолярного и небного отростков, переломы передней стенки.

При формулировке диагноза обязательно следует отмечать повреждение и других анатомических образований, если таковые имеются (повреждение глазницы, решетчатых костей, трещина турецкого седла и др.)

Переломы верхней челюсти диагностируются по следующим основным признакам: болезненность при смыкании зубов, удлинение средней части лица, смещение всей или части верхней челюсти к низу, назад или внутрь, подвижность отломков, нарушение прикуса.

При двусторонних переломах, глазные яблоки опускаются вместе с нижними стенками глазницы, при односторонних – только на поврежденной стороне и сопровождаются диплопией.

Почти все переломы верхней челюсти сопровождаются обильным кровотечением из носа и рта, которое может быть обусловлено не только локальным ранением слизистой оболочки и повреждением костей близко расположенных отделов лица, но и переломом основания черепа. В последнем случае к кровотечению прибавляется и ликворея.

Для диагностики ликвореи используют тест «двойного пятна» (истекающая кровь образует на салфетке бурое пятно в центре, а по периферии в виде желтого венчика растекается ликвор), «крахмального платка».

Обращает на себя внимание кровоизлияние в клетчатку век - симптом «очков». Он возникает сразу после травмы при переломах верхней челюсти, орбиты, скуловой кости и имеет распространенный характер. При изолированных переломах основания черепа симптом «очков» проявляется через 24-48 часов и не выходит за пределы круговой мышцы глаза, общее состояние больного крайне тяжелое, может быть потеря сознания, ригидность мышц затылка, симптом Кернига, анизокория, брадикардия.

Перелом скуловой кости и скуловой дуги.

Составляют 8-10% и возникают в результате прямого воздействия на кость травмирующего фактора.

Диагностируются на следующих основаниях: западение скуловой области, наличие «ступеньки» в области нижнего края глазницы, наличие костного выступа в области скулоальвеолярного гребня, расстройства чувствительности в зоне разветвления n.infraorbitalis.

Могут наблюдаться также: более или менее значительное ограничение открывания рта, повреждение стенок гайморовой пазухи, подкожная эмфизема лица, кровоизлияние в клетчатку глаза, преимущественно нижнего века и в склере.

При перкуссии премоляров на стороне повреждения, иногда отмечается более тупой звук, чем на здоровой (симптом «треснувшего горшка» по Малевичу). Для выявления перелома скуловой кости используется и симптом «двух шпателей»: шпатели располагаются симметрично вдоль наружных отделов орбит – на пораженной стороне шпатель не будет прилегать к телу скуловой кости.

Переломы носовых костей.

Составляют около 7-8%. Сопровождаются нарушением носового дыхания (на одной или обеих сторонах), обильным кровотечением, деформацией наружного носа (сколиоз, западение спинки или скатов) ранним проявлением симптома «очков».

Кроме того, при повреждении решетчатой пластинки отмечаетсяриноликворея. Обильное слезотечение свидетельствует о переломах боковой стенки носа с повреждением носослезного канала или слезного мешка, а подкожная эмфизема указывает на вскрытие околоносовых пазух.

Ж) Сочетанные повреждения.

Одновременное повреждение нескольких костей лица встречается нечасто и составляет 4-5%.

Это наиболее тяжелый вид повреждений, так как почти всегда сопровождается рядом опасных осложнений. (шок, сотрясение или ушиб

головного мозга, потеря сознания, перелом костей основания черепа и др.)

В этих случаях еще до специальных стоматологических вмешательств необходимо пригласить для консультации невропатолога, офтальмолога и других специалистов для полноты обследования и назначения комплексной терапии.

Повреждения лица иногда сочетаются с повреждениями других областей тела (18,4-33%). Наиболее тяжелые повреждения возникают при транспортных травмах и падениях с высоты, когда дополнительно повреждаются другие части тела (грудь, живот, кости таза, верхние и нижние конечности и др.). Именно эти сопутствующие повреждения в основном и определяют в ближайший период после травмы глубину шока и гемодинамических нарушений. Наиболее характерным признаком этого вида травмы является развитие синдрома «взаимного отягощения».

Первичная хирургическая обработка ран ЧЛЮ.

Под хирургической обработкой раны понимают такие оперативные вмешательства, которые заключаются в иссечении и удалении нежизнеспособных мягких и костных тканей, а также всего патологического субстрата, создающего условия для развития инфекционных осложнений в ране. Все это завершается наложением швов.

Тактика ПХО ран мягких тканей лица определяется особенностями анатомо-физиологического строения ЧЛЮ. Следует стремиться проводить ПХО раны в ранние сроки для уменьшения опасности инфекционных осложнений и достижения первичного заживления. Высокие регенеративные способности тканей ЧЛЮ, обусловленные хорошим кровоснабжением и иннервацией, наличием в тканях около естественных отверстий лица низкодифференцированных соединительно-тканых клеток, а также рядом факторов определяющих местный иммунитет, позволяют проводить ПХО с наложением швов в сроки до 48 часов после травмы, а иногда и позже.

Чаще ПХО ран проводят под местным обезболиванием. При обширных повреждениях, когда применяются приемы первичной пластики и у детей, показано общее обезболивание.

После обработки кожи вокруг раны (протирание бензином, сбривание волос, смазывание спиртом и 2% настойкой J₂) проводят ревизию раны (для определения повреждения костных тканей, проникновение в полость рта, полость носа, верхнечелюстную пазуху) из глубины раны удаляют сгустки крови, инородные тела, свободно лежащие костные отломки, иссекают явно нежизнеспособные ткани, легируют кровоточащие сосуды. Иссечение краев раны на лице производят экономно, иссекают лишь размозженные ткани. Рану зашивают послойно.

При ранениях, проникающих в полость рта, прежде всего, зашивают слизистую оболочку, затем – мышцы и кожу. При ранах губ вначале сшивают мышцы, затем накладывают первый шов на границе кожи и красной каймы, зашивают кожу и в последнюю очередь накладывают швы на слизистую оболочку губы.

Во избежание натяжения по линии шва кожу или слизистую необходимо мобилизовать. Иногда следует по ходу линии швов производить перемещение встречных треугольных лоскутов.

Первичным глухим швом зашивают раны в области век, губ, крыльев носа, надбровной области, а также раны слизистой полости рта. При ушивании ран на боковой поверхности лица, в поднижнечелюстной области, проникающих ран, для оттока экссудата следует вводить дренажи, которые удаляют через 48 часов. Для предупреждения образования гематом необходимо на сутки наложить давящую бинтовую повязку. Для профилактики раневой инфекции по показаниям назначают антибиотики.

При повреждениях мягких тканей лица в сочетании с травмой костей проводят вначале обработку костной раны, репозицию и иммобилизацию костных отломков, а затем приступают к ПХО ран мягких тканей.

При наличии проникновения в верхнечелюстную пазуху производят ее ревизию через рану или по способу Калдвелла-Люка. Затем – ПХО раны мягких тканей.

При повреждении паренхимы *gl.parotis* накладывают швы на ткани паренхимы железы, затем на капсулу, фасцию и кожу. Между швами на 48 часов вводят резиновый дренаж.

При повреждениях протока железы создают условия для оттока слюны в проток, к центральному концу протока подводят резиновый дренаж или трубку, которые выводят в проток. Дренаж удаляют на 15-й день. При повреждении ветвей *n.facialis* следует попытаться сшить их концы.

При скальпированных ранах носа и лба допустимо выполнение первичной кожной пластики. В случаях выраженного отека и широкого расхождения краев раны для предупреждения прорезывания швов дополнительно применяют П-образные швы, которые фиксируют на марлевых валиках, отступая на 1-1,5 см от краев раны.

При больших сквозных дефектах (укус животного, транспортная авария) сближение краев раны почти всегда приводит к выраженным деформациям лица (сужению ротовой щели или носового хода, ограничению открывания рта). А этих случаях ПХО (при укусах рану промывают 20% мыльным раствором) заканчивают их «обшиванием», соединяя швами кожу со слизистой. В результате форма лица сохраняется, не образуются грубые

рубцы, что создает оптимальные условия для последующего пластического закрытия дефекта.

Особенности ПХО ран при радиационных поражениях.

Действие проникающей радиации на организм характеризуется комплексом патологических изменений в нем, который получил название лучевой болезни. При наличии ран на фоне, радиационного поражения отчетливо проявляется «синдром взаимного отягощения»

При оказании специализированной помощи в таких случаях решающими элементами являются: ранняя (до 24 часов) или первично-отсроченная (до 48 часов) хирургическая обработка, расширение показаний к удалению инородных тел, наложение глухих первичных швов, снимаемых на 10-12й день, надежная фиксация фрагментов костей, применение антибиотиков.

Фиксация фрагментов кости ортопедическими методами, особенно назубными шинами, нежелательна, так как они отягощают течение лучевого стоматита, гингивита. Лучше использовать ранний остеосинтез (костный шов, накостная и внутрикостная фиксация).

Следует помнить, что в развитии лучевой болезни различают 4 периода:

1. период первичных реакций
2. скрытый период
3. период разгара
4. период разрешения.

В период разгара лучевой болезни противопоказаны все хирургические вмешательства (исключение - операции по жизненным показаниям), так как в это время репарация тканей угнетена, и заживление ран не происходит.

Все это дополняют новокаиновыми блокадами, введением столбнячного анатоксина, сердечных, обезболивающих препаратов. Купирование первичной лучевой реакции (этаперазин, атропин, аэрон), противошоковой терапией.

Особенности ПХО ран при термических поражениях.

Особенностью ожогов лица является неравномерность поражения различных отделов их-за своеобразного рельефа (выступающие части). Площадь поражения при ожоге лица соответствует по таблице Б.Н. Постникова в среднем 500 см^2 , а вместе с волосистой частью головы 1000 см^2 , что составляет 6,11% общей поверхности тела.

Различают 4 степени ожога. Однако, учитывая высокую васкуляризацию тканей лица, пропотевание плазмы через стенку капилляров

может быть более значительным (при I и II степени), что способствует увеличению отека с образованием пузырей.

При ожоге IV степени наблюдаются участки обугливания, причем в первую очередь срезают кончик и крылья носа, ушные раковины. Хорошая иннервация тканей лица при ожоге обуславливает возможность развития шока.

В случаях, когда первую помощь больному с ожогом лица оказывают вне лечебного учреждения, на лицо накладывают сухую асептическую повязку таким образом, чтобы она не затрудняла дыхание и давала возможность поить больного.

Первичную обработку проводят при строгом соблюдении правил асептики, после введения больному 1-2мл 1% раствора промедола. Обожженную поверхность лица орошают теплым изотоническим раствором хлорида натрия или 1% раствором новокаина. Марлевым шариком движением пинцета от центра к периферии удаляют инородные тела с ожоговой поверхности кожи. Пузыри вскрывают у основания проколом скальпеля, жидкость из них удаляют, ожоговую поверхность лица обильно смазывают мазью на жировой основе, синтомициновой эмульсией, либо водным раствором перманганата калия, вводят ППС. Лечение ожога лица проводят открытым методом.

Обычно к концу 2-ой и началу 3-ей недели наступает эпителизация участков кожи.

Молодая грануляционная ткань, покрывающая ожоговую поверхность, создает благоприятные условия для пересадки кожи. С этой целью применяют аутотрансплантацию кожи. Наиболее выгодно пересаживать расщепленный лоскут кожи, взятый с внутренней поверхности плеча. Кожа этой области наиболее соответствует по своему строению коже лица.

Этапы оказания первой помощи при эвакуации.

Современная система этапного лечения пораженных в бою предусматривает оказание:

- первой медицинской помощи (на поле боя)
- доврачебная (на поле боя)
- первой врачебной (в полковом медицинском пункте)
- квалифицированной (в медико-санитарном батальоне)
- специализированной (в специализированных госпиталях)

1)Первая медицинская помощь оказывается в порядке само и взаимопомощи санитаром или санинструктором.

Она заключается в:

- предотвращение непосредственной угрозы смерти: освобождение от завалов, тушение горячей одежды, предупреждение дислокационной или аспирационной асфиксии.
- наложение Ас-повязки на рану, давящей повязки при кровотечениях, временная остановка профузных кровотечений.
- дача внутрь антибиотиков
- утоление жажды больного
- надевание на него противогаза

2)Доврачебную помощь оказывает фельдшер батальона или санинструктор.

Выполняется:

- контроль и исправление ранее наложенных повязок, при необходимости ее смена,
- введение тяжело раненым обезболивающих, сердечных средств и дыхательных analeptиков (лобелин, цитинон)
- фиксация языка булавкой при дислокационной асфиксии
- дача внутрь антибиотиков
- обогревание раненных с признаками шока.

3)Первая врачебная помощь:

Оказывается врачом-стоматологом

Призводится:

- борьба с шоком, кровотечением, асфиксией. Осуществляются лигирование сосудов или тугая тампонада раны, при показаниях –трахеотомия и тугая тампонада глотки и прочее.
- утоление жажды, введение противостолбнячной сыворотки (3000АЕ), антибиотиков.
- временное закрепление отломков челюстей.
- смена повязок у раненых с заражением ран ОВ и РВ
- промывание желудка, в/м введение антидотов и др.

4)Квалифицированная хирургическая помощь.

Оказывается хирургом-стоматологом.

Проводятся:

- лечение больных с признаками шока в противошоковых палатах, устранение продолжающихся кровотечений методом лигирований или перевязки наружной сонной артерии. Оказание исчерпывающей помощи при асфиксии и острой кровопотери.
- простейшая хирургическая обработка ран и наложение швов.
- обработка ран зараженных РВ, ОВ
- транспортная иммобилизация при переломах челюстей с помощью стандартной транспортной повязки или межчелюстного связывания зубов.
- промывание ран дезинфицирующими растворами, утоление жажды и голода, уменьшение саливации (таб. Аэрона, 1 мл. 0,1% атропина).

5)Специализированная хирургическая помощь.

Оказывается бригадой врачей: стоматолог, нейрохирург, офтальмолог, ЛОР-врач, зубной техник.

При сочетанных ранениях лица и других частей тела больные направляются в многопрофильный хирургический госпиталь. Легко раненые в госпиталь для легко раненных.

Предусматривается проведение:

- окончательной остановки кровотечения и обеспечение нормального дыхания
- хирургическая обработка ран костных и мягких тканей ЧЛЮ, постоянная иммобилизация отломков костей
- последующее медикаментозное и диабетическое лечение, профилактика и лечение возникающих осложнений.
- проведение неотложных пластических операций.
- оказание стоматологической и зубопротезной помощи.

Литература:

1. «Травмы ЧЛО» под редакцией Александрова 1986г.
2. «Травматология и восстановительная хирургия ЧЛО» Бернадский Ю.И. 1985г.
3. «Стоматология» Бажанов Н.Н. 1990г.
4. «Учебное пособие по военной ЧЛХ, терапевтической и ортопедической стоматологии» Кабанов Б.Д., Лукьяненко В.И., Аржанцев П.З.

РАЗДЕЛ: ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ЧКЛЮСТНО ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ"

Г

НАИМЕНОВАНИЕ ТЕМЫ: Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Абсцессы» флегмоны, остеомиелиты. Диагностика, клиника, лечение. Оказание экстренной помощи.

ЦЕЛЬ ЛЕКЦИЙ: Ознакомить студентов с воспалительными процессами ЧЛО, особенностями клиники абсцессов, флегмон и остеомиелитов.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕКЦИИ : 2 часа

ИСХОДНЫЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ СТУДЕНТА:

- 1.Этиологические факторы воспалительных процессов
- 2.Анатомические области ЧЛО
- 3.Анатомо-физиологические особенности тканей и органов лица.
- 4.Особенности кровоснабжения и иннервации тканей лица.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗНАНИЯ И НАВЫКОВ,

После прочтения лекции студент должен знать;

- 1.Этиологические факторы воспалительных процессов ЧЛО
- 2.Классификацию воспалительных процессов
- 3.Особенности воспалительных процессов мягких тканей лица.
- 4.Особенности воспалительных процессов костных тканей лица.
- 5.Оказание неотложной помощи при воспалительных процессах лица.

ПЛАН ЛЕКЦИИ;

- 1.Этиология и патогенез воспалительных процессов ЧЛО
- 2.Классификация воспалительных заболеваний лица
- 3.Воспалительные процессы мягких тканей /абсцессы и флегмоны/
- 4.Остеомиелиты челюстей, классификация и клиника.
- 5.Экстренная помощь при острых воспалительных процессах, ЧЛО

Лекция №2. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (ЧЛО): абсцессы, флегмоны, остеомиелиты. Диагн., клин., леч. Оказание экстренной помощи.

В последнее десятилетие интерес к одонтогенным инфекциям еще более возрос. Это объясняется прежде всего тем, что число больных с воспалительными процессами все еще составляет довольно большой процент. Наблюдается агрессивное течение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, которые имеют такие осложнения, как: медиастенит, тромбофлебит лицевых вен, сепсис, менингит и др.

Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области по своей природе являются *инфекционно-воспалительными процессами*, т.е. вызываются микробами, большинство которых в обычных условиях вегетируют на кожных покровах и слизистой оболочке полости рта. При нарушении целостности кожных покровов и слизистой оболочки полости рта микробы внедряются в подлежащие ткани.

Микробный фактор как причинный вызывает реакцию макроорганизма - многокомпонентную и взаимосвязанную систему различных приспособительных и защитных реакций организма. Среди них решающее значение имеет состояние неспецифических и специфических защитных факторов. Неспецифические реакции являются первичными и обеспечивают защиту организма сразу после встречи его с возбудителями независимо от их видовой принадлежности. Специфические реакции, или иммунитет, определяют возможность защиты от конкретных антигенных раздражителей - микробов. Неспецифические и специфические защитные факторы организма работают во взаимодействии в разные периоды онтогенеза и разных фазах иммуногенеза. Выделяют иммунологические варианты развития гнойно-воспалительных заболеваний - нормэргическую, гиперэргическую и гипоэргическую.

При развитии воспалительных процессов ЧЛО следует помнить о возможности врожденных или приобретенных иммунодефицитных состояний. Первичный или врожденный иммунодефицит

обусловлен
заболеваниями: крови, диабетом тиреотоксикозом,
болезнью Аддисона др. Вторичный или приобретенный
иммунодефицит возникает в следствие таких сопутствующих
патологических процессов, как хронические инфекции.
коллагеноз, сифилис, ревматизм, хронический гепатит, системная
красная волчанка и др.

Необходимо также иметь в виду возрастную иммунодефицит, который наблюдается у детей и пожилых людей.

Ротовая жидкость, слизистая оболочка полости рта, система костного мозга челюстей, лимфатические узлы, соединительная ткань обладают свойствами не специфической и специфической защиты. Большое значение в развитии воспалительных процессов ЧЛО имеют **анатомо-топографические** особенности челюстей, околочелюстных тканей и в том числе кровеносные и лимфатические сосуды.

Среди воспалительных заболеваний ЧЛО наибольший удельный вес имеют одонтогенные процессы, которые длительное время хирурги-стоматологи **различных** школ трактовали по разному. Существует несколько научных воззрений на классификацию воспалительных заболеваний ЧЛО, которые не утратили своей значимости по **сей день**

П.П. Львов, А.А. Лимберг, Б.М. Уваров В.И. Лукьяненко - считают, что все одонтогенные **воспалительные** заболевания являются проявлением остеомиелитического процесса

Б.Б. Брансбург, И.Г. Лукомский - среди одонтогенных воспалительных процессов выделили периодонтиты и остеомиелиты. А.Г. Шаргородский **(1985г.)** предложил классификацию всех воспалительных заболеваний ЧЛО, среди которых выделяют группу воспалительных процессов одонтогенной и стоматогенной природы.

Периостит

Остит челюсти

Остеомиелит

Абсцессы и флегмоны

Лимфадениты

Гаймориты

В.В. Паникаровский, А.С. Григорян 1973г. выделяют транзиторную форму **острого** гнойного периостита, который может иметь обратимый характер воспаления или перейти в острый гнойный остеомиелит.

Классификации Б.В. Паникаровского, А.С. Григоряна. Н.А. Груздева, А.Г. Шаргородского отражают современное течение воспалительных заболеваний, связанных как с постоянным изменением возбудителей гнойной инфекции, характером защитной реакции а особенностями формирования **ИММУННОЙ** реактивности, т.е. многообразными постоянно меняющимися факторами внешней и внутренней среды. Вместе с тем они подтверждают клинико-морфологический принцип,

разработанный А.И. Евдокимовым и Т.А. Васильевым в отношении воспалительных заболеваний.

Фурункул это острое гнойное некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей соединительной ткани.

Карбункул - разлитое гнойно-некротическое воспаление глубоких отделов кожи и подкожно-жировой клетчатки.

АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ЧЛО,

Возникновение абсцессов и флегмон ЧЛО нельзя рассматривать как чисто хирургическую проблему, т.е. частота воспалительных заболеваний ЧЛО в значительной мере зависят от эффективности лечения кариеса и его осложнений, т.е. пульпита, периодонтита, пародонтита

Парадоксальным является тот факт, что рост числа больных происходит при значительном увеличении числа врачей-стоматологов, улучшений условий труда, открытии новых современных лечебно-профилактических учреждений

Под Флегмоной подразумевается гнойное разлитое воспаление клетчатки, расположенной под кожей, слизистой оболочкой, между мышцами и фасциями.

Абсцесс- это ограниченный в виде полости очаг, возникающий в результате гнойного расплавления подслизистой, подкожной, межмышечной и т.д. клетчатки. Они образуются чаще всего в мягких тканях. Ограничение абсцесса происходит в результате образования стенки из слоя грануляционной ткани.

В некоторых случаях провести строгую грань между ограниченной флегмоной и абсцессом бывает трудно. Частота их возникновения, своеобразие клинического течения и тяжесть прогноза во многом определяются топографо-анатомическими и иммунобиологическими особенностями этой области, наличием зубов и разветвленностью лимфоидного аппарата близостью головного мозга, зрительного анализатора начального отдела желудочно-кишечного тракта и верхних дыхательных путей, возможностью распространения инфекционного процесса вдоль сосудисто-нервных пучков шеи, глотки, пищевода, в средостение.

Местом проникновения микроорганизмов часто служат дефекты твердых тканей зубов, краевого пародонта. Чаще входными воротами инфекции служат зубы;

8 /8 , 6 /6 7 / 7, 6/6 , 7 /7 , 5 /5 , 21/12

При одонтогенных абсцессах и флегмонах заболевание может возникнуть вследствие;

1. механическое
травмы: - во
время еды
чистки зубов

- лечения зубов
- . инфицирования во время
анестезии 2. воспитательного процесса.
- хейлит
-
стоматит
-
фурункул
- экзема

Наблюдается 2 возрастных пика заболеваемости одонтогенными абсцессами и флегмонами:
в 9-12 лет (сменный прикус)
в 20-30 лет (рост интенсивности поражения постоянных зубов, прорезывание третьих и вторых моляров*).

Отмечается сезонность в развитии абсцессов и флегмон, а именно наибольшее число заболеваний в летне-осенний

Этиология.

- В качестве возбудителей при абсцессах и флегмонах ЧЛЮ выделяют: у.
1. стрептококки
 2. стафилококки
 3. смешанную флору стафилококк + E coli .
 4. анаэробная инфекция

Патогенез: В 80-95% случаев источники инфекции имеют одонтогенную природу.

Пат. анатомия

Инфекционно-воспалительный процесс в около челюстных тканях с преимущественным поражением клетчатки может

возникать самостоятельно однако чаще он является одонтогенным. При развитии гнойно-воспалительного заболевания процесс развивается преимущественно в рыхлой соединительной ткани- подкожной, межмышечной, межфасциальной клетчатки, мышцах.

Различают следующие стадии: I

- отека

II –инфильтрат

III - гнойного расплавления

IV - некроза

V - ограничение очага с образованием грануляционного вала

Серьезное воспаление клетчатки - целлюлит (инфильтрат)

В зависимости от анатомо-топографической локализации абсцессы и флегмоны делятся на 3 группы:

I.Околочелюстные абсцессы и флегмоны:

1-тканей, прилежающих к нижней челюсти,

2- тканей, прилежающих к верхней челюсти

Каждая из этих групп делится на поверхностные и глубокие

Поверхностные:

J–

1. поднижнечелюстные, подбородочные, околоушно-жевательные;

2. подглазничные, щечные.

Глубоких:

1. крыло-нижнечелюстные, окологлоточные, в подъязычной области, дно полости рта;

2. подвисочные, крыловидно небной ямки.

II. Абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей, в которые гнойный процесс распространяется по протяжению:

-позадичелюстной

- скуловую,

. абсцессы и флегмоны языка

III. Распространенные флегмоны лица и шеи

Для всех флегмонозных поражений любой локализации существует ряд общих признаков:

Для всех значительной интоксикации, то есть общая слабость, потеря аппетита, потливость, ознобы, учащение пульса и дыхания.

Повышение температуры тела до 39-40° С.

Наличие припухлости, нарушение функции, гипермия кожных покровов, кожа напряжена, в складку не собирается, при пальпации болезненности и флюктуация. В зависимости от локализации флегмоны могут быть нарушены функции открывания рта и жевания, глотания, речеобразования и даже дыхания. В анализе крови -сдвиг влево.

Флегмоны у детей распространяются быстрее, чем у взрослых становятся разлитыми по трем причинам: незначительность толщины фасции, рыхлость фасции, наличие обильной жировой клетчатки в

межфасциальных промежутках.

Обильная сосудистая сеть способствует быстрому всасыванию токсинов.

При абсцессах челюстно-лицевой области все явления по сравнению с флегмонами проявляются слабее.

и глубоких абсцессах и флегмонах выше перечисленные симптомы выражены обычно неярко. У больных с глубокой локализацией ярче выражен болевой синдром, в большей мере страдает общее состояние

Правильная оценка вирулентности инфекционного начала помогает прогнозировать течение заболевания и служит основанием для решения вопроса о характере терапии, ее интенсивности. Такая оценка проводится с учетом выраженности местной воспалительной реакции и общих реакций организма. Микробиологическая диагностика важна для определения вида микробных возбудителей, их свойств, а также чувствительности инфекционных агентов к антибиотикам. При глубокой локализации процесса можно осуществить

диагностическую пункцию, применить ультразвуковую диагностику. В комплексном обследовании следует проводить R"o" исследование.

ЛЕЧЕНИЕ.

При абсцессах и флегмонах ЧЛЮ хирургический метод является основным. Лечение больных с поверхностными абсцессами чаще проводят амбулаторно.

При хирургическом лечении следует учитывать:

- стадию развития воспалительного процесса
- протяженность и характер патологических изменений,
- индивидуальные особенности организма,
- особенность микробной флоры и ее чувствительность к антибиотикам,
- локализацию очага поражения,
- наличие сопутствующих заболеваний,
- возраст больного.

ПРИ первых признаках воспаления в мягких тканях ЧЛЮ, до возникновения выраженного инфильтрата, при удовлетворительном состоянии больного следует провести консервативное лечение. Для этого назначают сухое тепло, солюкс, полоскание полости рта теплыми дезинфицирующими растворами, сульфаниламиды, хлорид кальция. Такое лечение иногда бывает достаточным для снятия воспалительного

процесса. Необходимо выявить причинный зуб, принять меры для его удаления или лечения.

В стадий нагноения в первую очередь проводится рассечение мягких тканей над местом скопления гноя и удаление причинного зуба.

Чем раньше осуществлена эвакуация гноя, тем лучше прогноз заболевания, тем ниже вероятность развития грозных осложнений.

Важное место имеет выбор метода обезболивания, который зависит от локализации очага, от квалификации анестезиолога и хирурга.

Во время оперативного вмешательства необходимо бережно обращаться с тканями. Длина разрезов кожных покровов и слизистой оболочки при вскрытии абсцессов 2 флегмон определяется протяженностью инфильтрата. Слизистую оболочку, кожу, подкожные мышцы, фасции (апоневроз) рассекают, а глубже лежащие ткани расслаивают по ходу клетчаточных пространств.

- Особенности проведения операций в ЧЛО:

придерживание эстетических правил,
разрезы на лице производят соответственно ходу
ветвей
лицевого нерва, производятся разрезы по ходу
естественных
кожных складок, под краем нижней челюсти.

Наилучшим видом обезболивания при вскрытии флегмоны является наркоз. Операционная рана подлежит дренированию, которое может быть осуществлено несколькими способами:

введение резиновых полосок,
трубчатый дренаж.

Сверху накладывают асептическую повязку, пропитанную 10% гипертоническим раствором или 25% раствором сульфата магния. С появлением грануляций применяют мажевые повязки. Широкое применение находит мазь «Левомеколь», которая абсорбирует жидкостное содержимое раны благодаря высокой осмотической способности. Эта способность в 40 раз превышает таковую гипертонического раствора. Благодаря действию мази очищение раны происходит значительно быстрее. Полость гнойника очищается от гноя и некротизированной ткани на 4-8 суток. Рана заживает вторичным натяжением.

При выраженном анаэробном характере флегмоны вскрытие гнойника производится широким разрезом, а иногда 2-3-мя разрезами. Рану многократно промывают раствором перекиси водорода, перманганатом калия. При этом обязательно применение антианаэробной

сыворотки я гипербаротерапии. Дозу антибиотиков значительно увеличивают.

Усиленно применяется диализ полости гнойника. Диализ - это промывание раны с целью удаления микробов, токсинов и продуктов распада тканей. Для этого применяют растворы фурациллина, дамексида, антибиотиков, ферменты (хемоксин, хемотрипсин и др.).

Использование ферментов существенно ускоряет процесс очищения рапы от омертвевшей клетчатки, что в итоге способствует более быстрому выздоровлению больных.

Кроме хирургического лечения проводят общее комплексное лечение

-антибиотикотерапия	-сульфамиланидные	-
дезинтоксикационное		

-общеукрепляющие - витаминотерапия -иммунотерапия

стимулирующая и др.

Эффективно применение по показаниям гемосорбции, плазмофереза, лимфосорбции. Комплексное лечение и проведение реанимационных мероприятий позволяют добиться выздоровления тяжелых больных.

В комплексном лечении также используются физические методы. После вскрытия гнойных очагов, после прекращения гноетечения из раны применяют

- УВЧ -УФО - ультразвук - флюктуризацию

- гелий-неоновый лазер,

- электрофорез антибиотиками,

кварцевое облучение

- гипербаротерапию.

Самое главное лечение-это полноценное рациональное питание больной Т связи Е тем, что у больных с флегмонами как правило нарушен акт жевания, а иногда и глотания, паша должна быть жидкой, высококалорийной.

При своевременном к правильном лечении абсцессом и флегмон ЧЛЮ прогноз благоприятный.

Могут быть такие осложнения

- вторичный кортикальный остеомиелит костей лица, мадастениит,
- тромбофлебит лицевых вен
- тромбоз пещеристого синуса,

- менингит,

ОСТЕОМИЕЛИТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ.

Остеомиелит-это инфекционно-гнойно-некротический воспалительный процесс, развивающийся в КОСТИ И окружающих её тканях под влиянием физических, химических и биологических факторов.

Остеомиелит челюстной могут быть:

- одонтогенные,
- травматические,
- гематогенные,
- специфические.

Наиболее часто встречаются одонтогенные остеомиелиты. На верхней челюсти они составляют 11-38%, а на нижней челюсти 62-89% от общего числа остеомиелитов челюстей.

Различают три формы остеомиелита:

- острую, подострую хроническую

В зависимости от процесса различают:
ограниченный,
очаговый.
диффузный остеомиелит.

Этиология.

Острый гнойный остеомиелит развивается в результате внедрения одонтогенной инфекции:

- белый золотистый стафилококк,
- стрептококк,
- E coli
- анаэробная инфекция.

Патогенез

Главным источником инфекции при развитии остеомиелитов челюстей является микрофлора околоверхушечных маргинальных зубных очагов. Частота остеомиелита челюсти в известной степени связана с частотой воспалительного процесса а периодонте отдельных групп зубов. На нижней челюсти первое место занимают 8 /8 , 6/6

На верхней

6 | 6

В патогенезе остеомиелита известно несколько теорий:

1. Инфекционно-эмболическая теория Боброва-Лексера, в основе этой теории лежит мнение, что воспаление в кости; возникает в результате эмболического переноса инфекции и оседания в концевых капиллярах, тромбирования их. Возникшее нарушение кровообращения и питания кости ведет к некрозу ее, при соединении инфекции - к гнойному воспалению.
2. Сторонники другой теории основывались на изменениях реактивного организма под влиянием различных раздражителей и отражения их на развитии местного воспалительного процесса в кости (Артюс М.А., Сахаров Г.П., Дерижанов С.М.). При развитии остеомиелита челюстей определенное значение имеют врожденные и приобретенные нарушения иммунитета, это у

людей с диабетом,
заболеваниями крови, психическими
заболеваниями. Нередко
остеомиелит челюсти развивается при ревматизме,
полиартритах,
заболеваниях печени, почек. Таким образом, остеомиелит
челюсти развивается при снижении и нарушении общей
противоинфекционной неспецифической защиты
организма, нередко на фоне первичной или
вторичной
иммунологической недостаточности как проявление
органной патологии.

Патогенетическим фактором создающим вреду
для развития
остеомиелита является высокая и иногда
чрезмерная степень сенсibilизации.

Остеомиелит, как гнойно-некротический процесс
характеризуется поражением всех компонентов кости - костного
мозга, основного вещества, прилежащих к ним надкостницы
околочелюстных мягких

тканей . Инфекция распространившись из периодонта в кость, вызывает отек, гиперемия отдельных участков костного мозга челюстей.

При острой стадии отмечается:

- клеточная инфильтрация
- тромбоз капилляров
- отек
- гиперемия

После некроза кости, выхода гнойного экссудата из нее, острые воспалительные явления стихают, процесс переходит в подострую стадию. Она характеризуется разрастанием богатой сосудами грануляционной ткани и окружающей омертвевших участков кости.

Последние подвергаются частичному **рассасыванию**. Начинается **секвестрация**. При переходе процесса в хроническую стадию, происходит дальнейшее **отграничение** воспалительных **очагов** и **отторжение секвестров**. **Продолжается новообразование костной ткани**. Отделившиеся **секвестры самопроизвольно отторгаются** или удаляются оперативным путем. На месте бывшего секвестра, **полость в кости** постоянно заполняется **разрастающейся грануляционной и остеойдной** тканью, превращающейся в дальнейшем в кость.

Клиника

Одонтогенный остеомиелит челюсти имеет 3 стадии; острую, подострую, хроническую. Нижняя челюсть подвергается остеомиелитическому процессу значительно чаще, чем верхняя челюсть. Это объясняется анатомическим строением челюстей. На верхней челюсти мало губчатого вещества, много отверстий в компактной пластинке, что облегчает выход экссудата из периодонта и кости.

На нижней челюсти, наоборот, больного беспокоят:
интенсивные боли в области нескольких зубов и участка челюсти,
общее недомогание,
потеря аппетита,
плохой сон, бессонница.

Общее состояние часто средней тяжести, больной бледный, черты лица заострены, пульс частый, тоны сердца глухие, головокружение, температура тела 39-40 °С, озноб, потливость. При пальпации по наружной поверхности челюсти определяется болезненность, припухлость околочелюстных

мягких тканей, значительное утолщение кости, лимфаденит подчелюстной и подбородочной областей. При осмотре полости рта: язык обложен, слюна густая, тягучая, изо рта неприятный гнилостный запах. Прием пищи, глотание затруднены. Слизистая оболочка альвеолярного отростка на протяжении нескольких зубов с обеих сторон отечна, гиперемирована,

пальпация болезненна, перкуссия зубов также болезненна, отмечается **патологическая подвижность** зубов.

Зуб, являющийся источником инфекций, бывает **подвижен** больше других, а болезненность при перкуссии выражена меньше. При надавливании на десну выделяется гной.

Острый остеомиелит нижней челюсти характеризуется **вовлечением** в процесс **сосудисто-нервного пучка** в нижнечелюстном канале и нарушением чувствительности тканей красной каймы, нижней губы и кожи подбородка (**симптом Венеана**)! При распространении воспалительного процесса в жевательные мышцы возникает воспалительная контрактура жевательных мышц. В крови отмечается лейкоцитоз, повышен СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Отсутствие в крови **эозинофилов** является **признаком, указывающим** на **снижение сопротивляемости организма**. В моче обнаруживается белок, иногда цилиндры и **эритроциты, свидетельствующие** о токсичном действии на паренхиму почек. При острой стадии остеомиелита на рентгенограмме изменений не бывает, только на 10-14 день **можно установить** деструктивные изменения костной ткани, острый период длится от **10-12** дней до 2-3 недель, потом **переходит** и подострую стадию. Общее состояние больного нормализуется, снижается **температура** тела, **восстанавливается** сон, **аппетит**, показатели анализов крови и МОЧИ приближаются к норме, из свищевого хода выделяется гной. Отмечается **подвижность** зубов в области пораженной кости. На рентгенограмме - участки резорбции кости, не имеющие четких границ. Подострый остеомиелит продолжается в среднем 8-10 дней и **переходит** в хронический.

Хронический остеомиелит.

Эта форма **остеомиелита** наиболее длительная и может продолжаться от **4-6 недель** до нескольких месяцев. В

хронической стадии происходит окончательное отторжение **некротизированных** участков с образованием секвестров. Вокруг секвестров развивается **воспалительный процесс, который** влечет за собой образование грануляционной **ткани** и создание **секвестральной** капсулы, отграничивающей **костные фрагменты**. Секвестры **кортикальных** пластинок челюстей имеют вид узких полосок. **Некроз спонгиозного** слоя кости обуславливает образование более крупных секвестров вплоть до тотального некроза всего тела нижней челюсти. Конечным исходом **хронического** остеомиелита является **отторжение** некротизированных

участков кости. Мелкие секвестры могут отторгаться через свищевые ходы самостоятельно, для удаления крупных требуется оперативное вмешательство. В хронической стадии могут быть обострения.

Лечение

При острой стадии комплексная терапия. Она состоит из

Хирургического вмешательства- первичной обработки гнойных очагов в надкостнице, кости и прилежащих мягких тканей, противовоспалительной, дезинтоксикационной, общеукрепляющей, стимулирующей и симптоматической терапии.

При местном лечении удаляют зуб источник инфекции, подвижные зубы укрепляют металлической шиной, одновременно вскрывают гнойные очага, которые промывают антисептиками, дренируют. При диффузных поражениях кости назначают аутогемотерапию.

Из антибиотиков используют препараты широкого спектра действия и в больших дозах, особенно при тяжелом состоянии больного

(линкомицин, ампиокс, гентамицин, кефзол, клафоран, цефамидин).

Антибиотики желательно начать с учетом чувствительности к ним микроорганизмов. Применяется метод внутрикостного промывания. Для

этого через кортикальную пластину в толщу костного мозгового вещества вводят 2 толстые иглы. Первая у одного полюса границы поражения кости, вторая у другого. Через первую иглу подается раствор с антисептиком или антибиотиком, через вторую иглу жидкость вытекает. Использование метода способствует быстрому купированию процесса, снятию интоксикации, предупреждению осложнений. В подострой стадии остиомиелита продолжают ранее назначенную терапию. При хроническом остеомиелите с окончанием формирования секвестров следует правильно выбрать время для оперативного вмешательства.

Удаление секвестров следует проводить при окончательном их отторжении, не травмируя здоровую кость. Операция

показана, если на рентгенограмме видны свободно лежащие в секвестральной ПОЛОСТИ секвестры. У лиц молодого возраста тонкие,

пористые наружные стенки альвеол верхних зубов отделяются через 3-4

недели. Секвестрация плотных участков тела нижней челюсти

происходит через 6-7 недель. При образовании секвестров на альвеолярном отростке верхней челюсти и нижней челюсти операцию

проводят со стороны полости рта. Секвестры в теле верхней челюсти

чаще удаляют со стороны полости рта, в области тела и ветви нижней

челюсти удаляют внеротовым путем. При обнаружении еще не полностью отделившегося секвестра насильственно

отделять секвестр не следует. Необходимо оставить секвестр с расчетом на

самостоятельное отделение и последующее удаление его через рану.

Секвестральную

15

полость промывают раствором перекиси водорода и заполняют иодоформным тампоном. В послеоперационном периоде назначают

анальгетики, десенсибилизирующие, стимулирующие костеобразование и кальцификацию препараты, антибиотики и сульфамидные препараты. Из

физиолечений проводится: УФО, ультразвук, лазеротерапия, электрофорез цинка, меди, ГБО.

Профилактика остеомиелита челюстей заключается в своевременном и правильном лечении патологических одонтогенных очагов, общем оздоровлении организма, особенно у больных с нарушением иммунитета, иммунодефицитными заболеваниями и состояниями.

Литература:

1. Т.Г.Робустова «Хирургическая стоматология». 1990, 1996гг.
2. Г.Г. Бажанов «Стоматология» 1990г.
3. Н.А. Груздев «Острые одонтогенные воспалительные процессы» 1999г.
4. А.Г. Шаргородский «Воспалительные заболевания ЧЛЮ и шеи» 1985, 2002гг.

5. Ю.И. Бернадский «Основы хирургической стоматологии» 1998г.

Практическое занятие №1

Тема: Принципы обследования челюстно-лицевой области. Методы обследования стоматологических больных, заболевания зубов: кариес, пульпит, периодонтит.

I. Цель занятия:

Ознакомить студентов основными принцип обследования челюстно-лицевой области, научить своевременной диагностике и оказание неотложной помощи при болезни зубов.

. Задача:

1. Рассмотреть особенности жалоб больных с патологией челюстно-лицевой области и значения субъективного и объективного методов обследования для правильной постановки диагноза.
2. Рассмотреть существующие вспомогательные методы исследования: Р графия, УЗД, ЭОД, ангио, сиоло, фистулографии.
3. Освоения симптоматики и диагностика болезни твердых тканей зубов: кариес, пульпит, периодонтит.
4. Оказание неотложной помощи при кариесе, пульпите, периодонтите.

III. Ожидаемые результаты:

Усвоить основные методы обследования стоматологических больных.

Студент должен знать симптомы кариеса, пульпита, характер болей а также оказание первой помощи и направить к стоматологу.

Усвоить клинику острых периодонтитов, знать методы оказания помощи и направить к стоматологу.

IV. Содержание практического занятия		
ШАГИ	ЦЕЛЬ	ОПИСАНИЕ
ПРОВЕРКА (15 мин)	Проверка базового звания студентов (по опросным листам)	-Требуется короткие и точные ответы на Вопросы. -Не допускайте дискуссию. -Не допускайте пользоваться записями в конспектах, а также учебниками.
ОБЗОР 20 мин.	Установка мотивации изучения данной темы и ввести из в курс изучаемого	-Сделайте обзор работы предстоящих занятии, -Раскройте задачи обучения данного занятия.

	материала	-Определите мотивации (необходимости) получения ими данной информации.
ПРЕЗЕНТАЦИЯ (50)мин	Обсуждения темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач и контрольные тесты уровня)	-Каждому студенту дайте по одному листу с описанием ситуационных задач одинакового содержания -Дайте 5-7 мин для обдумывания. -Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, а также взаимное консультирование присутствующих. -При обсуждении раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии. -Подтвердите правильной версии на демонстрационных материалах, (слайды, учебные плакаты, фильмы муляжи и т.д.) -Обсуждение заканчивается решением контрольных тестов 1 уровня.
ПРАКТИКА (120)	Выработка практических навыков студентов по клиническому обследованию и хирургической санации полости рта у военнослужащих, (прием больных)	-Обеспечит контроль работы студентов с больными. -Независимо стационар или поликлиника не допускайте прием больных студентами без контроля преподавателя или лечащего врача. -Дайте возможность студенту прийти к самостоятельному решению, только после этого внесите коррекцию.
ИТОГ (20мин)	Подвести итог занятия, уточнить, что было освоено. Дать задания к следующему занятию. Объявить темы для СРС.	-Проведите обсуждение истории болезни (амб. карт) осмотренных (принятых) больных. - Дайте каждому студенту по 1 контрольному тесту 2 уровня. - При этом не разрешайте пользоваться записями в конспектах или учебными пособиями. - Поставьте рейтинговый по теме и по проделанной работе студентов.

V. Преподавательские заметки.

1. Занятие начинается с проверки базового знания студентов группы. Для чего всем присутствующим раздаются опросные листы с напечатанными контрольными вопросами и каждому студенту указывается номер вопроса, который он должен разъяснить. При этом требуется конкретные короткие ответы на поставленный вопрос. Категорически запрещается пользоваться записями в конспектах, учебниками. Параллельно преподаватель проверяет наличие у студента конспекта домашнего задания и его подписывает.

Попытка провокации дискуссии

Результаты опроса преподаватель заносит на лист протокола занятия в виде заметок.

1. Работа с креслом, уметь пользоваться зубными инструментами, хранить их стерилизация.
2. Уметь выписать рецепты противовоспалительных средств (антибиотике, супрастин и др.)
3. Разобрать таблицу с распространением очага
4. Лечение кариеса
5. Лечение периодонтитов.
6. Хирургические методы лечения периодонтитов (резекция верхняя коронка гемисекция)

Х.Контрольные вопросы.

1. Обязательна ли проверка подчелюстных лимфоузлов.
2. Степень открывания рта имеют ли диагностическое значение.
3. Обязательно ли пломбировать полость при кариесе.
4. Обязательно ли открыть пульпу при пульпите.
5. Когда показано лечение периодонтита.
 - А) коронка сохранена однокорневой зуб
 - Б) многокорневой зуб коронка разрушена
 - В) одиночный, необходимо использовать под опору протеза.
6. Когда не надо делать рентгенограммы челюсти
 - а) фурункул
 - б) язва языка
 - в) киста верхней челюсти
 - г) опухоль верхней челюсти
 - д) эпидемия.
7. Какие симптомы характерны для пульпита? - приступообразные боли
 - ночные боли
 - боли в зубе при накусывании
 - боли пульсирующие
 - боли днем

8. Осложнения при периодонтите
 - периостит

флегмона пульпит

гайморит артрит

ВНЧС

8. При каком заболевании нужны следующие лекарства
9. антибиотики
10. сульфаниламиды
11. гемодез
12. обезболивание
13. снотворные
14. Выпишите рецепт.

2. В разделе обзор предстоящей практической занятия преподаватель дает мотивации изучение данной тематики. При этом особо следует обращать внимания студентов на то, что тщательный сбор анамнеза и методы обследования имеют большое значения при правильной диагностики стоматологических заболеваний. Состояния полости рта является одним из критериям здоровья организма. Наличие в полости рта разрушенных и больных зубов является постоянное очаг инфекции и является причины многих соматических заболеваний. По этому врачи общей практике должны уметь своевременно диагностировать и оказать неотложной помощи больным заболеваниями зубов. В этом разделе занятия преподаватель ставить конкретные задачи перед студентами и указывает на ожидаемые результаты (чего они должны достиг в конечном итоге занятия), что соответствуют пунктам 2 и 3 настоящей методической разработки.

3. В разделе презентация, преподаватель проводит совместное обсуждение содержание данной темы. Для чего каждому студенту вручается опросный лист с напечатанными текстами ситуационных задач одинакового содержания. Дает 5-7 мин для обдумывания. При этом целесообразно применять технологии интерактивных методов обучения. Например: метод спонтанного поиска версии ответов «Мозговой штурм». При этом допускается свободная дискуссия присутствующих. Если, при этом выявляется 2 или 3 противоположных (или схожих) версий, для доказательства правильности каждой версии допускается использование записей в конспектах, а также данных учебной литературы. Преподаватель выступает в роле тренера (корректирует направления аналитического мышления студентов) и не вмешивается в процессе принятия правильного решения; пока студенты сами не докажет свою правоту. После чего, выбранный преподавателем студент или представитель каждой подгруппы выдвинувший версии, обосновывает решение данной ситуационной задачи.

После чего преподаватель делает краткое резюме, указывая при этом на много вариантности подхода к истинному решению проблемы. Наиболее важные моменты обсуждаемой темы демонстрирует на слайдах, плакатах и других учебных пособиях.

В конце обсуждения каждому студенту поочередно вручается по одному контрольному тесту. Ответы получает в течении одного минута времени. Результаты обсуждения преподавателем вносятся в протокол занятия в виде заметок по каждому студенту, которые будут учитываться при выставлении итогового рейтингового балла.

4. В течении последующего 90 мин учебного времени студенты работают в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники (перевязочной или операционной стационара) или курирует тематических больных с различными травмами ЧЛЮ под руководством ассистента или лечащего врача. Принимают участие в

обходах заведующего кафедрой (или профессора) стационарных больных или на их консультациях поликлинических больных. При этом преподаватель выступает в роли тренера. Студенту дается возможность самостоятельно принять решение касающегося диагноза болезни зубов. Только после этого преподаватель вносит коррекцию и разменяет допущенные ошибки студента. Результаты практической работы студентов, точнее, степени их активности, также вносятся в протокол занятия

5. В разделе итог занятия, преподаватель проводит обобщающее обсуждение рассмотренных историй болезней, рентгеновских снимков с выявлением допущенных ошибок работы студентов. Дает рекомендации по их устранению.

Каждому присутствующему студенту поочередно вручается по одному опросному листу с напечатанным текстом контрольного теста 2 уровня и получает ответ через 1 мин. Результаты фиксируются на протоколе занятия.

После чего преподаватель выставляют, а классный журнал итоговый рейтинг (баллы) каждого студента и немедленно их объявляет.

Проводить краткое резюме всего занятия, отвечает на поступившие вопросы, объявляет домашнее задание и темы для СРС.

VI. Раздаточный материал.

-Опросные листы с напечатанными вопросами для контроля базового знания студентов;

-Опросные листы с напечатанными текстами ситуационных задач. -

Опросные листы с напечатанными текстами контрольных тестов 1 и 2 уровня.

-Опросные листы с напечатанными графическими изображениями демонстрируемых слайдов и плакатов по данной теме.

VII. Оснащение практического занятия: Занятие поликлиническое оснащение кабинет стоматологии, зубохирургическое кресло, стерильный стол с инструментарием, таблицы, слайды кариес, пульпит, Р-граммы, фото больных периодонтитом, опрос и объяснение решения ситуационных задач в учебной комнате.

VII-Виды контроля знаний, умений и навыков.

Текущий контроль по данному занятию проводится путем оценки знаний и умений студентов, выраженных в рейтинговых баллах, градации которых принята на кафедре.

Рейтинговые баллы ставятся по итогам деятельности каждого студента (суммарно за уровень его теоретической подготовленности и приобретенных навыков и умений.) Оценки выставляются в журнал в конце занятия, которые тут же объявляются студентам. В случае желания студента- улучшить оценку, ему предоставляется недельный срок для

IX. Самостоятельная работа студентов.

Материал для самостоятельной подготовки студента.

Литература;

1. Бажданов Н. А. Стоматология 2001 год.
2. Бренадский основы хирургической стоматологии 1981 г.
 1. Баровский Б. Терапевтическая стоматология 1986 г.
 2. Александров Оперативная хирургия челюстно-лицевой области 1986г.

Практическое занятие № 2.

Тема: Показания и противопоказания к удалению зубов. Методы обезболивание при удалении зубов. Курация стоматологических больных.

I. Цель занятия:

Ознакомить студентов основными методами проводниковых и местных видов обезболивание челюстно-лицевой области, научить определять показания и противопоказания к удалению зубов.

II. Задача:

1. Общее обезболивание, виды, применение его в стоматологической практике в условиях стационара и поликлинике
2. Иннервация зубов верхней и нижней челюсти, тройничный нерв, пути его обезболивания. Местно-анестезирующее вещества, пути и методы обезболивание при удалении зубов и операциях на лице.
3. Ознакомление студентов с инструментами применяемыми при удалении зубов и корней, понятие сложное удаление.
4. Разбор показаний и противопоказаний к удалению зубов. Операция удаления зубов, осложнения удаления зубов.

III. Ожидаемые результаты:

Усвоит основные методы местного обезболивания обследования стоматологических больных. Студент должен знать показания и противопоказания к

Усвоит методы проводниковых анестезии челюстно-лицевой области.

IV. Содержание практического занятия

ШАГИ	ЦЕЛЬ	ОПИСАНИЕ
ПРОВЕРКА (15 мин)	Проверка базового знания студентов (по опросным листам)	-Требуется короткие и точные ответы на вопросы. -Не допускайте дискуссию. -Не допускайте пользоваться записями в конспектах, а также учебниками.
ОБЗОР 20 мин.	Установить мотивации изучения данной темы и ввести их в курс изучаемого материала	-Сделайте обзор работы предстоящей занятии. -Раскройте задачи обучения данного занятия. -Определите мотивации (необходимости) получения ими данной информации.
ПРЕЗЕНТАЦИЯ (50)мин	Обсуждения темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач и контрольные тесты уровня)	-Каждому студенту дайте по одному листу с описанием ситуационных задач одинакового содержания -Дайте 5-7 мин., для обдумывания. -Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, а также взаимное консультирование присутствующих. -При обсуждении раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии. -Подтвердите правильную версию на демонстрационных материалах (слайды, учебные плакаты, фильмы, муляжи и т.д.) -Обсуждение заканчивается решением контрольных тестов 1 уровня
ПРАКТИКА (120)	Выработка практических навыков студентов по проведению проводниковых методов обезболивание (прием больных)	-Обеспечит контроль работы студентов с больными. -Независимо стационар или поликлиника не допускайте прием больных студентами без контроля преподавателя или лечащего врача. -Дайте возможность студенту прийти к самостоятельному решению, только после этого внесите коррекцию.
ИТОГ (20 мин)	Подвести итог занятия, уточнить что было освоено. Дать задания к следующему занятию. Объявить темы для СРС.	Проведите обсуждение истории болезни (амб. карт) осмотренных: (принятых) больных. Дайте каждому студенту по 1 контрольному тесту 2 уровня. При этом не разрешайте пользоваться записями в конспектах или учебными пособиями. Поставьте рейтинговый по теме и по проделанной работе студентов.

V. Преподавательские заметки.

Занятие начинается с проверки базового знания студентов тратты. Для чего всем присутствующим раздается опросные листы с напечатанными контрольными вопросами и каждому студенту указывается номер вопроса, которого он должен разъяснить. При этом требуется конкретные короткие ответы на поставленный вопрос. Категорически запрещается пользоваться записями в конспектах, учебниками. Параллельно преподаватель проверяет наличия у студента конспекта домашнего задания и его подписывает. Попытка провокации дискуссии со стороны студента пресекается.

Результаты опроса преподаватель заносить на лист протокола занятия в виде заметок.

В разделе обзор предстоящей практической занятие преподаватель дает мотивации изучение данной тематики. При этом особо следует обращать внимания студентов на правильной технике проведение проводниковых анестезин. Определение показаний и противопоказаний к удалению зубов. Состояния полости рта является одним из критериям здоровья организма. Наличие в полости рта разрушенных и больных зубов является постоянный очаг инфекции и является причиной многих соматических заболеваний. По этому врачи общей практике должны уметь своевременно диагностировать и оказать неотложной помощи больным заболеваниями зубов.

Б этом разделе занятия преподаватель ставить конкретные задачи перед студентами и указывает на ожидаемые результаты (чего они должны достиг в конечном итоге занятия), что соответствуют пунктам 2 и 3 настоящей методической разработки.

Б разделе презентация, преподаватель проводит совместное обсуждение содержание данной темы. Для чего каждому студенту вручается опросный лист с напечатанными текстами ситуационных задач одинакового содержания. Дает 5-7 мин для обдумывания. При этом целесообразно применять технологии интерактивных методов обучения. Например: метод спонтанного поиска версии ответов «Мозговой штурм». При этом допускается свободная дискуссия присутствующих. Если, при этом выявляется 2 или 3 противоположных (или схожих) версий, для доказательства, правильности каждой версии допускается использование записей в конспектах, а также данных учебной литературы. Преподаватель выступает в роле тренера (корректирует направления аналитического мышления студентов) и не вмешивается в процесс принятия правильного решения, пока студенты сами не докажут свою правоту. После чего, выбранный преподавателем студент или представитель каждой подгруппы выдвинувший версии, обосновывает решение данной ситуационной задачи.

После чего преподаватель делает краткое резюме, указывая при этом на много вариантности подхода к истинному решению проблемы. наиболее важный моменты обсуждаемой темы демонстрирует на слайдах, плакатах и других учебных пособиях.

В конце обсуждения каждому студенту поочередно вручается по одному контрольному тесту. Ответы получает в течении одного минута Бремни. Результаты обсуждения преподавателем вносятся в протокол занятия в виде заметок по каждому студенту, которые будут учитываться при выставлении итогового рейтингового балла.

В течении последующего 90 мин учебного времени студенты работают в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники (перевязочной или операционной стационара) или курирует тематических больных (больные с различными травмами ЧЛЮ) под руководством ассистента или лечащего врача. Принимают участие в обходах заведующего кафедрой (или профессора) стационарных больных или на их консультациях поликлинических больных.

При этом преподаватель выступает в роли тренера. Студенту дается возможность самостоятельно принять решение касающегося диагноза болезни зубов. Только после этого преподаватель вносит коррекцию и разменяет допущенные ошибки студента. Результаты практической работы студентов, точнее ,степени их активности, также вносятся в протокол занятия

В разделе итог занятия, преподаватель проводить обобщающее обсуждение рассмотренных историй болезней, рентгеновских снимков с выявлением допущенных ошибок работы студентов. Дает рекомендации по их устранению.

Каждому присутствующему студенту поочередно вручается по одному опросном листу с напечатанным текстом контрольного теста 2 уровня и получает ответ через 1 мин. Результаты фиксируются на протоколе занятия.

После чего преподаватель выставляет, а классный журнал итоговый рейтинг (баллы) каждого студента, и немедленно их объявляет.

Проводить краткое резюме всего занятия, отвечает на поступившие вопросы, объявляет домашнее задание и темы для СРС.

VI.Раздаточный материал.

-Опросные листы с напечатанными вопросами для контроля базового знания студентов;

-Опросные листы с напечатанными текстами ситуационных задач. -

Опросные листы с напечатанными текстами контрольных тестов 1и 2 уровня.

-Опросные листы с напечатанными графическими изображениями демонстрируемых слайдов и плакатов по данной теме,

VII.Оснащение практического занятия:

Занятие поликлиническое, оснащение кабинет стоматологии, зубо врачебное кресло, стерильной стол с инструментарием таблицы, слайды кариес, пульпит, Р граммы, фото больных периодонтит опрос и объяснение решения ситуация задач в учебной комнате.

VIII.Виды контроля знания, умения и навыков.

Текущий контроль по данному занятию проводится путем оценки знаний и умений студентов, выраженных в рейтинговых баллах, градации которых принята на кафедре.

Рейтинговые баллы ставятся по итогам деятельности каждого студента (суммарно за уровень его теоретической подготовленности и приобретенных навыков и умений.) Оценки выставляются в журнал в конце занятия, которые тут же объявляются студентам. В случае желание студента- улучшать оценку, ему предоставляется недельный срок для повторной проработки всего материала занятия во внеурочной времени.

IX. Самостоятельная работа студентов. Материал для самостоятельной подготовки студента.

1. Правильный выбор метода обезболивания
2. Подготовка обезболивающих средств для проведения обезболивания.
3. Подбор щипцов и элеваторов, гладилки для удаления зуба
4. Правильно заполнить зубную формулу.

X. Контрольные вопросы.

1. У больного имеется корень зуба, на десне свищевой ход, этот зуб надо удалить? ДА, НЕТ.
2. Больной не переносит новокаин, какой вид анестезии можно применить? МЕСТНОЕ, ОБЩЕЕ.
3. У больного зуб под протезом расшаталось, Надо удалить? ДА, НЕТ.
4. Лечение зуба без терапевтического эффекта, припухлость в области зуба увеличивается, боли продолжаются, зуб надо удалять? ДА, НЕТ.
5. Для удаления премоляров и моляров нижней челюсти какой вид анестезии применяется? МЕСТНОЕ. ПРОВОДНИКОВОЕ.
6. Назовите виды проводниковых анестезии на нижней челюсти МАНДИБУЛЯРНАЯ, ТОРУСАЛЬНАЯ, МЕНТАЛЬНАЯ.
7. Назовите виды проводниковой анестезии на верхней челюсти. ИНФРАОРБИТАЛЬНАЯ, ПАЛАТИНАЛЬНАЯ, ИНСИЗИВАЛЬНАЯ.
8. Назовите виды щипцов для удаления зубов нижней челюсти. КЛЮКОВИДНЫЕ. ЭЛЕВАТОРЫ, ШТЫКОВИДНЫЕ.
9. Назовите виды щипцов для удаления зубов верхней челюсти. ПРЯМЫЕ. S-ОБРАЗНЫЕ. ШТЫКОВИДНЫЕ.

Литература:

1. Бажданов НА Стоматология 2001 год.
2. Бренадский основы хирургической стоматологии 1991г.
3. Баровский Б. Терапевтическая стоматология 1986 г.
4. Александров Оперативная хирургия челюстно-лицевой области 1986г.

Практическое занятие №3, Тема: Одонтогенные и неодонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмоны, фурункулы и карбункулы.

II. Цель занятия:

Ознакомить студентов основными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, научить своевременной диагностике и оказание неотложной помощи. Профилактика различных осложнений.

II. Задача:

1. Рассмотреть особенности жалоб и клинической картины больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.
2. Пути распространения одонтогенной инфекции из очага хронического периодонтита.
3. Острый гнойный периостит верхней и нижней челюсти.
4. Одонтогенные острые и хронические лимфадениты, аденоабсцессы и аденофлегмоны.
5. Острые и хронические одонтогенные остеомиелиты челюстей.
6. Одонтогенные флегмоны.
- 7 -Фурункулы и карбункулы лица, особенности их лечения, возможные осложнения
8. Оказаний неотложной помощи при острых воспалительных процессах челюстно-лицевой области. Лечение одонтогенных и неодонтогенных воспалительных процессов.

III. Ожидаемые результаты:

Студент должен знать этиологию, предрасполагающие факторы, значение зубов в возникновении воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Уметь обследовать больного и направить своевременно в специализированное учреждение. Студент должен изучить возможные осложнения при флегмонах, особенно флегмон орбиты, дна полости рта. Особенно нужно остановиться на фурункулах и карбункулах верхней губы, возможных флебитах вен лица, тромбозах вен кавернозного синуса.

важные моменты обсуждаемой темы демонстрирует на слайдах, плакатах и других учебных пособиях.

В конце обсуждения каждому студенту поочередно вручается по одному контрольному тесту. Ответы получает в течение одного минута времени. Результаты обсуждения преподавателем вносятся в протокол занятия в виде заметок по каждому студенту, которые будут учитываться при выставлении итогового рейтингового балла.

В течение последующего 90 мин учебного времени студенты работают в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники (перевязочной или операционной стационара) или курирует тематических больных (больные с различными травмами ЧЛЮ) под руководством ассистента или лечащего врача. Принимают участие в обходах заведующего кафедрой "(или профессора) стационарных больных или на их консультациях поликлинических больных.

При этом преподаватель выступает роли тренера. Студенту дается возможность самостоятельно принять решение касающегося диагноза болезни зубов. Только после этого преподаватель вносит коррекцию и разменяет допущенные ошибки студента. Результаты практической работы студентов, точнее степени их активности, также вносятся в протокол занятия

В разделе итог занятия, преподаватель проводит обобщающее обсуждение рассмотренных историй болезни, рентгеновских снимков с выявлением допущенных ошибок работы студентов. Дает рекомендации по их устранению.

Каждому присутствующему студенту поочередно вручается по одному опросному листу с напечатанным текстом контрольного теста 2 уровня и получает ответ через 1 мин. Результаты фиксируются на протоколе занятия.

После чего преподаватель выставляют, а классный журнал итоговый: рейтинг (баллы) каждого студента к немедленно их объявляет.

Проводит краткое резюме всего занятия, отвечает на поступившие вопросы, объявляет домашнее задание и темы для СРС.

VI. Раздаточный материал.

-Опросные листы с напечатанными вопросами для контроля базового знания студентов;

Опросные листы с напечатанными текстами ситуационных задач.

-Опросные листы с напечатанными текстами контрольных тестов 1 и 2 уровня.

- Опросные листы с напечатанными графическими изображениями демонстрируемых слайдов и плакатов по данной теме. VII. Оснащение практического занятия:

зубоврачебное кресло, стерильный стол с инструментарием таблицы, слайда абсцессов и флегмон, фото больных к объяснениям решения ситуация задач в учебной комнате.

V. Преподавательские заметки.

Занятие начинается с проверки базового знания студентов группы. Для чего всем присутствующим раздается опросные листы с напечатанными контрольными вопросами и каждому студенту называется номер вопроса, которого он должен разъяснить. При этом требуется конкретные короткие ответы на поставленный вопрос. Категорически запрещается пользоваться записями в конспектах, учебниками. Параллельно преподаватель проверяет наличие у студента конспекта домашнего задания и его подписывает. Попытка провокации дискуссии со стороны студента пресекается.

Результаты опроса преподаватель заносит на лист протокола занятия в виде заметок.

В разделе обзор предстоящей практической занятие преподаватель дает мотивации изучение данной тематики. При этом особо следует обращать внимания студентов на то, что тщательный сбор анамнеза и методы обследования имеют большое значения при правильной диагностики стоматологических заболеваниях. Состояния полости рта является одним из критерием здоровья организма. Наличие в полости рта разрушенных и больных зубов является постоянным очаг инфекции и является причиной многих соматических заболеваний. По этому врачи общей практике должны уметь своевременно диагностировать и оказать неотложной помощи больным заболеваниями зубов.

В этом разделе занятия преподаватель ставить конкретные задачи перед студентами и указывает на ожидаемые результаты (чего они должны достиг в конечном итоге занятия), что соответствуют пунктам 2 и 3 настоящей методической разработки.

В разделе презентаций, преподаватель проводит- совместное обсуждение содержание данной темы. Для чего каждому студенту вручается опросный лист с напечатанными текстами ситуационных задач одинакового содержания. Дает 5-7 мин для обдумывания. При этом целесообразно применять технологии интерактивных методов обучения Например: метод спонтанного поиска версии ответов (Мозговой штурм). При этом допускается свободная дискуссия присутствующих. Если, при этом выявляется 2 или 3 противоположных (или схожих) версий, для доказательства правильности каждой версии допускается использование записей в конспектах, а также данных учебной литературы. Преподаватель выступает в роле тренера (корректирует направления аналитического мышления студентов) и не вмешивается в процессе принятия правильного решения, пока студенты сами не докажет свою правоту. После чего, выбранный преподавателем студент или

решение данной ситуационной задачи.

После чего преподаватель делает кратко резюме, указывая при этом на много вариантности подхода к истинному решению проблемы. Наиболее

ГУ Содержание практического занятия		
ШАГИ	ЦЕЛЬ	ОПИСАНИЕ
ПРОВЕРКА (15 мин)	Проверка базового знания студентов (по опросным листам)	-Требуется короткие и точные ответы на вопросы -Не допускайте дискуссию. -Не допускайте пользоваться записями в конспектах, а также учебниками.
ОБЗОР 20 мин.	Установить мотивации изучения данной темы и ввести из в курс изучаемого материала	-Сделайте обзор работы предстоящей занятии. -Раскройте задачи обучения данного занятия. -Определите мотивации (необходимости) получения ими данной информации.
ПРЕЗЕНТАЦИЯ (50)мин	Обсуждения темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач и контрольные тесты уровня)	-Каждому студенту дайте по одному листу с описанием ситуационных задач одинакового содержания -Дайте 5-7 мин., для обдумывания. -Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, а также взаимное консультирование присутствующих. -При обсуждении раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии. -Подтвердите правильную версию на демонстрационных материалах (слайды, учебные плакаты, <i>фильмы</i> муляжи и т.д.) - Обсуждение заканчивается решением контрольных тестов 1 уровня.
ПРАКТИКА (120)	Выработка практических навыков студентов по клиническому обследованию и проведение перевязок больных с воспалительными заболеваниями ЧЛЮ (прием больных)	-Обеспечит контроль работы студентов с больными. -Независимо стационар или поликлиника не допускайте прием больных студентами без контроля преподавателя или лечащего врача. -Дайте возможность студенту прийти к самостоятельному решению, только после этого внесите коррекцию.
ИТОГ (20 мин)	Подвести итог занятия, уточнить что было освоено. Дать задания к следующему занятию. Объявить темы для СРС.	Проведите обсуждение истории болезни (амб. карт) осмотренных (принятых) больных. Дайте каждому студенту по 1 контрольному тесту 2 уровня. При этом не разрешайте пользоваться записями в конспектах или учебными пособиями. Поставьте рейтинговый по теме и по проделанной работе студентов.

VIII. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Текущий контроль по данному занятию проводится путем оценки знаний и умений студентов, выраженных в рейтинговых баллах, градации которых принята на кафедре.

Рейтинговые баллы ставятся по итогам деятельности каждого студента суммарно за уровень его теоретической подготовленности и приобретенных навыков и умений. Оценки выставляются в журнал в конце занятия, которые тут же объявляются студентам. В случае желание студента- улучшать оценку, ему предоставляются недельный срок для повторной проработки всего материала занятия во внеурочном времени.

IX. Самостоятельная работа для студентов.

Материал для самостоятельной подготовки студента.

1. Студент должен участвовать при постановки диагноза или самостоятельно поставить диагноз с воспалительными заболеваниями ЧЛЮ.
2. Уметь вскрывать поверхностные абсцессы на лице.
3. Должен участвовать или проводить самостоятельные перевязки.
4. Должен участвовать при разборе больных воспалительными процессами.
5. Участвовать и ассистировать при вскрыше флегмон.
6. Проводит запись в истории болезни больных.

X. Контрольные вопросы.

1. Имеет ли значение вирулентность инфекции при развитии воспалительных процессов. ДА, НЕТ.
2. Что протекает тяжелее? ПЕРИОСТИТ, ОСТЕОМИЕЛИТ.
3. При периостите удалить виновный зуб? ДА, НЕТ.
4. Симптом множественно периодонтита и подвижность нескольких зубов характерна;
А) ПЕРИОСТИТ
Б) ОСТЕОМИЕЛИТ
В) ФЛЕГМОНА,
5. При флегмоне дна полости рта имеется дыхательная недостаточность Показана ли трахеотомия? ДА. НЕТ.
6. Какую функцию выполняет кожа?
а) Терморегуляцию
б) Обмен веществ.
в) Выделительную
г) Дыхательную
д) Рецептурную
7. Самые тяжелые осложнения фурункулов и карбункулов лица?
ТРОМБОЗ ВЕН ЛИЦА И ГОЛОВЫ."

Литература:

1. Бажданов НА Стоматология 2001 го д.
2. Бренадский основы хирургической стоматологии 1981 г.
3. БзроБСКиn Б. Терапевтическая стоматология 1986 г.
- 4.АлексанроЕ Оперативная хирургия челюстно-лицевой области 1986г.
- 5.Шаргородскни В.В Воспалительные заболевания ЧЛО 1990г.
- б. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология 1990г.

Практическое занятие №4.

Тема: *Травмы* челюстно- лицевой области, травмы мягких тканей, зубов и костей лицевого. Первичная хирургическая обработка раны.

Х.Цель занятия:

Ознакомить студентов различными видами травматических повреждений челюстно-лицевой области, научить своевременной диагностике и неотложной помощи при травмах. Провести первичную хирургическую обработку раны. Особенности временной иммобилизации при переломах челюстей и сочетанных травмах.

II.Задача;

1. Рассмотреть особенности жалоб и клинической картины больных с травмами челюстно-лицевой области
2. Повреждений челюстно-лицевой области с **учетом** анатомо-топографических особенности.
3. Особенности проведения первичной хирургической обработки рак лица. Классификация повреждений ЧЛО.
4. Особенности ведение больных при укушенных ранах ЧЛО.
 5. Перелом нижней челюсти, виды, смещение отломков, репозиция:, фиксация шинирование в хирургические методы лечения.
 6. Перелом верхней челюсти, виды, смещение отломков, репозиция, фиксация шинирование и хирургические методы лечения.
 7. Виды временной иммобилизации при переломах челюсти.

8. Оказания первой Врачебной помощи при
травматических
повреждениях челюстно-лицевой области.
Осложнения после
перенесенной травмы ЧЛЮ.

Студент должен знать особенности травматических
повреждений мягких тканей лица, проведения первичной

хирургической обработки ран лица, значение зубов при травмах челюстно-лицевой области. Уметь оказать первичную врачебную помощь при переломах челюстей и направить своевременно в специализированное учреждение. Студент должен знать виды и оказание временной иммобилизации при переломах челюстей и сочетанных повреждениях.

ГУ. Содержание практического занятия

	ЦЕЛЬ	ОПИСАНИЕ	
ПРОВЕРКА (15 мин)	Проверка базового знания студентов (по опросным листам) -Не допускайте пользоваться записями в	-Требуется короткие и точные ответы на вопросы -Не допускайте дискуссии. <u>конспектах, а также учебниками.</u>	
ОБЗОР 20 мин.	Установить мотивации изучения данной темы и ввести из в курс изучаемого материала	-Сделайте обзор работы предстоящей занятии. -Раскройте задачи обучения данного занятия. -Определите мотивации (необходимости) получения ИМЕ данной информации.	
ПРЕЗЕНТАЦИЯ (50)мин	Обсуждения темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач и контрольные тесты уровня)	-Каждому студенту дайте по одному листу с описанием ситуационных задач одинакового содержания -Дайте 5-7 май., для обдумывания. -Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, а также взаимное консультирование присутствующих. - При обсуждение раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии. -Подтвердите правильной версии на демонстрационных материалах (слайды, учебные плакаты, фильмы муляжи и т.д.) - Обсуждение заканчивается решением <u>контрольных тестов I уровня.</u>	
ПРАКТИКА (120)	Выработка практических навыков студентов по клиническому обследованию и проведение ПХО раны, оказать первую помощь при травмах ЧЛО (прием больных) Подвести	-Обеспечит контроль работы студентов с больными. -Дайте возможность студенту прийти к самостоятельной ⁷ решению, только после этого внесите коррекцию.	стационар или поликлиника не допускайте прием больных студентами без контроля преподавателя или лечащего врача.
ИТОГ (20 мин)	итог занятия, уточнить что было освоено. Дать гадания к	Проведите обсуждение (амб. карт) осмотренных (принятых) больных. <u>Дайте каждому студенту по 1 контрольному</u>	

	следующему занятию. Объяснить темы для СРС.	тесту 2 уровня. При этом не разрешайте пользоваться записями с конспектах или учебными пособиями. Поставьте рейтинговый по теме и по проделанной работе студентов.

V. Преподавательские заметки.

Занятие начинается с проверки базового знания студентов группы. Для чего Всем присутствующим раздается опросные листы с напечатанными контрольными вопросами и каждому студенту указывается номер вопроса, которого он должен разъяснить. При этом требуется конкретные короткие ответы на поставленный вопрос. Категорически запрещается пользоваться записями в конспектах, учебниками. Параллельно преподаватель проверяет наличие у студента конспекта домашнего задания и его подписывает. Попытка провокации дискуссии со стороны студента пресекается.

Результаты опроса преподаватель заносит на лист протокола занятия в виде заметок.

В разделе обзор предстоящей практической занятие преподаватель дает мотивации изучение данной тематики. При этом особо следует обращать внимания студентов на то, что тщательный сбор анамнеза и методы обследования имеют большое значения при правильной диагностики стоматологических заболеваниях. Состояния полости рта является одним из критериями здоровья организма. Наличие в полости рта разрушенных и больных зубов является постоянное очаг инфекции и является причиной многих соматических заболеваниях. По этому врачи общей практике должны уметь своевременно диагностировать и оказать неотложной помощи больным заболеванием зубов.

В этом разделе занятия преподаватель ставить конкретные задачи перед студентами и указывает на ожидаемые результаты (чего они должны достигнуть в конечном итоге занятия что соответствуют пунктам 2 и 3 настоящей методической разработки).

В разделе презентация, преподаватель проводит совместное обсуждение содержание данной темы. Для чего каждому студенту вручается опросный лист с напечатанными текстами ситуационных задач одинакового содержания. Дает 5-7 мин для обдумывания. При этом целесообразно применять технологии интерактивных методов обучения. Например: метод спонтанного поиска версии ответов «Мозговой штурм». При этом допускается свободная дискуссия присутствующих. Если, при этом

доказательства правильности каждой версии допускается использовании записей в конспектах, а также данных учебной литературы.

Преподаватель выступает в роли тренера (корректирует направление

аналитическую мышления студентов) и не вмешивается в процесс принятия правильного решения, пока студенты сами не докажут свою правоту. После чего, выбранный преподавателем студент или представитель каждой подгруппы выдвинувший версию, обосновывает решение данной ситуационной задачи.

После чего преподаватель делает краткое резюме, указывая при этом на многовариантность подхода к истинному решению проблемы. Наиболее важные моменты обсуждаемой темы демонстрирует на слайдах, плакатах и других учебных пособиях.

В конце обсуждения каждому студенту поочередно вручается по одному контрольному тесту. Ответы получает в течение одной минуты времени. Результаты обсуждения преподавателем вносятся в протокол занятия в виде заметок по каждому студенту, которые будут учитываться при выставлении итогового рейтингового балла.

В течение последующего 90 мин учебного времени студенты работают в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники (перевязочной или операционной стационара) или курирует тематических больных (больные с различными травмами ЧЛЮ) под руководством ассистента или лечащего врача. Принимают участие в обходах заведующего кафедрой (или профессора) стационарных больных или на их консультациях поликлинических больных.

При этом преподаватель выступает в роли тренера. Студенту дается возможность самостоятельно принять решение касающегося диагноза болезни зубов. Только после этого преподаватель вносит коррекцию и разъясняет допущенные ошибки студента. Результаты практической работы студентов, точнее, степени их активности, также вносятся в протокол занятия.

В разделе итог занятия, преподаватель проводит обобщающее обсуждение рассмотренных историй болезней, рентгеновских снимков с выявлением допущенных ошибок работы студентов. Дает рекомендации по их устранению.

Каждому присутствующему студенту поочередно вручается по одному опросному листу с напечатанным текстом контрольного теста 2 уровня и получает ответ через 1 мин. Результаты фиксируются на протоколе занятия.

После чего преподаватель выставляют, а классный журнал итоговый рейтинг (баллы) каждого студента и немедленно их объявляет.

Проводит краткое резюме всего занятия, отвечает на поступившие вопросы, объявляет домашнее задание и темы для СРС.

VI. Раздаточный материал. - Опросные листы с напечатанными вопросами для контроля базового

- Опросные листы с напечатанными текстами ситуационных задач. -
Опросные листы с напечатанными текстами контрольных тестов 1 и 2 уровня.

Опросные листы с напечатанными графическими изображениями демонстрируемых слайдов и плакатов по данной теме.

VII. Оснащение практического занятия: Занятие поликлиническое оснащение кабинет стоматологии, зубо врачебное кресло, стерильной стол с инструментарием таблицы, слайды повреждений, переломы челюстей, Р граммы, фото больных и объяснении решения ситуация задач в учебной комнате.

VIII. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Текущий контроль по данному занятию проводится путем оценки знаний и умений студентов, выраженных в рейтинговых баллах, градации которых принята на кафедре.

Рейтинговые баллы ставиться по итогам деятельности каждого студента (суммарно за уровень его теоретической подготовленности и приобретенных навыков и умений.) Оценки выставляются в журнал в конце занятия, которые тут же объявляются студентам. В случае желание студента- улучшать оценку, ему предоставляются недельный срок для повторный проработки всего материала занятия во внеурочной времени.

К. Самостоятельная работа студентов. Материал для самостоятельной подготовки студента.

1- Студент должен знать виды повреждений и особенности течение травм ЧЛО.

2. Знать виды рентгенограмм, чтений рентгенограмм, определить костных повреждений.
 3. Должен уметь проводить самостоятельно первичную хирургическую обработку ран ЧЛО.
 4. Должен участвовать при разборе больных травмами ЧЛО.
 5. Должен знать виды переломов Верхней челюсти по ФОР
 6. Уметь поставить шина по Айви, пращевидную повязку при переломах.
 7. Уметь изготовить шину из алюминиевой проволоки.
 8. Проводит запись в истории болезни больных.
- Х. Контрольные вопросы.

1. Имеет ли значение жевательные мышцы при смещение костных отломков при переломах челюстей? Да НЕТ.

2. Имеет ли значение зубы при повреждениях челюстно-лицевой области? ДА, НЕТ.
3. Наблюдается ли симптом давления при переломах нижней челюсти? ДА, НЕТ.
4. Наблюдается ли симптом ступеньки при переломах нижней челюсти? ДА, НЕТ
5. Наблюдается ли симптом очков при переломах верхней челюсти по

ФОР-3? ДА, НЕТ/.

давящую повязку? ДА, НЕТ.

7. Больному с переломом нижней челюсти наложена подбородочная праща, это правильно или нет? ДА, НЕТ.

Литература;

1. Бажданов НА Стоматология 2001 год.
2. Бренадский основы хирургической стоматологии 1981 г.
3. Баровский Б. Терапевтическая стоматология 1986 г.
4. Алексанров Оперативная хирургия челюстно-лицевой области 1986г.
5. Шаргородский ББ Воспалительные заболевания ЧЛО 1990г.
6. Робустова ТТ. Хирургическая стоматология 1990г.
7. Александров Травмы челюстно-лицевой области 1986г.

Практическое занятие №5.

Тема: Осложнение травм челюстно- лицевой области,
Кровотечения, шок, асфиксия, борьба с ними.

Оказание помощи на этапах медицинской эвакуации.

Цель занятия;

Ознакомить студентов осложнениями травматических повреждений челюстно-лицевой области, научить своевременной оказание неотложной помощи при кровотечениях, шоке и асфиксии.

II. Задача:

1. Рассмотреть особенности клинической картины больных с осложнениями травм челюстно-лицевой области.
2. Повреждений челюстно-лицевой области с учетом анатома- топографических особенности.
3. Классификация осложнений повреждений ЧЛО.
4. Особенности остановки кровотечения, виды кровотечения, временные и постоянные методы остановки кровотечения при травмах ЧЛО.
5. Шок при травмах лица, различные виды шока, оказание первой помощи при шоке.
6. Асфиксия, виды асфиксии, клинические проявления асфиксии и

Оказание первой помощи при асфиксиях.

7. Операция трахеотомия, виды, показание к проведению трахетомии.

III. Ожидаемые результаты

Студент должен знать особенности травматических повреждений мягких тканей лица, виды кровотечения, методы остановки кровотечения на этапах медицинской эвакуации больных. Уметь оказать первичную врачебную помощь при шоке. Студент должен знать виды и оказание экстренной помощи при асфиксиях. Должен знать операцию трахеотомия.

IV. Содержание практического занятия

ШАГИ	ЦЕЛЬ	ОПИСАНИЕ
ПРОВЕРКА (15 мин)	Проверка базового знания студентов (по опросным листам)	-Требуется короткие и точные ответы на вопросы. -Не допускайте дискуссию. -Не допускайте пользоваться записями в конспектах, а также учебниками.
ОБЗОР 20 мин.	Установить мотивации изучения данной темы и ввести из в курс изучаемого материала	-Сделайте обзор работы предстоящей занятии. -Раскройте задачи обучения данного занятия. -Определите мотивации (необходимости) получения ими данной информации.
ПРЕЗЕНТАЦИЯ (50)мин	Обсуждения темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач в контрольные тесты уровня)	-Каждому студенту дайте по одному листу с описанием ситуационных задач одинакового содержания -Дайте 5-7 мин. для обдумывания. - Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, а также взаимное консультирование присутствующих -При обсуждении раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии. -Подтвердите правильной версии на демонстрационных материалах (слайды, учебные плакаты, фильмы нулевого в т.д.) -Обсуждение заканчивается решением контрольных тестов 1 уровня.
ПРАКТИКА (ПО)	Выработка практических навыков студентов по оказанию первой помощи при кровотечениях, шоке и асфиксии, (прием больных)	-Обеспечит контроль работы студентов с больными. -Независимо стационар или поликлиника не допускайте прием больных студентами без контроля преподавателя или лечащего врача. -Дайте возможность студенту прийти к самостоятельному решению, только после
V11U1 (20 мин)	Подвести итог занятия, уточнить что было освоено. Дать задания к	проведите ©осуждение истерли болезни (амб. карт) осмотренных (принятых) больных. Дайте каждому студенту по 1 контрольному

	следующему занятию. Объявить темы для СРС.	тесту 2 уровня. При этом не разрешайте пользоваться записями в конспектах или учебными пособиями. Поставьте рейтинговый по теме и по проделанной работе студентов.

V. Преподавательские заметки.

Занятие начинается с проверки базового знания студентов группы. Для чего всем присутствующим раздается опросные листы с напечатанными контрольными вопросами и каждому студенту указывается номер вопроса, которого он должен разъяснить. При этом требуется конкретные короткие ответы на поставленный вопрос. Категорически запрещается пользоваться записями в конспектах, учебниками. Параллельно преподаватель проверяет наличия у студента конспекта домашнего задания и его подписывает. Попытка провокации дискуссии со стороны студента пресекается.

Результаты опроса преподаватель заносить на лист протокола занятия в виде заметок.

В разделе обзор предстоящей практической занятие преподаватель дает мотивации изучение данной тематики. При этом особо следует обращать Внимания студентов на то, что тщательный сбор анамнеза и методы обследования имеют большое значения при правильной диагностики стоматологических заболеваний. Состояния полости рта является одним из критериям здоровья организма. Наличие в полости рта разрушенных и больных зубов является постоянное очаг инфекции и является причиной многих соматических заболеваниях По этому врачи общей практике должны уметь своевременно диагностировать к оказать неотложной помощи больным заболеваниями зубов.

В этом разделе занятия преподаватель ставить конкретные задачи перед студентами и указывает на ожидаемые результаты (чего они должны достиг в конечном итоге занятия), что соответствуют пунктам 2 и 3 настоящей методической разработки.

В разделе презентация, преподаватель проводит совместное обсуждение содержание данной темы. Для чего каждому студенту вручается опросный лист с напечатанными текстами ситуационных задач одинакового содержания. Дает 5-7 мин для обдумывания. При этом целесообразно применять технологии интерактивных методов обучения. Например: метод спонтанного поиска версии ответов «Мозговой штурм». При этом допускается свободная дискуссия присутствующих. Если, при этом

доказательства правильности каждой версии допускается использовании записей в конспектах, а также данных учебной литературы. Преподаватель выступает в роле тренера (корректируй направления

аналитического мышления студентов) и не вмешивается в процессе принятия правильного решения, пока студенты сами не докажут свою правоту. После чего, выбранный преподавателем студент или представитель каждой подгрупп выдвинувший версии, обосновывает решение данной ситуационной задачи.

После чего преподаватель делает краткое резюме, указывая при этом на многовариантности подхода к истинному решению проблемы. Наиболее важные моменты обсуждаемой темы демонстрирует на слайдах, плакатах и других учебных пособиях.

В конце обсуждения каждому студенту поочередно вручается по одному контрольному тесту. Ответы получает в течение одного минута времени. Результаты обсуждения преподавателем вносятся в протокол занятия в виде заметок по каждому студенту, которые будут учитываться при выставлении итогового рейтингового балла.

В течение последующего 90 мин учебного времени студенты работают в хирургическом кабинете стоматологической поликлинике (перевязочной или операционной стационара) или курирует тематических больных (больные с различными травмами ЧЛЮ) под руководством ассистента или лечащего врача. Принимают участие в обходах заведующего кафедрой (или профессора) стационарных больных или на их консультациях поликлинических больных.

При этом преподаватель выступает в роли тренера. Студенту дается возможность самостоятельно принять решение касающегося диагноза болезни зубов. Только после этого преподаватель вносит коррекцию и разменяет допущенные ошибки студента. Результаты практической работы студентов, точнее, степени их активность также вносятся в протокол занятия

В разделе итог занятия, преподаватель проводит обобщающее обсуждение рассмотренных историй болезней, рентгеновских снимков с выявлением допущенных ошибок работы студентов. Дает рекомендации по их устранению.

Каждому присутствующему студенту поочередно вручается по одному опросному листу с напечатанным текстом контрольного теста 2 уровня и получает ответ через 1 мин. Результаты фиксируются на протоколе занятия.

После чего преподаватель выставляют, а классный журнал итоговый рейтинг (баллы) каждого студента и немедленно их объявляет.

Проводит краткое резюме всего занятия, отвечает на поступившие вопросы, объявляет домашнее задание и темы для СРС.

VI. Раздаточный материал.

- Опросные листы с напечатанными вопросами для контроля базового

- Опросные листы с напечатанными текстами ситуационных задач. -

Опросные листы с напечатанными текстами контрольных тестов 1 и 2 уровня.

Опросные листы с напечатанными графическими изображениями демонстрируемых слайдов и плакатов по данной теме.

VII. Оснащение практического занятия: Занятие поликлиническое оснащение кабинет стоматологии, зубохирургическое кресло, стерильный стол с инструментарием, таблицы, слайды повреждений, переломы челюстей, Р-граммы, фото больных и объяснение решения ситуации задач в учебной комнате.

VIII. Виды контроля знаний, умений и навыков.

Текущий контроль по данному занятию проводится путем оценки знаний и умений студентов, выраженных в рейтинговых баллах, градации которых принята на кафедре.

Рейтинговые баллы ставятся по итогам деятельности каждого студента (суммарно за уровень его теоретической подготовленности и приобретенных навыков и умений.) Оценки выставляются в журнал в конце занятия, которые тут же объявляются студентам. В случае желания студента- улучшить оценку, ему предоставляется недельный срок для повторной проработки всего материала занятия во внеурочное время.

IX. Самостоятельная работа студентов. Материал для самостоятельной подготовки: студента.

1. Студент должен знать виды повреждений и особенности течения травм ЧЛЮ.
2. Знать виды рентгенограмм, чтения рентгенограмм, определить костных повреждений.
3. Должен уметь временные и постоянные методы остановки кровотечений при повреждениях ЧЛЮ.
4. Должен знать оказание последовательной помощи при шоке.
5. Должен знать оказание помощи при асфиксиях.
6. Должен уметь операцию трахеотомия.

X. Контрольные вопросы.

1. Имеет ли значение жевательная мышца при смещении костных отломков при переломах челюстей? ДА, НЕТ.
2. Являются ли зубы вторичным осколком при повреждениях челюстно-лицевой области? ДА, НЕТ.
3. Зубы и зубные протезы могут быть инородным телом при травмах ЧЛЮ? ДА, НЕТ.
4. Может ли рвотная масса и слюна причиной аспирационной асфиксии? ДА, НЕТ*
5. Наблюдается ли дислокационная асфиксия при двустороннем переломе? ДА, НЕТ.

6. При кровотечениях из ран мягких тканей достаточно ли наложить давящую повязку? ДА, НЕТ.

Литература:

1. Бажданов НА Стоматология 2001 год.
2. Бренадский основы хирургической стоматологии 1981 г.
3. Баровский Б. Терапевтическая стоматология 1986 г.
4. Алексанров Оперативная хирургия челюстно-лицевой области 1986г.
5. Шаргородский В.В Воспалительные заболевания ЧЛО 1990г.
6. РобустоваТГ. Хирургическая стоматология 1990г.
7. Алексанров Травмы челюстно-лицевой области 1986г.

Практическое занятие №6. Тема:

Опухоли челюстно-лицевой области.

Опухолеподобные образование лица и челюстей.

Одонтогенные опухоли, доброкачественные и злокачественные опухоли полости рта.

I.Цель занятия:

Ознакомить студентов основными видами доброкачественных и злокачественных видов опухоли которые встречаются челюстно-лицевой области. Органоспецифические и органно-неспецифические опухоли, опухолеподобные образование.

II. Задача:

1. Рассмотреть особенности жалоб и клинической картины больных с опухолями челюстно-лицевой области.
2. Этиологические факторы предраковых изменений слизистой оболочки полости рта и кожи лица. Облигатные и факультативные предраки.
3. Эпителиальные опухоли , опухолеподобные образование, одонтогенные эпителиальные опухоли.
4. Соединительнотканые опухоли, клинка, диагностика, методы лечения.
5. Органоспецифические опухоли: Эпулис, одонтома, амелобластома.

6. Кистозные образования челюстей и оклочелюстных тканей.

7. Злокачественные опухоли, классификация, условные обозначения

8. Лечение злокачественных опухолей.

III. Ожидаемые результаты:

Студент должен знать этиологию, предрасполагающие факторы, возникновении опухоли и опухолеподобных образований челюстно-лицевой области. Уметь обследовать больного и направить своевременно в специализированное учреждение.

Студент должен знать понятие онконастороженности.

IV. Содержание практического занятия

ШАГИ	ЦЕЛЬ	ОПИСАНИЕ
ПРОВЕРКА (15 мин)	Проверка базового знания студентов (по опросным листам)	-Требуется короткие и точные ответы на вопросы -Не допускайте дискуссию. -Не допускайте пользоваться записями в конспектах, а также учебниками.
ОБЗОР 20 мин.	Установить мотивации изучения данной темы и свести из в курс изучаемого материала	-Сделайте обзор работы предстоящей занятии. -Раскройте задачи обучения данного занятия. -Определите мотивации (необходимости) получения ими данной информации.
ПРЕЗЕНТАЦИЯ (50)мин	Обсуждения темы занятия совместно со студентами (решение ситуационных задач к контрольные тесты уровня)	-Каждому студенту дайте по одному листу с описанием ситуационных задач одинакового содержания -Дайте 5-7 мин. для обдумывания. -Дайте возможность свободного пользования конспектами, учебными пособиями, а также взаимное консультирование присутствующих -При обсуждение раскройте содержание занятия путем коллективного обсуждения каждой версии. -Подтвердите правильной версии на
ПРАКТИКА (120)	демонстрационных материалах (слайды, учебные плакаты, фильмы муляжи и т.д.) -Обсуждение заканчивается решением контрольных тестов 1 уровня.	
	Выработка практических навыков студентов по клиническому обследованию больных с опухолями ЧЛО (прием	-Обеспечит контроль работы студентов с больными. -Независимо стационар или поликлиника не допускайте прием больных студентами без контроля преподавателя или лечащего врача. -Дайте возможность студенту прийти к
ИТОГ (20 мин)	Подвести итог занятий, уточнить что	<u>этого внесите коррекцию.</u> I Проведите обсуждение истории болезни 1 (амб. карт) осмотренных (принятых)

	было освоено. Дать задания к следующему занятию. Объявить темы для СРС.	больных. Данте каждому студенту по 1 контрольному тесту 2 уровня. При этом не разрешайте пользоваться записями и конспектах или учебными пособиями. Поставьте рейтинговый по теме и по проделанной работе студентов.

V. Преподавательские заметки.

Занятие начинается с проверки базового знания студентов группы. Для чего всем присутствующим раздается опросные листы с напечатанными контрольными вопросами и каждому студенту заказывается номер вопроса, которого он должен разъяснить. При этом требуется конкретные короткие ответы на поставленный вопрос. Категорически запрещается пользоваться записями в конспектах, учебниками. Параллельно преподаватель проверяет наличия у студента конспекта домашнего задания и его подписывает. Попытка провокации дискуссии со стороны студента пресекается.

Результаты опроса преподаватель заносить на лист протокола занятия в виде заметок.

В разделе обзор предстоящей практической занятие преподаватель дает мотивации изучение данной тематики. При этом особо следует обращать внимания студентов на то, что тщательных сбор анамнеза и методы обследования: имеют большое значения при правильной диагностики стоматологических заболеваниях. Состояния полости рта является одним из критериям здоровья организма. Наличие в полости рта разрушенных я больных зубов является постоянное очаг инфекции и является причины многих соматических заболеваний. По этому врачи общей практике должны уметь своевременно диагностировать и оказать неотложной помощи больным заболевания зубов.

В этом разделе занятия преподаватель ставят конкретные задачи перед студентами и указывает на ожидаемые результаты (чего они должны достиг в конечном итоге занятия), что соответствуют пунктам 2 и 3 настоящей методической разработки.

В разделе презентация, преподаватель проводит совместное обсуждение содержанке данной темы. Для чего каждому студенту вручается опросный лист с напечатанными текстами ситуационных задач одинакового содержания. Дает 5-7 мин дня обдумывания. При этом целесообразно применять технологии интерактивных методов обучения. Например:

Метод спонтанного поиска версии ответов « Мозговой травмы». При этом

допускается свооодная дискуссия присутствующих. Если, при этом выявляется 2 или 3 противоположных (или схожих) версий, для доказательства правильности каждой версии допускается использовании

записей в конспектах, а также данных учебной литературы. Преподаватель выступает в роле тренера (корректирует направления аналитического мышления студентов) и не вмешивается в процессе принятия правильного решения, пока студенты сами не докажут свою правоту. После чего, выбранный преподавателем студент или представитель каждой подгруппы выдвинувший версии, обосновывает решение данной ситуационной задачи.

После чего преподаватель делает краткое резюме, указывая при этом на многовариантность подхода к истинному решению проблемы. Наиболее важные моменты обсуждаемой темы демонстрирует на слайдах, плакатах и других учебных пособиях.

В конце обсуждения каждому студенту поочередно вручается по одному контрольному тесту. Ответы получает в течение одной минуты времени. Результаты обсуждения преподавателем вносятся в протокол занятия в виде заметок по каждому студенту, которые будут учитываться при выставлении итогового рейтингового балла.

В течение последующего 90 мин учебного времени студенты работают в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники (перевязочной или операционной стационара) или курирует тематических больных (больные с различными травмами ЧЛЮ) под руководством ассистента или лечащего врача. Принимают участие в обходах заведующего кафедрой (или профессора) стационарных больных или на их консультациях поликлинических больных.

При этом преподаватель выступает в роли тренера. Студенту дается возможность самостоятельно принять решение касающегося диагноза болезни зубов. Только после этого преподаватель вносит коррекцию и разменяет допущенные ошибки студента. Результаты практической работы студентов, точнее, степени их активности, также вносятся в протокол занятия.

В разделе итог занятия, преподаватель проводит обобщающее обсуждение рассмотренных историй болезней, рентгеновских снимков с выявлением допущенных ошибок работы студентов. Дает рекомендации по их устранению.

Каждому присутствующему студенту поочередно вручается по одному опросному листу с напечатанным текстом контрольного теста 2 уровня и получает ответ через 1 мин. Результаты фиксируются на протоколе занятия.

После чего преподаватель выставляет, а классный журнал итоговый рейтинг (баллы) каждого студента и немедленно его объявляет.

Проводит краткое резюме всего занятия, отвечает на поступившие вопросы, объявляет домашнее задание и темы для СРС.

-Опросные листы с напечатанными вопросами для контрольного знания студентов;

-Опросные листы с напечатанными текстами ситуационных задач.

Опросные листы с напечатанными текстами контрольных тестов 1 и 2 уровня.

-Опросные листы с напечатанными графическими изображениями демонстрируемых слайдов и плакатов по данной теме. VII-Оснащение практического занятия: Занятие поликлиническое оснащение кабинет стоматологии, зубо врачебное кресло, стерильной стол с инструментарием таблицы, слайды с опухолями и опухолеподобными образованиями, фото больных и объяснении решения ситуация задач в учебной комнате.

VIII.Виды контроля знаний, умения и навыков.

Текущий контроль по данному занятию проводится путем оценки знаний и умений студентов, выраженных в рейтинговых баллах, градации которых принята на кафедре.

Рейтинговые баллы ставиться по итогам деятельности каждого студента (суммарно за уровень его теоретической подготовленности к приобретенных навыков и умений.) Оценки выставляются в журнал Е конце занятия, которые тут же объявляются студентам Б случае желание студента- улучшать оценку, ему предоставляются недельный срок для повторный проработки всего материала занятия во внеурочной времени.

IX.Самостоятельная работа студентов. Материал для самостоятельной подготовки студента.

1 .Студент должен участвовать при постановки диагноза или самостоятельно поставить диагноз с опухолями ЧЛЮ.

2. Уметь определить предраковых изменений слизистой оболочки полости рта,
3. Должен знать вредные привычки которые приводят к образованию злокачественных опухолей.
4. Должен знать проведение операции биопсия из тканей для гистологических исследований..
5. Уметь проводить пункцию кистозной полости.
6. Составление плана, комплексного лечения онкостоматологических больных

X.Контрольные вопросы.

1. Имеет ли значение табака курения причиной возникновения опухолей ЧЛЮ? ДА, НЕТ.
2. Является ли причиной рака слизистой оболочки дна полости рта курения наса? ДА, НЕТ.
3. Является ли причиной образования опухоли полости рта механическая травма краями протеза? ДА, НЕТ.
4. Химиотерапия показана при ? ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ

ОПУХОЛЕ,
ПРИ ДОБРАКАЧЕСТВЕННОМ ОПУХОЛЕ,

Литература:

1. Бажданов НА Стоматология 2001 год.
2. Пачес Опухоли головы и шеи. 1982 г.
3. Баровский Б. Терапевтическая стоматология 1986 г.
4. АлексанроЕ Оперативная хирургия челюстно-лицевой области 1986г.
5. Робустова Т.И. Хирургическая стоматология 1990г.

