

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНЫ**

КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Зарегистрировано
учебно-методическим отделом
№ _____ « _____ »
_____ 2019 г.

«УТВЕРЖДАЮ»
Проректор по учебной и
воспитательной работе
к.м.н., доцент
Г.Ж. Жарылкасынова _____
“ _____ ” _____ 2019 г.

Учебно-методический комплекс по предмету

Челюстно-лицевая хирургия

Для студентов 5-курса стоматологического факультета

Область знаний: 700000-социальное обеспечение и здравоохранение.

Область образования: 720000 - Здравоохранение.

Направление образования: 5720400 – Стоматология

Название предмета: Челюстно-лицевая хирургия

Бухара - 2019 год.

**ИЗГОТОВЛЕН НА ОСНОВАНИИ ПРИКАЗА МИНИСТЕРСТВА
ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

№107 ОТ 1 МАРТА 2017 ГОДА

Составитель: зав. кафедры «Хирургическая стоматология» БухГосМИ

З.К. Рахимов.

Рецензенты:

Ташкентская медицинская академия

Профессор кафедры детской стоматологии д.м.н.: М.З. Дустмухаммедов.

Заведующая кафедрой ортопедической стоматологии Бухарского
Государственного медицинского института: к.м.н., доцент Ф.И. Ибрагимова.

**Обсуждено на заседании учебно-методического совета “__” _____
2019 года Бухарского Государственного медицинского института**

АННОТАЦИЯ

В учебно-методическом комплексе “Челюстно-лицевая хирургия” охвачены теоретические и практические знания основных разделов предмета, восстановительная хирургия органов полости рта, встречающиеся в челюстно-лицевой области опухоли и опухолеподобные образования, заболевания височно-нижнечелюстного сустава, врожденные и приобретенные дефекты и деформации и причины их развития, охватывает их клиническую картину и диагностику, созданы предпосылки для клинического мышления, обоснования признаков заболевания, определения принципов лечения заболеваний для будущего стоматолога общей практики.

Предмет челюстно-лицевая хирургия ознакомливает и учит методам проводимой реабилитации больных, лечившихся в отделении челюстно-лицевой хирургии после выписки их из стационара. В предмете челюстно-лицевой хирургии полностью описаны этиопатогенез, клиническая картина, методы обследования, принципы дифференциальной диагностики, профилактики и методы лечения заболеваний челюстно-лицевой области.

В учебно-методическом комплексе в каждой лекции и практическом занятии разработаны инновационные технологии образования.

Учебно-методический комплекс предназначен для студентов 5-го курса стоматологического факультета, ассистентов, соискателей и научных исследователей медицинского института.

Лекция № 1

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ. ПЛАСТИКА МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ.

Технологическая модель лекционного занятия.

| | |
|-------------------------------------|--|
| Продолжительность занятия - 2 часов | Количество студентов 18 |
| Форма занятия | Лекция |
| Вопросы занятия | Дано в контрольных вопросах |
| Цель учебного занятия | Объяснить студентам цели и задачи, показания и противопоказания к восстановительной хирургии челюстно-лицевой области. |
| Методика преподавания | Мультимедия |
| Форма преподавания | Практическое |
| Средства преподавания | Учебно-методическая разработка, электронные учебники, компьютер. |
| Условия преподавания | Методическое оснащение аудитории |
| Мониторинг и оснащение | |

Технологическая карта лекционных занятий

| Этапы и продолжительность работы | Преподаватель | Обучающиеся |
|----------------------------------|--|---|
| Подготовительный этап (10 минут) | 1. Подготовка учебного содержания по теме. 2. Подготовка демонстрируемых слайдов лекции. 3. Разработать список литературы в изучении предмета. | |
| 1. Введение в лекцию (15 минут) | 1. Знакомит с целью и задачами лекции Цель лекции: Объяснить студентам цели и задачи, показания и противопоказания к восстановительной и пластической хирургии | Слушают Отвечают на заданные вопросы |

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| | <p>челюстно-лицевой области.</p> <p>Задачи лекции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дать понятия о принципах планирования пластических операций в челюстно-лицевой области. Особенности проведения пластических операций в области лица и шеи. 2. Виды восстановительных и пластических операций ЧЛЮ. Методы обследования больных. 3. Подготовка больных к восстановительным и пластическим операциям ЧЛЮ. 4. Задаёт вопросы по теме. <p>План лекции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. История развития восстановительной хирургии челюстно-лицевой области. 2. Показания к восстановительным и пластическим операциям ЧЛЮ. 3. Методы восстановительных операций и показания к различным методам. | |
| 2-основной этап (55 минут) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Объяснение темы, демонстрация слайдов. 2. Пользование плакатами. | <p>Слушают</p> <p>Слушают</p> |
| 4-заключительный этап (10 минут) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Сделать заключительный вывод. 2. Задать самостоятельную работу. 3. Задать домашнюю работу. | <p>Слушают</p> <p>Записывают</p> <p>Записывают</p> |

Содержание лекции

Несмотря на то, что термин “пластическая хирургия” используется чрезвычайно широко, за рубежом изданы многотомные руководства по пластической хирургии, издается большое количество журналов с этим названием, точного определения специальности нет. Больше всего под это название подходит следующее: пластическая хирургия - раздел хирургии, в котором основное место занимают операции на поверхностных тканях тела. Если дефекты кожных покровов туловища и конечностей можно скрыть под одеждой или повязками, то дефекты открытых частей лица скрыть значительно тяжелее, и поэтому исторически сложилось так, что первый опыт пластических операций связан с замещением дефектов лица. Принципы работы с тканями на лице были распространены и на другие отделы тела. Фактически пластическая хирургия стала формироваться в качестве самостоятельного раздела в XX в. после первой мировой войны и окончательно утвердилась в 50-х годах после второй мировой войны. Сложность же определения названия состоит в том, что если под пластикой понимать не только перемещение, но и восстановление ткани на месте дефекта, то очень многие манипуляции в общей хирургии подходят под это название,

например реконструкция пищевода из тонкой кишки, операции на диафрагме, мочеточниках и др.

Таким образом, следует допустить, что имеется в определенной степени искусственное выделение специальности «пластическая хирургия».

Оформление пластической хирургии в качестве самостоятельной дисциплины проходило в основном в 40- 50-е годы нашего столетия в Англии и США, хотя основные принципы ее были изложены в 20-е годы выдающимся английским хирургом G. Gillis. Значительный вклад в пластическую хирургию внесли бывшие советские ученые. Так, В. П. Филатовым, офтальмологом по специальности, предложен не только метод свободной пластики роговицы, но и способ создания пластического материала, так называемого круглого стебля, формируемого из кожи больного, опубликованный им в 1917 г., и только в 1918 г. варианты применения которого описал G. Gillis, не забыв отдать должное В.П. Филатову. Методика закрытия дефектов кожи самым «широким спросом» пользовалась во время Великой Отечественной войны, оказав неоценимую помощь при лечении десятков тысяч раненых воинов. Впервые у хирургов появилась возможность получать почти неограниченное количество пластического материала для воссоздания потерянных тканей путем формирования нескольких стеблей. В связи с тем, что эти операции многоэтапны. требуют специфических расчетов и особенно аккуратной работы при ушивании ран, возникла потребность в хирургах, обладающих специальными навыками.

Коренным образом изменилась ситуация с появлением микрохирургии. Благодаря аутотрансплантации обширных блоков тканей с немедленной реваскуляризацией появилась возможность в короткие сроки за одну-две операции устранить дефекты с более хорошими эстетическими результатами. Дело в том, что после многочисленных миграций круглый стебель менял окраску и восстановленные из него кожные покровы значительно отличались по цвету и плотности от соседних участков кожи. Реваскуляризованные аутотрансплантаты сохраняют естественную окраску, тургор тканей. Кроме того, эти операции из разряда нудных, многоэтапных, с сомнительным конечным исходом, ожидание которого нередко затягивалось на годы, превратились в изящные, высокоэффективные, порой поражающие воображение хирургические действия.

Достаточно часто аналогичный результат можно получить и без микрохирургической операции, за счет перемещения к области дефекта сложного кожного лоскута на сосудистой ножке. Нужно лишь хорошо знать анатомическое строение поверхностных слоев тела с учетом их ангиоархитектоники и формировать ткани в зоне разветвления конечных ветвей артерий. Оказалось опровергнутым основное правило пластической хирургии: миграция тканей при условии сохранения их жизнеспособности возможна лишь при соотношении длины к ширине 2:1. Установлено, что выживаемость перемещаемого лоскута зависит не столько от ширины его ножки, сколько от включения в него сосудистой сети с конечным разветвлением ветвей (ангиосомов). Обнаруженное ангиосомное строение тканей, позволило изменить подход к восстановительным операциям. Впервые в хирургии появилась возможность получения достаточного количества пластического материала из неповрежденных участков тела закономерности осевого кровообращения практически во всех сегментах тела следует признать завершающим этапом многовековой истории развития и формирования пластической хирургии как специальности.

Основные этапы связаны в основном с восстановлением наружного носа и по

названию страны, в которой они применялись, получили название индийский, итальянский, французский и русский методы. Индийским назывался способ формирования носа со лба, применявшийся еще до нашей эры, итальянским из кожно-жировой ленты с внутренней поверхности плеча (XV -- XVI вв.), французским из тканей щек (XVIII -XIX вв.). Предложенный В. П. Филатовым круглый стебель наиболее интенсивно использовался в России. Ф. М. Хитров разработал различные варианты восстановления тканей лица и носа с помощью стебля, и этот вариант получения пластического материала и способы его применения получили название русского метода.

Развитие же микрохирургии и учения об осевом кровообращении ткани способствовало созданию более цельного подхода к восстановительным операциям. Фактически не существует разницы в аутотрансплантации блока тканей, например, из паховой области на боковые отделы лица или на верхнюю конечность. Техника забора пластического материала и фиксация его на реципиентом участке практически идентична, за исключением небольших деталей. Для воссоздания более сложных анатомических структур носа, верхней челюсти, неба требуется не только стереоскопическое мышление, но и умение учитывать многочисленные, не всегда сразу явные, функциональные нарушения, связанные с утратой какой-либо части лица и полости рта. Поэтому, несмотря на кажущуюся похожесть восстановительных операций на лице и конечностях, в действительности между ними существует серьезное различие. Малейшее несоответствие в формировании желобка красной каймы верхней губы у пациентов с расщелиной, незначительная дистопия крыла носа сразу заметны окружающим и способны вызвать тяжелые страдания у пациента, независимо от его пола. Грубые, широкие рубцы на теле большинством мужчин и некоторыми женщинами воспринимаются достаточно спокойно. Нарушение функции одной из 14 парных мимических мышц серьезнее травмирует психику человека, чем утрата нескольких пальцев или ограничение движения в каком-либо суставе конечностей. Следовательно, хирург, занимающийся общими вопросами пластической хирургии, должен уделять особое внимание анатомо-функциональным и эстетическим особенностям лица, т. е. следует признать необходимость специального обучения по данному разделу.

Из пластической хирургии отдельно выделилась эстетическая хирургия, которая имеет свои не только профессиональные особенности.

Несмотря на все указанное выше, следует признать, что термин «пластическая хирургия», как правило, не может применяться изолированно. Крайне редко возникает необходимость восстановления или исправления только мягких тканей. Значительно чаще приходится восстанавливать анатомические зоны, включающие в себя кости и хрящи, т. е. речь идет о реконструкции (восстановлении) утраченного органа. Поэтому понятия «пластическая и реконструктивная хирургия» фактически неотделимы друг от друга. Нельзя провести эстетическую операцию по уменьшению размеров носа, не проведя остеотомию костей и хрящей носа, точно так же для изменения формы различных отделов лица приходится перемещать кости лица и челюстей. Пациента не интересуют технические детали проведения улучшающей внешность операции, ему важен конечный результат. И здесь для человека, решившегося на оперативное исправление недостатков, важно знать, к какому специалисту обратиться. Очевидно, что небольшие, малотравматичные операции может выполнить хирург, специализирующийся на эстетических операциях, однако более полно оценить истинное состояние лица пациента способен лишь челюстно-лицевой хирург,

имеющий равноценный опыт в реконструктивной и эстетической хирургии. Подавляющее большинство известных специалистов в области пластической и реконструктивной хирургии в развитых странах Европы и Америки являются одновременно и ведущими специалистами в эстетической хирургии.

Принципы планирования пластических операций на лице и шее. Особенности техники проведения операций на мягких тканях

Деформации и дефекты открытых частей лица тяжело отражаются на психическом состоянии пациента. Люди, вынужденные носить защитные повязки, испытывающие затруднения при контакте с окружающими и во время приема пищи, становятся раздражительными, часто замыкаются в себе, «уходят» в болезнь. Особенно травмирует больных невозможность членораздельной речи, необходимость прибегать к письменному объяснению желаний. Находясь в состоянии постоянного напряжения, они легко выходят из равновесия, активно демонстрируя свое недовольство непонятливостью окружающих. Поскольку пластическую операцию врач производит больному, причем процесс восстановления утраченной ткани иногда продолжается длительное время, растягиваясь на несколько этапов, то прежде всего должно быть надежное взаимное сотрудничество между врачом и пациентом. Искусство хирурга оценивается по объективно регистрируемым критериям — краткости восстановительного периода, функциональным и косметическим результатам, степени участия пациента. Последняя не поддается точным подсчетам, она во многом субъективна, но нередко приобретает решающее значение. У любого хирурга, длительное время занимающегося восстановительными операциями, имеется печальный опыт послеоперационных осложнений, происшедших по вине больного. Сюда относятся и случаи отрыва филатовского стебля, вторичный некроз пересаженных тканей из-за передавливания их при неправильном положении тела во сне, инфицирование из-за несоблюдения осторожности в период между перевязками и др. Всего этого можно избежать, если поставить пациента в известность о характере операций, их количестве и продолжительности, а также результатах промежуточного лечения. Если пациент будет знать, что перемещенная на область дефекта ткань вначале будет избыточна, выступать над поверхностью кожных покровов, но в последующем это различие удастся нивелировать хирургическим путем, он с большим пониманием воспримет промежуточный результат операции. Больной должен представлять себе, какая деформация может возникнуть на донорском участке и осознанно согласиться на выбор зоны формирования пластического материала с учетом эстетических и функциональных нарушений. Практически всегда у хирурга имеется несколько возможностей проведения пластической операции. Пациента следует в общих чертах ознакомить с их особенностями. Например, мягкотканый дефект, образующийся после иссечения кожи с подлежащими структурами может быть устранен за счет свободной пересадки кожи аутотрансплантации ткани с реваскуляризацией, применения филатовского стебля. Первый способ самый простой и надежный, но он не позволит восстановить контуры поверхности и, останется углубление, возможна пигментация или восстановление прежней окраски при обширных невусах и гемангиомах. Аутотрансплантация многослойной ткани с применением микрососудистой техники не имеет указанных недостатков и может быть выполнена в один этап, однако возможны некрасивые рубцы в донорской зоне, всегда имеется риск неудачи, и в этом случае возникает необходимость проведения новых операций. Устранение дефекта с помощью филатовского стебля можно провести с наименьшими потерями (сформировать стебель в косметически закрытых зонах

паховая область, внутренняя поверхность плеча), но процесс лечения длительный, сопряжен с вынужденным положением для больного. Разумеется, окончательное решение остается за хирургом, так как он учитывает соматическое состояние больного, возможность его перенести сложную операцию, определяет характер повреждения окружающих дефект тканей и т.д. Однако при обсуждении с пациентом способа пластики он должен побудить его, соответственно расставляя акценты, согласиться с планом т. е. сделаться соучастником лечения. Иногда, впрочем, при категоричной приверженности больного к какому-то, не самому эффективному, но достаточно удовлетворительному способу улучшения эстетического или функционального результата не следует переубеждать пациента и выполнить операцию ограниченного объема. Важно помнить, что имеется три категории людей, оценивающих результаты восстановительного лечения. Наименее строгий судья как правило, хирург, который знает объективные возможности методов реконструкции и бывает удовлетворен, если удалось воссоздать форму и функцию утраченного участка. Как ни странно, но больной зачастую также не самым придирчивым образом воспринимает результаты лечения, так как за время нахождения в стационаре ознакомился с аналогичными деформациями у других пациентов и прямо или косвенно осознал реальность конечного результата лечения.

Основное правило реконструктивной хирургии - восстановление отсутствующих тканей и органов подобными тканями. Для достижения наилучших функциональных и анатомических результатов каждый участок дефекта необходимо детально изучить для оценки не только выступивших качественных изменений, но и количественного измерения дефекта каждой ткани. Кожа со следами лучевого повреждения, несмотря на видимую жизнеспособность, является сомнительным пластическим материалом и во многих случаях должна быть иссечена. В. С. Дмитриева и А. Н. Алексеева (1985), изучавшие состояние кровообращения поверхностных тканей у облученных пациентов методом нанесения жидких кристаллов, установили, что фактические границы дегенеративных изменений превышают определяемые визуально. Они указывают, что плохая васкуляризация этих областей служит препятствием к прорастанию сосудов в пересаженные стебельчатые лоскуты.

По другому, однако, можно подходить к данной проблеме, если планировать перемещение в эту зону тканей с независимым от нее кровоснабжением. Если атравматично подготовить воспринимающую поверхность можно сохранить практически все мягкие ткани, а через некоторое время констатировать заметное улучшение их цвета и тургора в результате прорастания сосудов из хорошо васкуляризованного пластического материала.

Особенно сложно планировать восстановительную операцию у больных со злокачественной опухолью. В настоящее время четко прослеживается тенденция одномоментного пластического возмещения удаленной опухолевой ткани. Хирург при этом должен решать одновременно две разные задачи - полноценно удалить опухоль и максимально полно закрыть дефект. В идеальном варианте операции лучше проводить разным специалистам: онколог, не думая о возможном дефиците пластического материала спокойно удаляет опухоль в надлежащих пределах, затем к операции подключается хирург широко владеющий приемами пластики и устраняет дефект. В действительности это положение выполнить сложно: операция чаще выполняется одним человеком, от которого, тем не менее, следует требовать высокой квалификации в обоих разделах хирургии.

И все же следует признать, что, несмотря на техническую сложность, аутотрансплантация тканей с восстановлением в них кровообращения серьезно упростила способы планирования и расчета пластического материала. При работе с круглым стеблем, а иногда и несколькими сразу хирург должен был обладать незаурядным пространственным мышлением, чтобы рассчитать все этапы перемещения стебля в расположения его рубца. Были предложения даже использовать «чемоданную ручку» для подтверждения умозрительных построений расположения стебля. Особенно сложен был последний этап, на котором реализовывалась многомесячная подготовительная работа и происходило фрагментирование бесформенного материала для воссоздания утраченных многомерных образований. Существовало и твердое правило: при обширных комбинированных дефектах вначале в полном объеме восстанавливаются мягкие ткани, т. е. создается «футляр», и затем, как правило, с годичным интервалом, пересаживалась кость. Появление артериализированных лоскутов позволило одномоментно восстанавливать сразу несколько структур без промежуточных этапов. Отпадает необходимость стереометрических расчетов, все сводится к плоскостным решениям. Достаточно определить при перемещаемой ткани и условия реципиентной зоны.

Планирование восстановительной операции у больных со сложными, сочетанными дефектами нескольких анатомических образований лица требует значительно более глубокого расчета вариантов.

В ведущих клиниках мира для этой цели используют компьютер содержащий соответствующий банк данных. Последовательность рассуждений в планировании лечения определяется необходимостью восстановления функции, анатомической формы и эстетики лица.

Разбирая первое положение, следует во время анализа дефекта выявить все причины, приводящие к нарушению функции, в частности, обнаружить рубцовые сращения и смещения тканей, препятствующие открыванию рта, носовому дыханию, бинокулярному зрению, проглатыванию пищи, речеобразованию и др.; рассчитать размеры и формы раневой поверхности, которая образуется после устранения этих препятствий и установления сохранившихся отделов в правильное положение, вычислить количество ткани, потребное для воссоздания анатомической формы утраченного органа. Иногда наблюдается несоответствие между количеством ткани, необходимым для восстановления анатомической формы и эстетических пропорций и количеством, нужным для правильной функции. Если, формируя щеку при тотальном дефекте, мы просто удвоим количество ткани для образования внутренней и наружной выстилки при закрытом рте, открывание его будет нарушено. Восстановленные ткани щеки неспособны растягиваться и сокращаться, поэтому оценку формируют при максимально открытом рте. Во время закрывания рта, однако, образуется заметное выбухание тканей, неблагоприятное с эстетической точки зрения, но функция всегда должна быть на первом месте.

Местная пластика

Пластика местными тканями на лице имеет ряд достоинств. Главным из них является использование для целей пластики тканей, однородных по цвету, тургору, толщине, что обеспечивает наилучший эстетический результат. Кроме того, операция является одноэтапной при правильно составленном ее плане и атравматичной технике и, как правило, завершается гладким послеоперационным течением с заживлением раны первичным натяжением и образованием нежных малозаметных рубцов.

В пластике местными тканями различают пластику встречными треугольными лоскутами, пластику ротационными лоскутами, пластику лоскутом на одной ножке и пластику на сосудистой ножке.

Местная пластика встречными треугольными лоскутами

Теоретическое обоснование и объективизация метода осуществлены А.А. Лимбергом в двух его монографиях (1946. 1963).

Метод основан на перераспределении, растяжении и сокращении тканей при выкраивании и перемещении встречных треугольных лоскутов. Треугольные лоскуты формируют тремя одинаковой длины разрезами, среди которых различают средний разрез и два боковых, проведенных под определенными углами от концов среднего разреза. Треугольные лоскуты могут быть с одинаковыми углами (симметричные треугольные лоскуты) и с неодинаковыми (несимметричные треугольные лоскуты). В треугольные лоскуты включают кожу и подкожную жировую клетчатку. Перемещение отслоенных от подкожной фасции треугольных лоскутов сопровождается приростом тканей в направлении среднего разреза и их убылью по направлению линии, соединяющей концы боковых разрезов. Прирост и убыль тканей при перемещении симметричных треугольных лоскутов одинаковы по величине и равномерно распределяются в направлении концов среднего и боковых разрезов.

Применение симметричных встречных треугольных лоскутов возможно при наличии одинаковых запасов подвижных тканей около укороченного рубца.

Перемещение треугольных лоскутов в несимметричной фигуре сопровождается неодинаковой подвижностью лоскутов и неодинаковым по величине приростом и убылью тканей на концах разрезов фигуры. Например, в фигуре с углами 30° 90° подвижным является лоскут с острым углом, убыль тканей в основном сосредоточивается в области, где выкроено основание лоскута, а прирост тканей произойдет главным образом в участке, куда будет перемещено основание этого лоскута с острым углом. Отсюда следует, что несимметричные фигуры встречных треугольных лоскутов находят применение при неодинаковых, чаще односторонних запасах подвижных тканей.

Математические расчеты А.А. Лимберга показали, что прирост тканей в направлении среднего разреза возрастает по мере увеличения углов встречных треугольных лоскутов. Следует помнить, что выкраивание и перемещение встречных треугольных лоскутов приводят к сопутствующим конусовидным изменениям рельефа поверхности, которые становятся заметными, когда величина углов лоскутов превышает 90-100. При меньшей величине углов встречных треугольных лоскутов конусовидные изменения не выявляются из-за эластичности нормальной кожи.

Местная пластика встречными треугольными лоскутами на лице и шее применяется по следующим показаниям:

- 1) для встречного обмена тканей;
- 2) с целью удлинения в направлении среднего разреза;
- 3) для замещения явных и скрытых дефектов лица и шеи.

Встречный обмен тканей производят, используя симметричные треугольные лоскуты с углами в пределах от 30- 30 до 45-45". Такие лоскуты применяют для исправления положения наружного отдела брови, углов век и губ, а также с целью создания благоприятных условий для заживления вялогранулирующих ран, слонных свищей. Удлинение по линии среднего разреза в этих фигурах невелико и не имеет практического значения.

Удлинение в направлении среднего разреза фигуры встречных треугольных лоскутов достигает значительных величин при углах 60 , 75-75", 30-90 и 45 90 без выявления конусовидных изменений поверхности. При устранении укороченных кожных рубцов после ожогов и механических повреждений на лице, шее, пальцах кисти положительный результат может быть усилен применением нескольких фигур встречных треугольных лоскутов.

В зависимости от запасов подвижных тканей около рубцов фигуры встречных треугольных лоскутов могут быть симметричными и несимметричными и расположены последовательно друг за другом вдоль рубца. При резко укороченных или множественных рубцовых тяжах наиболее полно запасы подвижных тканей удастся использовать при сочетании фигур встречных треугольных лоскутов, когда средний или один из боковых разрезов фигур является общим.

При планировании операции устранения контрактуры шеи, вызванной множественными рубцовыми тяжами, надлежит учитывать физиологические особенности кожи различных ее отделов. При движении головы назад и в стороны наибольшему растяжению подвергается кожа верхнего отдела шеи выше уровня перстневидного хряща. В связи с этим, используя запасы подвижных тканей в боковых отделах шеи, наибольший прирост тканей следует сосредоточить в верхнем ее отделе. Пластика встречными треугольными лоскутами при лечении контрактур шеи может быть многоэтапной, так как по мере увеличения объема движений в шейном отделе позвоночника после первой операции выявляются новые тяжи и определяются новые запасы подвижных тканей даже в тех же местах, где они были использованы при предыдущей операции.

Замещение дефектов лица пластикой фигурами встречных треугольных лоскутов. Наибольшее распространение для устранения рубцовой недостаточности и при замещении несквозных дефектов век и губ нашли несимметричные фигуры встречных треугольных лоскутов.

При пластике нижнего века используют фигуры, в которых треугольный лоскут с острым углом выкраивают на верхнем веке, в височной области или на щеке. Для предотвращения отставания края нижнего века от глазного яблока основание узкого треугольного лоскута следует располагать на 6-10 мм выше уровня наружного угла глазной щели. Второй боковой разрез фигуры пластики располагают параллельно свободному краю века.

Для замещения рубцовых тканей губ и устранения выворота слизистой оболочки известна пластика несимметричными фигурами встречных треугольных лоскутов, при которой узкий треугольный лоскут выкраивают в области одной или двух носогубных борозд и перемещают в дефект мягких тканей, образовавшийся после иссечения рубцов и устранения выворота слизистой оболочки губы.

Иссечение на лице, голове и шее ограниченных сосудистых и пигментных пятен, доброкачественных опухолей и рубцов приводит к возникновению дефектов различной формы. Простое сближение краев не всегда может быть применено из-за опасности вызвать искажение формы соседних отделов лица. Традиционным является закрытие дефекта лоскутом на ножке, соответствующим по величине и форме дефекту.

А.А.Лимберг теоретически обосновал и внес элементы объективности в планирование операции замещения дефектов с учетом принципов пластики встречными треугольными лоскутами.

Закрытие дефекта ромбовидной формы. Оно основано на применении несимметричной фигуры встречных треугольных лоскутов с углами 60- 120', наложенной на край дефекта. Длина составляющей части разреза фигуры равна длине короткой диагонали, продолжением которой является средний разрез фигуры пластики. Закрытие дефекта перемещенными мобилизованными тканями происходит двумя путями: одна половина дефекта закрывается простым сближением краев раны, а вторая перемещением равностороннего треугольника с углом 60 у вершины. При планировании операции замещения дефекта важно учитывать все четыре варианта расположения фигуры пластики с углами 60 120 и выбрать из них наиболее подходящий для конкретного больного.

Закрытие дефекта круглой формы.

Для закрытия дефекта круглой формы план операции можно строить с учетом нескольких вариантов.

1. Закрытие дефекта планируется по типу замещения дефекта ромбовидной формы, тогда дефект круглой формы располагается в центре ромба и диаметр круга совпадает с короткой диагональю ромба. В этом случае выкраивается одна фигура встречных треугольных лоскутов с углами 60- 120 при длине составной части разреза, равной длине диаметра дефекта круглой формы и короткой диагонали ромба.

2. Закрытие круглого дефекта планируется по типу замещения вписанного в него правильного шестиугольника. Шестиугольник делят на три сектора в виде ромбов и замещение каждого из них планируют фигурой с углами 60-120° при длине составной части, равной радиусу круга.

Возможно замещение круглого дефекта применением двух фигур с углами 60 120, третья часть изъяна может быть закрыта простым сближением краев раны в выгодном направлении.

Местная пластика ротационными лоскутами

Ротационными называют лоскуты, применяемые для замещения дефектов лица и перемещаемые к дефекту посредством вращения-ротации ножки лоскута. Ю. К. Шимановский (1865) в своей монографии приводит схемы таких лоскутов, рассчитанных на замещение дефектов треугольной формы щек и век. Позднее способ ротации тканей нашел применение при использовании запасов подвижных тканей в поднижнечелюстной, заушной области и на шее. Объективные критерии для планирования таких операций отсутствовали.

А. А. Лимберг (1963) предложил строить план операции на основе приема пластики перемещением краев раны с боковым надрезом на конце разреза. Такой угловой разрез, названный им «разрез кочерги», позволяет удлинить край раны и передвинуть его на расстояние, вдвое превышающее длину бокового надреза. Следовательно, при замещении изъяна треугольной формы длина бокового углового разреза должна быть равна половине длины основания треугольного дефекта. При перемещении тканей щеки угловой разрез целесообразно расположить в поднижнечелюстной области. Перемещение мягких тканей при таком приеме обычно выявляет некоторое несовпадение краев раны: наружный ее край бывает несколько длиннее внутреннего. В связи с этим планом должно быть предусмотрено укорочение наружного края раны иссечением куса кожи треугольной формы.

Использование ротационных лоскутов, выкроенных перед ушной раковиной и в заушной области, позволяет заместить обширные дефекты кожных покровов щеки. При недостатке запасов местных тканей донорские поверхности могут быть замещены пересадкой расщепленных кожных трансплантатов.

Местная пластика лоскутом на сосудистой ножке

Первоначальным типом таких операций, которые за рубежом называют типом Сабаттини -Эстландера, являлась пластика клиновидным лоскутом, выкроенным из боковой части одной губы во всю толщу. Ножка лоскута образована за счет красной каймы губы, в которой проходит губная артерия. Лоскут на этой ножке перемещают в дефект другой губы. Модификацией этого типа лоскута является лоскут, предложенный R. Abbe, который в 1898 г. подробно описал технику операции; под его именем этот способ пластики известен в отечественной литературе. Показанием к этой операции является частичный центральный дефект верхней губы или ее сужение и укорочение, возникшее после глубоких ожогов, механических повреждений или как следствие неудачных операций при двусторонней расщелине верхней губы.

G. H. Monks (1898) предложил перенести островок кожи лба на скрытой артериальной ножке для создания верхнего века. Позднее J. F. Esser (1918) более детально разработал метод и ввел в литературу название «артериальные лоскуты», или лоскуты на биологической ножке. Ф. Буриан (1967) биологические, или артериализированные, лоскуты определяет как выкроенные куски кожи на ножке, образованной нейрососудистым пучком. Он полагает, что довольно большие лоскуты можно выкраивать на лбу, виске, темени, в области поверхностной височной артерии; лоскуты меньших размеров - на надблоковой и надглазничной артериях.

В настоящее время нашла распространение пластика лоскутом на сосудистой ножке при перемещении лоскутов во всю толщу с одной губы на другую и перемещение на скрытой сосудистой ножке лоскута волосистой кожи головы в дефект брови. Операция показана при дефектах бровей после глубоких ожогов и механических повреждений. Она состоит в перемещении на место отсутствующей брови островка волосистой кожи из височно-теменной области на сосудистой ножке. Сосудистая ножка включает поверхностную височную артерию, сопровождающие ее вены и небольшое количество окружающей их подкожной жировой клетчатки. Успех операции определяется знанием топографии сосудов височной области, правильным проведением анестезии и атравматичной техникой при выделении сосудисто-нервного пучка и проведение его через туннель в подкожной жировой клетчатке к изъяну брови.

Причинами неудач при этой операции могут быть травма сосудистого пучка при его выделении, недостаточное выделение основания сосудистой ножки, что при повороте ее в туннель вызывает натяжение и сжатие просвета сосудов.

Местная пластика лоскутом на одной ножке

Лоскут на одной ножке представляет участок кожи с подкожной жировой клетчаткой, выкраенный таким образом, что связь его с окружающей кожей сохраняется через неширокий мостик, называемый ножкой лоскута.

Лоскут на одной ножке на лице применяют для замещения дефектов и рубцово-измененных тканей, используя при этом запасы подвижных тканей вблизи дефекта. Лоскут на ножке выкраивают в соответствии с величиной и формой дефекта и перемещают в область дефекта поворотом ножки лоскута на различные углы, чаще от 60- 70 до 180°.

Представлению «пластика лоскутом на одной ножке» соответствуют фигуры пластики, где активный лоскут с острым углом α перемещается на угол, равный или превышающий $90 + \frac{\alpha}{2}$. Именно при таких соотношениях углов лоскут с широким основанием остается неподвижным, а перемещается лишь узкий лоскут.

При меньших величинах углов широких лоскутов имеет место встречный, но неодинаковый по величине обмен лоскутов, соответствующий представлению о пластике несимметричными фигурами встречных треугольных лоскутов.

При составлении плана операции пластики лоскутом на ножке учитывают направление крупных артериальных и венозных кровеносных сосудов, рельеф лица. Это позволяет при выкраивании лоскута избежать повреждения ветвей крупных сосудов и создать условия для образования малозаметного послеоперационного рубца.

Пластика лоскутом на одной ножке осуществляется в наиболее выгодных условиях, когда в ножку лоскута включаются концевые артерии: например, при ринопластике лоскутом со лба. лоскут на одной ножке на лице и шее допустимо выкраивать при соотношении ширины ножки лоскута к его длине как 1 :3.

Питание лоскута на ножке, включающего кожный покров и подкожную жировую клетчатку, после его перемещения поддерживается через ножку лоскута, но уже в ближайшие часы начинает восстанавливаться и через новые соустья на месте соприкосновения раневых поверхностей. Грубое механическое воздействие, сдавливание или натяжение тканей лоскута, в особенности в области его ножки, приводит к затруднению оттока в притока крови, что вызывает гибель лоскута. При перемещении лоскута в область дефекта происходит поворот ножки на различные углы. Надлежит учитывать, что поворот лоскута на угол, превышающий 85-90°, сопровождается искажением формы поверхности: у ножки лоскута образуется выпуклый бугорок стоящий конус по теории А.А. Лимберга. Искажения поверхности можно избежать, выбирая меньший угол поворота ножки лоскута. В тех случаях, когда использование запасов подвижных тканей делает необходимым поворот ножки лоскута на угол более 90°. выпуклый бугорок-конус - можно устранить после приживления лоскута. Для этого иссекают вершину бугорка веретенообразным разрезом или исправляют пластикой несимметричной фигурой встречных треугольных лоскутов.

Список литературы:

- основная

1. Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология» М., 2001 г.
2. Бернадский Ю.И. «Основы хирургической стоматологии», Киев, 2000 г.
3. Неробеев А.И., Плотников Н.А. «Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области» М., 1997 г.

- дополнительная

1. Золтан Я. «Пересадка кожи». Перевод с венгерского М.1987 г.
2. Рузин Г.П., Бурых М.П. - Основы технологии операции в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - Харьков, 2000.
<http://www.kushaem.ru/book>.
3. William H Bell Surgikal Correction of Dentofacial Deformitits. Volume III – pages 1 – 744, 1985.
4. Информация полученная из сайтов интернета:
www.dental-revue.ru, www.e-stomatology.ru, www.dentalyug.ru,
www.stomatolog.com.ua

Лекция № 2

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. ПЛАСТИКА СТЕБЛЕМ ФИЛАТОВА. ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ МИКРОХИРУРГИИ.

Технологическая модель лекционного занятия.

| | |
|------------------------------------|---|
| Продолжительность занятия - 2 часа | Количество студентов 18 |
| Форма занятия | Лекция |
| Вопросы занятия | Дано в контрольных вопросах |
| Цель учебного занятия | Ознакомление студентов методами восстановительной хирургии челюстно-лицевой области с помощью стебля Филатова и микрохирургии |
| Методика преподавания | Мультимедия |
| Форма преподавания | Практическое |
| Средства преподавания | Учебно-методическая разработка, электронные учебники, компьютер, телевизор. |
| Условия преподавания | Методическое оснащение аудитории |
| Мониторинг и оснащение | |

Технологическая карта лекционного занятия

| Этапы и продолжительность работы | Преподаватель | Обучающиеся |
|----------------------------------|---|---|
| Подготовительный этап (10 минут) | 1. Подготовка учебного содержания по теме. 2. Подготовка демонстрируемых слайдов лекции. 3. Разработать список литературы в изучении предмета. | |
| 1. Введение в лекцию (15 минут) | <p>1. Знакомит с целью и задачами лекции</p> <p>Цель лекции:</p> <p>– Ознакомление студентов с методами восстановительной хирургии челюстно-лицевой области путем применения стебля Филатова и микрососудистой хирургии.</p> <p>Задачи лекции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дать студентам понятия о преимуществах и недостатках, этапах формирования стебельчатого лоскута Филатова. 2. История микрососудистой хирургии и её значение. Техника и оборудование, используемые в микрохирургии. 3. Показания к применению микрохирургии в челюстно-лицевой области. <p>План лекции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Показания и противопоказания к применению Филатовского стебля. Положительные и отрицательные стороны метода. 2. Микрохирургия-использование её в хирургии лица и челюстей. Особенности методов и операций. | Слушают Отвечают на заданные вопросы |
| 2-основной этап (55 минут) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Объяснение темы, демонстрация слайдов. 2. Пользование плакатами. | Слушают Слушают |
| 4-заключительный этап (10 минут) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Сделать заключительный вывод. 2. Задать самостоятельную работу. | Слушают Записывают |

| | | |
|--|----------------------------|------------|
| | 3. Задать домашнюю работу. | Записывают |
|--|----------------------------|------------|

Содержание лекции

Пластика стебельчатым лоскутом

Впервые метод был опубликован в 1917 г. в «Вестнике офтальмологии» № 4-5 в статье В.П. Филатова «Пластика на круглом стебле». Стебельчатый лоскут был применен 09.09.16 г. для первичного замещения дефекта нижнего века, возникшего после удаления раковой опухоли. В этой статье автор писал, что, применяя круглый стебель для устранения дефекта века, он усмотрел новый принцип пластики, который может быть применен на любом участке тела.

В настоящее время стебельчатый лоскут Филатова получил самое широкое признание и применение во всех странах мира. Практические хирурги получили возможность замещать дефекты лица любого размера и локализации.

Стебельчатый лоскут имеет ряд положительных качеств и выгодно отличается от других способов пластики. Одним из них является его хорошая приживляемость даже в тех местах, где ткани значительно изменены рубцами. Больше того, стебельчатый лоскут оказывает благотворное влияние на рубцовую ткань, способствуя ее размягчению и улучшению внешнего вида. Приживленные к краям дефекта ткани стебля, сохраняя и перемещая в нормальные анатомические границы смещенные и деформированные ткани, устраняют перерастяжение их, восстанавливают нормальное кровообращение и значительно расширяют кровеносную и лимфатическую сеть. Как справедливо отметил Ф. М.Хитров (1948) это резко улучшает местные обменные процессы. Пожалуй, самым неоценимым свойством стебля является то, что он может быть заготовлен практически на любом участке тела и перемещен к месту дефекта без значительного нарушения кровообращения на этапах миграции.

Выбор места и методики формирования стебля. Выбор места для образования стебля зависит от ряда факторов, среди которых основными являются следующие: величина дефекта, цвет кожи и наличие волос, косметические соображения, естественные запасы кожи. При этом следует учитывать и удобство перемещения стебля к месту дефекта с целью уменьшения этапов миграции.

При замещении обширных дефектов лица, требующих значительного количества пластического материала, для образования стебля наиболее удобна боковая поверхность живота. В этом месте имеются большие запасы кожи и подкожной клетчатки. При сильно выраженном волосяном покрове на коже живота и потребности в стебле больших размеров его можно образовать на боковой поверхности груди параллельно ребрам. Небольшой стебель можно сформировать на внутренней поверхности плеча или предплечья. От образования стебля на шее, особенно у женщин, следует воздержаться по косметическим соображениям. Не следует формировать стебельчатые лоскуты в области суставов, так как образующиеся рубцы в дальнейшем могут значительно ограничить подвижность конечности. Стебель со спины не получил широкого применения из-за трудности перемещения к месту дефекта и положения в послеоперационном периоде, неудобного для больного.

Естественные запасы тканей на месте формирования стебля определяют, захватывая складку кожи двумя пальцами. Этим способом устанавливают максимальную ширину кожно-жировой ленты, которую можно иссечь на данном участке тела. При формировании стебля кожно-жировую ленту выкраивают так, чтобы отношение длины к ширине было 3:1. Такое соотношение обеспечивает достаточное питание стебля как непосредственно после его формирования, так и при переносе одной из ножек на новое место. При образовании ускоренного стебля, когда одну ножку сразу же переносят на новое место, отношение длины к ширине должно составлять 2:1.

Пластика стебельчатым лоскутом показана при обширных и сквозных дефектах лица. При планировании операций с использованием стебля очень важно определить необходимое количество пластического материала. Это особенно важно, когда требуется воссоздать сразу несколько органов лица. В этих случаях перед началом восстановительных операций необходимо провести тщательный анализ дефекта. Этот анализ включаем в себя как объемное представление о дефекте, так и подсчет суммарной площади потери покровов кожи и слизистых оболочек. Площадь дефекта слизистых оболочек, как правило, приравнивается к площади дефекта кожного покрова. Кожная поверхность стебля с учетом потери тканей во время этапов пластики, по нашим данным, должна быть примерно на 15-20% больше площади замещаемого дефекта.

Таким образом, предварительное поэтапное планирование включает как определение количества пластического материала, очередность восстановления утраченных органов, так и подготовку тканей краев дефекта. Важное течение в планировании восстановительных операций имеет рациональный выбор первичного места вшивания стебля, чтобы последний как можно более анатомично вписался в общую конфигурацию лица.

Из всех существующих методов формирования стебля наиболее часто применяют классический метод, предложенный В.П.Филатовым. Формирование стебля начинают с выкраивания кожной ленты необходимой длины и ширины. Ее ширина может быть от 2 до 10 см, длина - от 5 до 40 см

Отметив на коже необходимые размеры (обязательно до обезболивания), производят два параллельных разреза, рассекая только кожу. По сокращению кожи рассекают подкожную жировую клетчатку. Если для пластики необходимо много жира, то подкожную жировую клетчатку берут во всю ее толщину до фасции. В этом случае отслойка жирового слоя от фасции может быть произведена тупым инструментом. У тучных больных приходится расслаивать клетчатку и брать только необходимую толщину.

При расслоении нужно следить, чтобы толщина жировой клетчатки на всем протяжении была одинаковой. С целью предупреждения нарушения кровоснабжения стебля не следует производить отслойку жировой клетчатки за пределы концов ленты. Включить в состав стебля фасцию, как показывает опыт большинства клиник, нет необходимости.

После образования кожно-жировой ленты на двух питающих ножках мобилизуют края раны на донорском участке и производят тщательный гемостаз. На донорский

участок (у основания ножек и в центре) накладывают три направляющих шва шелком, после чего кожно-жировую ленту свертывают в стебель и наглухо зашивают. Если ширина выкроенной ленты превышает ширину складки кожи, которая свободно собирается между двумя пальцами, то при сшивании краев раны на донорском участке возникает значительное натяжение. В этих случаях наносят послабляющие разрезы или закрывают дефект свободной пересадкой расщепленного кожного трансплантата. Наиболее трудным моментом операции образования стебля является наложение швов под ножками стебля, особенно при значительном натяжении тканей. Операция образования стебля заканчивается наложением повязки.

Во избежание мацерации стебля от соприкосновения с донорским участком под него подводят марлевые салфетки в три-четыре слоя. По обе стороны от стебля располагают ватно-марлевые валики, которые предохраняют его от сдавления. Стебель покрывают легкой повязкой из двух-трех слоев марли и укрепляют ее клеолом или пластырем. Как правило, стебель не бинтуют из-за опасности его сдавления. Стебельчатые лоскуты могут быть сформированы с тремя или четырьмя ножками. Такие стебли носят название многолопастных и применяются в основном при пластике носа. Одной из разновидностей стебельчатого лоскута является прерывистый стебель, имеющий промежуточные питающие ножки, прерывистый стебель применяют в тех случаях, когда требуется получить жизнеспособный длинный стебель. В настоящее время для получения большого количества пластического материала преимущественно пользуются несколькими стеблями.

За последние годы предложены и разработаны новые методы формирования стеблей, получивших название плоских. В основе образования плоских стеблей положена комбинированная кожная пластика.

В 1956 г. А. К. Тычинкина предложила закрывать раневую поверхность стебля и материнского ложа свободными кожными трансплантатами. Эта идея в последующем нашла многих сторонников [Хитров Ф.М., 1966; Чудаков О. П., 1972. и др.]. В 1976 г. В.С. Бондарь описал оригинальный способ формирования плоских ромбовидных стеблей, где внутренняя поверхность лоскута создавалась за счет выкраивания двух треугольных лоскутов. Суть модификации сводится к следующему. На соответствующем участке кожи намечают мостовидный лоскут необходимой длины и ширины. С обеих сторон этого лоскута выкраивают два треугольных лоскута. Основание этих треугольных лоскутов равно ширине мостовидного лоскута, после отсепаровки кожи с включением необходимой толщины подкожной жировой клетчатки, треугольные лоскуты подворачивают под мостовидный лоскут и сшивают между собой. Таким образом, получается уплощенная форма стебля с удвоенной кожной поверхностью. Рана на материнской почве закрывается местными тканями, а основная ее часть покрывается свободным кожным трансплантатом.

Плоские эпителизированные лоскуты нашли применение при замещении сквозных дефектов лица, неба и особенно глотки и шейной части пищевода.

В послеоперационном периоде из-за значительного натяжения кожи, особенно под ножками стебля, иногда имеют место мацерация и расхождение швов с последующим заживлением раны вторичным натяжением. В основу наиболее рациональных методов положено выкраивание у ножек стебля на материнской почве дополнительных треугольных лоскутов. лоскуты, перемещенные под ножку стебля, не

только устраняют совпадение линии швов стебля и материнской почвы, но и снимают натяжение кожи, чем способствуют улучшению кровоснабжения тканей стебля.

Послеоперационный уход. В послеоперационном периоде стебель требует отельного ухода. Первая перевязка должна быть произведена на 2-й день после операции и удалена повязка, пропитанная кровью. При хорошем заживлении стебель в послеоперационном периоде остается теплым, нормальной окраски. Первые осложнения могут быть связаны с нарушением кровообращения в стебле: появляется цианоз кожи стебля, образуются пузыри (отслойка эпидермиса) или наступает его омертвление. При значительном напряжении кожи плотности тканей стебля необходимо сразу нанести несколько небольших продольных насечек на его поверхности. Для предупреждения нарушений кровообращения применяют в первые 3-4 дня после операции гипотермию, обкладывая стебель резиновыми пузырями со льдом. При охлаждении в стебле замедляются обменные процессы, что делает его ткани менее чувствительными к нарушению питания. Если возникают воспалительные явления в области стебля или на донорском участке, то необходимо снять один - два шва и края раны немного развести.

Гематому в стебле немедленно опорожняют. В случае частичного поверхностного некроза стебля после демаркации следует иссечь омертвевшую кожу и закрыть дефект кожи лоскутом на ножке с донорского участка по Рауэру.

При неосложненном послеоперационном периоде швы на донорском участке снимают на 9и- 10-й день. При значительном натяжении швы оставляют до 12-14-го дня. Швы на стебле снимают на 10-12-й день.

Миграция стебля. Сроки пересадки стебля тесно связаны со сроками восстановления артериальных анастомозов между сосудами его ножек. Первые 4 5 дней жизнеспособность стебля обеспечивается сосудами, которые включены в ножки и расположены преимущественно на границе кожи с подкожной жировой клетчаткой. В дальнейшем начинается образование новых анастомозов между сосудами ножек стебля.

Эти анастомозы появляются на 4-5-е сутки. Через 7 сут артериальная сеть хорошо выражена. К 14-18-м суткам развивается мощная артериальная сеть, которая обеспечивает достаточное кровоснабжение тканей стебля через одну ножку. Эти сроки могут быть признаны оптимальными для переноса стебля. Однако, учитывая индивидуальные особенности восстановления сосудистых анастомозов, большинство клиницистов рекомендуют производить пересадку стебля через 21 сутки после операции.

Кровоснабжение острого стебля обеспечивается также артериями питающей ножки и постепенно развивающейся артериальной сетью. По данным Е.В. Груздковой (1967), анастомозы между сосудами ложа и мигрированной ножкой острого стебля видны на рентгенограммах к 13-м суткам, а к 21-м суткам содержат равномерно развитую сеть на всем протяжении.

Способ перемещения стебля к месту дефекта зависит от места его формирования. При образовании стебля на верхней конечности, шее или груди после его созревания одна из ножек сразу же переносится к краю дефекта на лицо. С отдаленных участков тела для переноса стебля пользуются промежуточным этапом,

вшивая одну ножку стебля на руку (кисть или предплечье). Эта методика дает возможность быстро перемещать стебли к месту дефекта. Миграция стебля гусеничным шагом, т.е. постепенное перемещение его к месту дефекта, в настоящее время почти не применяется, так как при этом затрачивается много времени на промежуточные этапы и, что очень важно, стебель значительно укорачивается в результате рубцевания.

Вшивание ножек стебля на новое место производят полулунным разрезом. При вшивании ножки на новое место необходимо на конце стебля оставить некоторое количество жировой клетчатки, которая, подобно пробке, входит в образованное ложе. Такое мероприятие уменьшает возможность образования гематомы и в дальнейшем создает более благоприятные условия для быстрого восстановления сосудистых связей между ложем и стеблем.

Заключительным этапом пластики является распластывания стебля для замещения дефекта и формирования органа.

После окончательного формирования органа из стебельчатого лоскута восстановление чувствительности начинается через 4-6 нед. и происходит от периферии к центру со стороны окружающих нормальных тканей. Сначала восстанавливается болевая, затем тактильная и, наконец, температурная чувствительность.

Сроки восстановления чувствительности зависят как от величины стебля, так и характера окружающих тканей. В среднем полное восстановление чувствительности колеблется от 6 мес до 1,5-2 лет.

Устранение цветового несоответствия стебля. Созданные из стебля органы нередко отличаются по окраске от окружающей нормальной кожи лица. С целью устранения цветового несоответствия предлагались различные способы деэпителизации стебля при помощи наждачной бумаги и карборундовых камней. Способы деэпителизации не всегда дают положительные результаты.

Л. А. Кольцова (1967) разработала способ подкрашивания стебля нейтральными для организма красителями, состоящими из двуокиси титана с добавлением земельных пигментов типа марса коричневого, охры английской красной или охры красной прозрачной.

Для индивидуального подбора цвета автором рекомендовано несколько ренетов. Стерилизация красителей осуществляется автоклавированием. Татуировку производят под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствора новокаина, а в случае, когда болевая чувствительность в стебле не восстановилась, без анестезии.

Краситель в виде тестообразной массы наносят на кожу и вводят внутрь стерильными иглами (количество игл 10-12) на глубину до 3 мм. Подобную татуировку можно рекомендовать для подкрашивания красной каймы при пластике губ Филатовским стеблем.

Общие положения проведения пересадки сложного лоскута с использованием микрохирургической техники

Пластические операции с использованием микрососудистых анастомозов технически сложны, состоят из четырех самостоятельных этапов - подготовка реципиентного ложа, формирование лоскута и перемещение его к дефекту, наложение микрососудистых анастомозов, ушивание донорской раны и краев лоскута. Этапы выполняют последовательно, если работает одна бригада хирургов. При каждой возможности следует использовать вторую бригаду, поручив ей формирование лоскута и ушивание донорской раны.

Работа в две бригады значительно сокращает время оперативного вмешательства, однако она возможна только в том случае, если донорская зона расположена на значительном расстоянии от дефекта - паховая область, голень, тыл стопы, предплечье. Важно и положение больного на столе, при котором обе бригады могут работать одновременно.

Планирование операции. Оценку дефекта проводят по общим положениям пластической хирургии: учитываются локализация, величина, форма, глубина поражения, состояние окружающих тканей. Выясняют этиологию деформации, характер предшествующих операций, другие методы лечения, в том числе лучную терапию, криовоздействие и др. Решающим условием в выборе метода операции является состояние сосудов вблизи дефекта. Неповрежденные артериальная и венозная системы лица позволяют выполнить анастомозы практически на всех ветвях наружной сонной артерии, лицевой и нижнечелюстной венах. Предварительная перевязка наружной сонной артерии не всегда может рассматриваться как противопоказание к микрососудистой операции.

При селективной ангиографии сонной артерии устанавливают уровень облитерации сосуда, наличие и пригодность для анастомозирования оставшихся ветвей.

Основные этапы операции. Подготовка реципиентного ложа. Выделяют воспринимающие сосуды. Оценивают сильный напор крови в артерии, достаточный для питания будущего лоскута. Склеротические уплотнения стенки, отслойка внутренней оболочки и рыхлость средней, наблюдаемые иногда у лиц пожилого возраста, усложняют технику наложения анастомоза. Концы сосудов иссекают до появления неповрежденных участков. Воспринимающие сосуды отпрепаровывают на 2-3 см, что облегчает их перемещение во время микроэтапа. Первая часть операции, как правило, проходит под визуальным контролем. Микроскоп используют только при грубых рубцовых изменениях, распространяющихся вплоть до сосудистой стенки.

Окончив предварительное выделение сосудов, готовят воспринимающую раневую поверхность, после чего выкраивают образец по форме дефекта.

Формирование лоскута. Во время подъема лоскута особое внимание уделяют состоянию сосудистой ножки. Короткие сосуды затрудняют наложение анастомозов, препаровка должна быть продолжена до основного сосудистого ствола, иногда для увеличения просвета иссекают фрагмент стенки главной артерии в месте отхождения питающей ветви, и все-таки в ряде случаев необходимо пластическое удлинение сосудистой ножки трансплантатом из аутоvene. Во время подъема лоскута контролируют капиллярное кровотечение по его краям. По окончании выделения выбирают сосуды, пригодные для сшивания. При наличии двух артерий и возможности

использовать только одну для анастомоза выбирают большую. Можно предварительно провести функциональную пробу: зажать микроклипсой один из стволов и через 10-15 мин проверить изменение кровоснабжения лоскута. На сосуды, намеченные для анастомоза, накладывают микроклипсы, разные по форме, на артерию и вену. При длинной сосудистой ножке клипсы или зажим накладывают лишь на центральные концы сосудов. Клипсы обязательны при короткой сосудистой ножке, так как существуют трудности идентификации спазмированных сосудов. Лоскут отсекают, переносят к дефекту или заворачивают во влажную салфетку и помещают на столик операционной сестры. Культы сосудов в донорской зоне прошивают.

Если положение больного на операционном столе не позволяет перейти к микрососудистому этапу, ушивают донорскую рану, закрывают ее стерильной повязкой, поворачивают больного. В остальных случаях микроэтап проводят одновременно с ушиванием донорского участка.

Наложение микрососудистых швов. Вначале проводят окончательную обработку реципиентных сосудов по правилам микрососудистой техники. Для уменьшения спазма удаляют наружную оболочку центрального конца сосуда. При сомнениях в пригодности артерии для питания массивного лоскута проводят прямое наблюдение за силой вытекающей струи крови после пересечения артерии. Иногда пульсация артерии выражена хорошо, но струя крови слабая либо быстро прекращается через 1-2 с. Надо принять меры против спазма артерии (механическая дилатация, лекарственное воздействие и др.).

Если после перечисленных манипуляций активность кровотока не увеличивается, данный уровень следует признать неблагоприятным для наложения сосудистого шва, артерия обнажается дальше в проксимальном направлении.

На подготовленные реципиентные артерию и вену накладывают микроклипсы, лоскут переносят в дефект и фиксируют в правильном положении несколькими швами-держалками за кожу или жировую клетчатку. Концы сосудов лоскута и реципиентного ложа максимально сближают, иногда фиксируют биполярной клипсой.

Анастомозы проводят по стандартной методике атравматичной круглой иглой с нитью $8/0-10/0$ отдельными узловыми швами. На сосуд диаметром 1,5 мм накладывают восемь-десять швов. Первыми сшивают сосуды, расположенные более глубоко, затем поверхностные. После окончания наложения анастомозов снимают клипсы с артерии и через несколько секунд с вены. Проподимость анастомозов определяют по пульсации артерии дистальнее от линии швов, по венозному оттоку также за пределами швов, по появляющейся кровоточивости лоскута и по реакции капиллярного наполнения при надавливании на кожу лоскута. Бледное пятно, исчезающее в течение 3 с, свидетельствует о хорошем сбалансированном кровотоке в лоскуте.

Отсутствие перечисленных признаков свидетельствует о сосудистом спазме или технической ошибке. Измерение кожной температуры также помогает оценить жизнеспособность лоскута. При хорошем кровоснабжении градиент температуры по сравнению с нормальной кожей не превышает 2 °С.

Ушивание донорской раны, окончательная фиксация лоскута. Донорский эффект закрывают сближением краев после широкой препаровки или ротационным

перемещением кожно-жирового лоскута, или свободным лоскутом расщепленной кожи, взятой с помощью дерматома.

При подшивании лоскута на новом месте нужно всемерно избегать натяжения или перекручивания сосудистой ножки. Под лоскутом оставляют несколько резиновых выпускников и легко придавливают лоскут асептической повязкой. В центре повязки вырезают «окно» для наблюдения за состоянием трансплантата.

Список литературы:

- основная

1. Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология» М., 2001 г.
2. Бернадский Ю.И. «Основы хирургической стоматологии», Киев, 2000 г.
3. Неробеев А.И., Плотников Н.А. «Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области» М., 1997 г.

- дополнительная

1. Золтан Я. «Пересадка кожи». Перевод с венгерского М.1987 г.
2. Рузин Г.П., Бурых М.П. - Основы технологии операции в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - Харьков, 2000.
<http://www.kushaem.ru/book>.
3. William H Bell Surgical Correction of Dentofacial Deformities. Volume III – pages 1 – 744, 1985.
4. Информация полученная из сайтов интернета:
www.dental-revue.ru, www.e-stomatology.ru, www.dentalyug.ru,
www.stomatolog.com.ua

Лекция № 3

СОВРЕМЕННЫЕ ПОНЯТИЯ О БИОЛОГИЧЕСКОЙ СУЩНОСТИ ОПУХОЛЕЙ. ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОСТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. ТЕОРИИ КАНЦЕРОГЕНЕЗА. МЕЖДУНАРОДНАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ. СТАДИИ РАЗВИТИЯ ОПУХОЛЕЙ. СТАТИСТИКА. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ.

Технологическая модель лекционного занятия.

| | |
|------------------------------------|--|
| Продолжительность занятия - 2 часа | Количество студентов 18 |
| Форма занятия | Лекция |
| Вопросы занятия | Дано в контрольных вопросах |
| Цель учебного занятия | Изложение современных взглядов на опухолевые заболевания челюстно-лицевой области. Международная гистологическая классификация |

| | |
|------------------------|--|
| | опухолей челюстно-лицевой области. |
| Методика преподавания | Мультимедия |
| Форма преподавания | Практическое |
| Средства преподавания | Учебно-методическая разработка, электронные учебники, компьютер. |
| Условия преподавания | Методическое оснащение аудитории |
| Мониторинг и оснащение | |

Технологическая карта лекционных занятий

| Этапы и продолжительность работы | Преподаватель | Обучающиеся |
|----------------------------------|--|--|
| Подготовительный этап (10 минут) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Подготовка учебного содержания по теме. 2. Подготовка демонстрируемых слайдов лекции. 3. Разработать список литературы в изучении предмета. | |
| 1. Введение в лекцию (15 минут) | <p>1. Знакомит с целью и задачами лекции</p> <p>Цель лекции:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Изложение современных взглядов на опухолевые заболевания челюстно-лицевой области. Международная гистологическая классификация опухолей челюстно-лицевой области. - Объяснить основные диагностические принципы опухолей челюстно-лицевой области. <p>Задачи лекции:</p> <p>Врач-стоматолог общей практики должен осуществлять требования квалификационной характеристики, иметь понятие о современных биологических основах опухолей и доброкачественных, злокачественных опухолях, предварительных симптомах и диагностике опухолей.</p> <p>2. Задаёт вопросы по теме.</p> | <p>Слушают</p> <p>Отвечают на заданные вопросы</p> |

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| | План лекции: | |
| | <p>1. Понятие об истинных опухолях и опухолеподобных образованиях, развитии опухолей.</p> <p>2. Эпидемиология и онтогенез опухолей челюстно-лицевой области. Роль патологических факторов в росте опухолей.</p> <p>3. Международная гистологическая классификация опухолей.</p> <p>4. Доброкачественные и злокачественные опухоли челюстно-лицевой области.</p> <p>5. Основные методы диагностики опухолей.</p> <p>6. Связь стоматологических учреждений и учреждений, обеспечивающих диагностику и профилактику злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.</p> | |
| 2-основной этап (55 минут) | <p>1. Объяснение темы, демонстрация слайдов.</p> <p>2. Пользование плакатами.</p> | <p>Слушают</p> <p>Слушают</p> |
| 4-заключительный этап (10 минут) | <p>1. Сделать заключительный вывод.</p> <p>2. Задать самостоятельную работу.</p> <p>3. Задать домашнюю работу.</p> | <p>Слушают</p> <p>Записывают</p> <p>Записывают</p> |

Содержание лекции

Опухоль, новообразование («neoplasma» от греч. «neos» новый, «plasma» образование) или бластома (от греч. «blastos» росток) являются общепринятыми синонимами, обозначающими как доброкачественные, так и злокачественные онкологические процессы.

Этиология опухолей

- **Вирусно-генетическая теория** - решающую роль в развитии опухолей отводит онкогенным вирусам, к которым относят: вирус Эпштейна-Барр (лимфома Беркитта), другие герпесвирусы (лимфогранулематоз, саркома Капоши,
- опухоли головного мозга), папилломавирусы (рак шейки матки, бородавки обыкновенные, ларингеальные), ретровирусы (хронический лимфолейкоз), вирусы гепатитов В и С (рак печени). Согласно вирусно-генетической теории интеграция генома вируса с генетическим аппаратом клетки может привести к опухолевой трансформации клетки. **Физико-химическая теория** основной причиной развития опухолей считает воздействие различных физических и химических факторов на клетки организма (рентгеновское и гамма-излучение, канцерогенные вещества), что приводит к их онкотрансформации. Помимо экзогенных химических

канцерогенов рассматривается роль в возникновении опухолей эндогенных канцерогенов (в частности, метаболитов триптофана и тирозина) путём активации этими веществами протоонкогенов, которые посредством синтеза онкобелков приводят к трансформации клетки в опухолевую.

- **Теория дисгормонального канцерогенеза** рассматривает в качестве причины возникновения опухолей различные нарушения гормонального равновесия в организме.
- **Дизонтогенетическая теория** причиной развития опухолей считает нарушения эмбриогенеза тканей, что под действием провоцирующих факторов может привести к онкотрансформации клеток ткани.
- Процесс превращения нормальных клеток в злокачественные называется канцерогенезом.

Патогенез опухолей.

- В зависимости от скорости, активности опухолевой трансформации различают истинные и условные канцерогенные факторы.
- **Истинные** – это вещества и факторы воздействия, которые в эксперименте закономерно вызывают развитие опухоли.
- **Условные** – это вещества и факторы воздействия, которые могут вызвать опухолевый процесс только при строго определенных условиях.
- В соответствии с характером действия выделяют следующие группы канцерогенов:
 - механические;
 - физические;
 - химические;
 - биологические.

Биологические канцерогены бывают экзогенного и эндогенного происхождения.

- **Экзогенные биологические факторы канцерогенеза.**
 1. Некоторые продукты растительного происхождения (танин и таниновая кислота, циназин, сафрол, алколоиды папоротника – орляка и др.).
 2. Микотоксины, микробные токсины – продукты жизнедеятельности плесневых грибов афлотоксин, особенно афлотоксины В₁, продуцирующиеся грибом *Asparagillus flavus*.
 3. Микроорганизмы – длительное хроническое воспаление, тем самым поддерживают стойкую пролиферацию клеток.
 4. Вирусы: ДНК – содержащие (группа Ророва, оспы, герпеса, аденовирус) и РНК – содержащие (семейство ретровирусов) (более 100 известно РНК содержащих).
- **Эндогенные биологические факторы канцерогенеза.**
 1. Экстраты некоторых тканей, полученные из печени, легочной ткани, мочи, желчи.
 2. Метаболиты некоторых аминокислот (триптофан, тирозин).
 3. Метаболиты некоторых гормонов (экстрогены, пролактин, тиреотропин).
 4. Протоонкоген – ген, регулирующий процесс и активность деления клетки, находящийся в репрессированном состоянии.

Этиология и патогенез опухолей.

1. Теория раздражения (выдвинутая в 1863 Р. Вирховом):
2. Эмбриональная теория Конгейма
3. Инфекционно-вирусогенетическая теория.

Доброкачественные опухоли чло

- I. Эпителиальные опухоли.
- II. Опухоли мягких тканей.
- III. Опухоли костей и хрящевой ткани.
- IV. Опухоли лимфоидной и кроветворной ткани.
- V. Опухоли смешанного генеза.
- VI. Вторичные опухоли.
- VII. Неклассифицируемые опухоли
- VIII. Опухолоподобные состояния.

Опухоли, опухолоподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи

Опухоли лица, челюстей и шеи составляют, по нашим данным, более 13% всех хирургических стоматологических заболеваний. Они имеют своеобразное течение, обусловленное близким расположением жизненно важных органов, наличием зубов и др. Эти опухоли часто вызывают функциональные и косметические нарушения, а также могут привести к смертельному исходу (злокачественная опухоль).

Новообразования органов лица и полости рта весьма многообразны, что связано с их формированием из различных тканевых структур. С целью стандартизации номенклатуры онкологических заболеваний Всемирная организация здравоохранения за последние десятилетия создала Международную гистологическую классификацию опухолей (МГКО). Она отражает современный уровень научных и практических достижений в области онкологии и с наибольшей полнотой представляет разнообразие опухолевых заболеваний. Следует подчеркнуть, что определение клинических форм поражения должно основываться на знании морфологии, так как понимание сущности заболевания необходимо в диагностике и лечении больного.

В основу МГКО положено три принципа: анатомическая локализация, гистологический тип и деление на доброкачественные и злокачественные новообразования. В соответствии с локализацией опухолевого процесса созданы отдельные серии классификаций, три из них посвящены опухолям лица и челюстей, которые называют органоспецифическими. Это опухоли одонтогенные, слюнных желез и слизистой оболочки рта. Новообразования лица, органов полости рта и челюстей, не являющиеся органоспецифическими, идентичны опухолям других локализаций, приведенных в сериях, посвященных опухолям кожи, мягких и костных тканей. Гистологический признак основан на гистогенезе опухолей.

Все новообразования подразделяют на истинные опухоли, опухолоподобные поражения и кисты. В сериях, освещающих новообразования кожи, а также слизистой оболочки полости рта и ротоглотки, отражены и предраковые состояния.

По данным МГКО, понятие предракового состояния основывается на связи предшествующих доброкачественных поражений с развивающейся карциномой. Термины «опухоль» и «новообразование» используются для обозначения аномальной массы ткани с избыточным разрастанием, которое не координировано с ростом нормальной ткани и продолжается столь же чрезмерно после прекращения действия причин, его вызвавших. Клеточная пролиферация, неопластическая природа которой сомнительна, обозначается как опухолоподобное разрастание, процесс или поражение.

СВЯЗЬ УЧРЕЖДЕНИЙ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ И ОНКОЛОГИЧЕСКИХ СЛУЖБ

ЗУБОВРАЧЕБНЫЕ КАБИНЕТЫ ПРИ ЗДРАВПУНКТАХ, СЕЛЬСКИХ АМБУЛАТОРИЯХ



Опухоли тканей и органов полости рта и ротоглотки (ВОЗ, серия №4) -1

I. Опухоли, исходящие из многослойного плоского эпителия

A. Доброкачественные

Плоскоклеточная папиллома.

Б. Злокачественные:

1. Интраэпителиальная карцинома (карцинома)

2. Плоскоклеточный рак

3. Разновидности плоскоклеточного рака:

а) веррукозная карцинома;

б) веретеноклеточная карцинома;

в) лимфоэпителиома.

II. Опухоли, исходящие из железистого эпителия

III. Опухоли, исходящие из мягких тканей

A. Доброкачественные

1. Фиброма

2. Липома

3. Лейомиома

4. Рабдомиома

5. Хондрома

6. Остеохондрома

7. Гемангиома: а) капиллярная б) кавернозная
8. Доброкачественная гемангиоэндотелиома
9. Доброкачественная гемангиоперицитомы
10. Лимфангиома: а) капиллярная б) кавернозная в) кистозная
11. Нейрофиброма
12. Неврилеммома (невринома, шваннома)

Б. Злокачественные

1. Фибросаркома
2. Липосаркома
3. Лейомисаркома
4. Рабдомиосаркома
5. Хондросаркома
6. Злокачественная гемангиоэндотелиома (ангиосаркома)
7. Злокачественная гемангиоперицитомы
8. Злокачественная лимфангиоэндотелиома (лимфангиосаркома)
9. Злокачественная шваннома.

IV. Опухоли, исходящие из меланогенной системы:

А. Доброкачественные

1. Пигментный невус
2. Непигментный невус

Б. Злокачественные

Злокачественная меланома

V. Опухоли спорного или неясного генеза:

А. Доброкачественные

1. Миксома
2. Зернистоклеточная опухоль (зернистоклеточная «миобластома»)
3. Врождённая «миобластома».

Б. Злокачественные

1. Злокачественная зернистоклеточная опухоль (злокачественная неорганойдная зернистоклеточная «миобластома»)
2. Альвеолярная мягкотканная саркома (злокачественная органойдная зернистоклеточная «миобластома»)
3. Саркома Капоши

VI. Неклассифицируемые опухоли

VII. Опухолоподобные состояния

1. Обычная бородавка
2. Сосочковая гиперплазия
3. Доброкачественное лимфоэпителиальное поражение
4. Слизистая киста
5. Фиброзное разрастание
6. Врождённый фиброматоз
7. Ксантогранулёма
8. Пиогенная гранулёма
9. Периферическая гигантоклеточная гранулёма (гигантоклеточный эпуплис)
10. Травматическая неврома
11. Нейрофиброматоз

А. Доброкачественные

1. Гемангиома:

- а) доброкачественная гемангиоэндотелиома
- б) капиллярная гемангиома (юношеская гемангиома)
- в) кавернозная гемангиома
- г) венозная гемангиома
- д) гроздьевидная, или ветвистая, гемангиома (артериальная, венозная, артериовенозная).

А. Злокачественные

- 1. Злокачественная гемангиоэндотелиома (ангиосаркома).
- 2. Злокачественная гемангиоперицитомма

Гистологическая классификация лимфангиом (ВОЗ, серия №3)

А. Доброкачественные

1. Лимфангиома:

- а) капиллярная
- б) кавернозная
- в) кистозная (гигрома).

2. Лимфангиома.

3. Системный лимфангиоматоз.

Б. Злокачественные

Злокачественная лимфангиоэндотелиома (лимфангиосаркома).

Алгоритм диагностических мероприятий

| Этапы действия | Критерии самоконтроля |
|---|---|
| | <i>Жалобы больного</i> |
| 1.1. Наличие опухоли | При новообразованиях, характеризующихся “плюс” - тканью. |
| 1.2. Наличие язвы | Возможно при злокачественной опухоли. |
| 1.3. Боли | Возможны. |
| 1.4. Запах зловонный | При раковых язвах, распаде злокачественных опухолей и метастазов. |
| 1.5. Наличие свища | Возможно при кистозных опухолях челюстей, врожденных свищах и кистах шеи и языка, опухолях. |
| 1.6. Затрудненное открывание рта | При опухолях ветви нижней челюсти, раке слизистой оболочки полости рта в области крыловидно-нижнечелюстной складки, опухолях в области бугра верхней челюсти. |
| 1.7. Нарушение жевания | При раке слизистой оболочки полости рта. Может быть при раке и кистозных новообразованиях челюстей. |
| 1.8. Подвижность, смещение или отсутствие зубов | При доброкачественных и злокачественных опухолях челюстей. |
| 1.9. Парез мимических мышц | При злокачественной опухоли околоушной слюнной железы, вследствие поражения лицевого нерва. |
| 1.10. Нарушение чувствительности | Возможно при злокачественных опухолях |

| | |
|---|---|
| <p>мягких тканей и зубов</p> <p>1.11. Кровотечение</p> <p>1.12. Затруднение носового дыхания</p> <p>1.13 Выделения из носа (гнойно-кровянистые, гнойные со зловонным запахом)</p> <p>1.14. Отёк век, слезотечение, Смещение глазного яблока, нарушение зрения</p> <p>1.15. Изменение общего состояния</p> <p>а) слабость, потеря веса</p> <p>б) озноб, повышение температуры</p> | <p>челюстей, вследствие поражения ветвей тройничного нерва.</p> <p>Возможно при гемангиомах мягких тканей и челюстей, эрозии стенки сосуда раковой опухоли.</p> <p>Возможно при опухолях верхней челюсти с прорастанием в полость носа и решетчатый лабиринт.</p> <p>Возможны при злокачественных опухолях верхней челюсти.</p> <p>При запущенных злокачественных опухолях верхней челюсти задне-верхней локализации с прорастанием опухоли в глазницу, решётчатый лабиринт</p> <p>Возможно при злокачественной опухоли</p> <p>При нагноении врождённых кист, амелобластомы, радикулярной и фолликулярной кист, злокачественных опухолях в стадии распада</p> |
| | <i>Анамнез заболевания</i> |
| <p>2.5. Наследственность (наличие онкологических заболеваний в семье)</p> <p>2.6. Перенесенные и сопутствующие заболевания</p> <p>2.7. Профессиональные вредности</p> <p>2.8 Вредные привычки</p> | <p>Имеет значение.</p> <p>Для выяснения общего состояния больного</p> <p>Способствуют возникновению предраковых состояний и злокачественных опухолей</p> <p>Способствуют возникновению предраковых состояний и злокачественных опухолей</p> |
| | <i>Обследование больного</i> |
| <p>3. Оценка общего состояния больного (осмотр, аускультация, пальпация, перкуссия) Выяснение патологии органов по системам</p> <p>4. Оценка местного статуса(осмотр, пальпация, инструментальное обследование)</p> <p>4.1. Конфигурация лица и шеи</p> <p>4.2. Характер поражения</p> <p>а. единичный</p> <p>б. множественный</p> <p>в. экзофитный рост (“плюс”- ткань)</p> <p>г. эндофитный рост (язва, инфильтрат)</p> | <p>Кахексия - признак злокачественной опухоли.</p> <p>Имеет значение.</p> <p>При опухолях.</p> <p>При системных заболеваниях.</p> <p>При доброкачественных и</p> |

| | |
|---|--|
| <p>д) изменение цвета е) локализация ж) форма (гладкая, бугристая) з) размеры (в см) и) консистенция</p> <p>к) контуры опухоли</p> <p>л) симптом наполнения, пульсации, исчезновения окраски м) спаянность с окружающими тканями</p> <p>4.3. Состояние регионарных лимфатических узлов а) наличие узлов б) размеры (в см) в) консистенция</p> <p>г) подвижность</p> <p>4.4. Внутриворотной осмотр а) прикус б) зубная формула в) смещение, подвижность зубов г) разрастание тканей в лунке зуба д) состояние слизистой оболочки е) язык</p> | <p>злокачественных опухолях.</p> <p>Для злокачественной опухоли характерна язва с кровоточащим дном и инфильтрацией окружающих тканей.</p> <p>Возможно при злокачественных сосудистых и пигментных опухолях</p> <p>Имеет значение</p> <p>Для доброкачественных опухолей характерны четкие контуры, нечеткие - для злокачественных</p> <p>Для доброкачественных опухолей характерны четкие контуры, нечеткие - для злокачественных</p> <p>При сосудистых опухолях, окраска не исчезает при пигментообразующих опухолях</p> <p>Характерна для злокачественных опухолей</p> <p>В норме не увеличены Имеет значение Плотные лимфоузлы возможны при метастазах Неподвижные лимфоузлы характерны для метастазов</p> <p>Возможно нарушение прикуса</p> <p>Возможно при доброкачественных и злокачественных опухолях</p> <p>Может при доброкачественной и злокачественной опухоли</p> <p>Изменяется при злокачественных опухолях</p> <p>Возможны ограничения подвижности.</p> |
| <p>5.1. Электроодонтометрия (ЭОМ) 5.2. Лучевая диагностика 5.3. Рентгенография:</p> | <p><i>Дополнительные методы обследования</i> Снижение или отсутствие реакции пульпы зуба. При доброкачественных опухолях челюстей очаг деструкции имеет четкие</p> |

| | |
|---|---|
| <p>а) обычная б) контрастная в) органов грудной клетки г) УЗИ</p> <p>5.4.Морфологическая верификация опухоли: а) цитологическое исследование б) патогистологическое исследование</p> | <p>границы, при злокачественных - нечеткие. Для уточнения распространенности процесса. Возможны метастазы при злокачественных опухолях. Проводится в обязательном порядке. Наличие характерных клеточных элементов. Наличие характерных тканей.</p> |
| | <p><i>Дифференциальная диагностика между патологическими процессами</i></p> |
| <p>6.1. Воспаление неспецифическое</p> <p>6.2. Специфическое воспаление</p> <p>6.3. Трофические нарушения</p> | <p>Характерны инфильтрат, местная гиперемия, местная гипертермия, боль, отёк, возможны абсцедирование, повышение температуры тела и острое начало.</p> <p>Специфические элементы поражения: туберкулезная язва резко болезненна; при актиномикозе - плотный деревянистый инфильтрат с цианотичной кожей, на коже возможны свищи и рубцы; сифилитическая язва имеет “восковое” дно. Имеют значение серологические реакции и анамнез.</p> <p>Имеется язва: в анамнезе- декомпенсация сердечно-сосудистой системы.</p> |

Правила выполнения биопсии

- биопсия должна выполняться в условиях операционной или перевязочной с соблюдением всех правил асептики или антисептики.
- необходимо хорошее освещение операционного поля, чтобы можно было установить границы новообразования и интактной ткани.
- с учетом локализации и предполагаемой сложности операции следует определить метод обезболивания.
- биопсия должна выполняться острым инструментом.
- иссечённый фрагмент опухоли должен быть аккуратно вывихнут из раны, грубые манипуляции нарушают правила аластики.
- опухолевая ткань должна иссекаться не в центре новообразования, а с периферии, при этом обязательно иссечение вместе с опухолевой и части интактной ткани: в центре опухоли часто бывают явления распада, некроза, вторичного воспаления тканей, морфолог может не обнаружить в присланном материале характерных признаков опухолевого роста.
- Несоответствие морфологического заключения клиническим признакам должно заставить врача повторно выполнить биопсию, хотя это и чревато дополнительной травмой опухоли и потерей времени.
- по окончании операции рана должна быть ушита по всем правилам хирургии; если ушить рану невозможно, например, после инцизионной биопсии большой раковой язвы - необходимо остановить кровотечение диатермокоагуляцией сосудов новообразования.

- иссеченный участок опухоли должен быть осмотрен хирургом и подробно описан в истории болезни (размеры, консистенция, цвет, характер поверхности, вид на разрезе). После этого материал должен быть помещён в 10% раствор формалина и немедленно промаркирован с указанием ФИО больного, фамилии хирурга, выполнявшего биопсию; в противном случае материал может быть перепутан или потерян.
- по окончании операции хирург заполняет лист биопсии, с которым маркированный материал отправляется в патоморфологическую лабораторию.

Цитологическое исследование

- Мазки - отпечатки, получаемые путём непосредственного контакта предметного стекла с поверхностью опухоли; чаще этот метод применяется при язвенных формах новообразований
- соскоб делают при язвенных формах новообразования: осторожными движениями скальпеля или шпателя берут материал с поверхности опухоли и наносят его на предметное стекло, которое должно быть предварительно промаркировано, высушено и обезжирено
- эксфолиативный метод - удаленные чешуйки, корочки, напластования с поверхности кожи лица, красной каймы губ, СОПР помещаются на предметное стекло; если после эксфолиации обнаруживается раневая поверхность, то на другое предметное стекло можно сделать мазок-отпечаток
- смыв и исследование промывных вод с поверхности исследуемого органа, например, из верхнечелюстной пазухи: через прокол наполнить пазуху физ раствором, затем извлечь его в тот же шприц и содержимое шприца поместить на предметное стекло
- аспирационный метод: материала из опухоли, недоступной осмотру (верхнечелюстной синус, регионарные лимфоузлы) можно получить с помощью обычного шприца и иглы диаметром около 1,5 мм: жидкость или обрывки тканей из шприца помещают на предметное стекло. Для получения материала этим методом необходимо неоднократно менять глубину вкола и направление движения иглы, поэтому аспирационное исследование надо проводить под местным обезболиванием.

Признаки новообразований

| <i>Признаки</i> | <i>Доброкачественные</i> | <i>Злокачественные</i> |
|---|---------------------------------|-------------------------------|
| Границы | чёткие | нечёткие |
| Характеристика | медленный | быстрый, инфильтративный |
| Рецидивы | нет | да |
| Степень дифференцировки | высокая | низкая |
| Чувствительность к лучевому воздействию | нет | да |

Не все признаки абсолютны, например: высокодифференцированная капиллярная гемангиома высокочувствительна к облучению, а саркомы - радиорезистентны. Имеются промежуточные опухоли.

Международная гистологическая классификация опухолей
Международная гистологическая классификация опухолей. (МГКО). В основу ее положено три принципа:

1. анатомическая локализация,
2. гистологический тип

3. деления на доброкачественные и злокачественные новообразования

Клиническое течение рака в зависимости от распространенности процесса подразделяют по системе TNM на 4 стадии: T (tumor) обозначает первичный очаг, N (nodus) — метастазы в регионарные лимфатические узлы, M (metastasis) — отдаленные гематогенные метастазы.

Поражение первичного очага

T1S- интраэпителиальная карцинома (carcinoma in situ);

T₁— опухоль до 2 см в наибольшем измерении;

T₂— от 2 до 4 см;

T₃— более 4 см;

T₄— опухоль распространяется на соседние органы.

Поражение регионарных лимфатических узлов

N₀— регионарные узлы не пальпируются;

N₁— определяются смещаемые узлы на стороне поражения;

N₂— смещаемые узлы на противоположной стороне или двусторонние;

N₃— несмещаемые узлы.

Отдаленные метастазы

M₀— нет

M₁— определяются.

Сочетание различных степеней поражения TNM дает представление о клинической стадии:

I стадия — T₁, N₀, M₀

II стадия — T₂, N₀, M₀

III стадия — T₃, N₀, M₀

T₁, T₂, T₃, N₁, M₀

IV стадия — T₄, N₀, N₁, M₀

любая T, N₂, N₃, M₀ любая T, любая N, M₁

Рецидив рака после проведенного хирургического лечения обозначают теми же символами, с внесением перед ними p, например pT, pN, pM. Выставляя диагноз в истории болезни, врач должен указать состояние TNM и определить стадию опухолевого поражения, например рак нижней губы T₁ N₀ M₀ (I стадия).

Основные особенности злокачественных опухолей

В опухоли происходит постоянная дедифференцировка клеточных элементов, т. е. наблюдается анаплазия - образование все менее и менее дифференцированной ткани (от греч «ана» обратно, «plasis» формирование) Чем больше выражена анаплазия, тем более выражена злокачественность опухоли.

Каждая анаплазированная (недифференцированная) клетка наследует свои свойства следующим поколениям; при этом в каждой новой популяции степень анаплазии нарастает.

Чем более выражена в опухоли дедифференциация, тем быстрее опухоль нарастает, тем больше становится ее масса.

Опухоль способна давать метастазы и прорасти в соседние ткани; четкой границы между злокачественной опухолью и окружающими здоровыми тканями проследить невозможно.

Функция злокачественных клеток носит «неорганизованный» характер и не сообразована с потребностями жизнедеятельности организма.

Эпителиальные злокачественные (карциномы) кожи лица, губ, органов полости рта. Эпителиальные злокачественные опухоли челюстей.

Среди всех злокачественных новообразований опухоли кожи по частоте занимают третье место после рака желудка и легких.

По данным А.И.Пачеса среди всех больных со злокачественными опухолями кожи локализация их на голове и шее встречается в 89% случаев, при этом на лице чаще всего злокачественные опухоли возникают на коже носа (30%), век (20%), щек (13%), первичномножественные в 10% наблюдений.

Болгарские авторы Р.Райчев и В.Андреев (1965) отмечают, что средний возраст больных раком кожи в пределах 60 лет, по данным А.В.Чаклина в нашей стране этот показатель примерно таков же.

Характеристика распространенности первичного рака нижней губы в соответствии с международной классификацией.

Характеристики распространения поражения метастазами рака регионарных лимфатических узлов:

О - метастазы не определяются.

N1 - односторонние смещаемые небольшие плотные узлы.

N2- двухсторонние смещаемые (или ограниченно смещаемые) сравнительно небольшие плотные узлы.

N3 - односторонние несмещаемые значительно плотные узлы.

N4 - двухсторонние несмещаемые метастазы или односторонние пакеты лимфатических узлов, врастающих в глубокие анатомические пространства, которые располагаются в зоне регионарного метастазирования.

К предраку красной каймы губ относятся бородавчатый (узелковый) предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, абразивный преинвазивный хейлит Манганотти, эрозивную и веррукозную формы лейкоплакии, эрозивно-язвенную и гиперкератотическую формы красной волчанки и красного плоского лишая, постлучевой, метеорологический (актинический) хейлит

Среди предраков слизистой оболочки рта облигатными являются болезнь Боуэна, эритроплакия, факультативными - эрозивная и веррукозная формы лейкоплакии, эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и плоского лишая, постлучевой стоматит.

Бородавчатый (узелковый) предрак красной каймы. Узелковый предрак чаще развивается на нижней губе у лиц среднего и пожилого возраста, преимущественно у мужчин. Как правило, локализуется сбоку от центра губы и захватывает только красную кайму, не переходя на кожу и слизистую оболочку. Растет сравнительно быстро и за 1-2 мес может увеличиться до 1 см (рис 132). Злокачественное перерождение наблюдается более чем в половине случаев, иногда в течение 2-4 мес после появления.

Клинически проявляется в виде ограниченного узла, выступающего над уровнем красной каймы; полушаровидной формы, поверхность покрыта плотно сидящими роговыми чешуйками. Отличается от окружающей ткани более темной окраской. При пальпации основание не уплотнено, безболезненное.

Иногда узелковый предрак сочетается с воспалением красной каймы. В таких случаях наблюдается инфильтрация тканей, гиперемия и болезненность.

Диагностика основывается на данных клинической картины и цитологического исследования соскоба с образования, при котором отсутствуют злокачественные эпителиальные клетки. Дифференцировать бородавчатый предрак необходимо от кератоакантомы. Последняя имеет блюдцеобразную форму, центр её выполнен роговыми массами. Важное значение имеет раннее определение озлокачествления. В таких случаях появляются инфильтрация основания узелка, болезненность и ускоряется рост.

Лечение хирургическое. Проводится безотлагательно при обнаружении заболевания и заключается в иссечении очага поражения в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием материала. При злокачественном течении процесса лечение идентично таковому при раке. Прогноз благоприятный при своевременном иссечении очага поражения.

Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы наблюдается чаще у лиц молодого и среднего возраста, в основном у мужчин. Преимущественно поражается красная кайма нижней губы. В отличие от узелкового предрака рост его значительно медленнее, в течение нескольких лет, очаг поражения бывает до 1 см. Озлокачествление наступает почти у 1/3 больных.

Клинически представляет собой ограниченный очаг неправильной формы, поверхность которого располагается как бы ниже уровня красной каймы губ; серовато-белого цвета; иногда поверхность покрыта чешуйками. Основание не инфильтрировано, безболезненно.

Дифференцируют ограниченный предраковый гиперкератоз от простой лейкоплакии (на поверхности последней отсутствуют чешуйки). В случае озлокачествления наблюдается инфильтрация, изъязвление или усиление ороговения очага поражения.

Лечение хирургическое, в ранние сроки, как и при бородавчатом предраке.

Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти встречается главным образом у мужчин в возрасте после 50 лет. Поражается преимущественно красная кайма нижней губы. Течение заболевания медленное, годами. Отмечаются периодически спонтанное заживление и рецидивы заболевания. В половине случаев перерождается в рак.

Клиническая картина довольно характерна. На красной кайме губы появляются одиночные или множественные очаги-некровоточащие эрозии неправильной формы с гладкой поверхностью красного цвета. Со временем на поверхности эрозии появляются корки, снятие которых приводит к кровотечению. Эрозии могут самопроизвольно эпителизоваться, и тогда поверхность приобретает серовато-розовый цвет. Через 1-3 недели вновь образуется эрозия, иногда на другом участке красной каймы. Она обычно безболезненна, основание её не уплотнено. Постепенно увеличиваясь в размере, эрозия может распространиться на большую часть красной каймы.

Диагностика основана на характерных клинических данных и цитологическом исследовании отпечатка, мазка или соскоба- отсутствии атипических раковых клеток.

Лечение начинают с консервативных методов. Местно применяют аппликации масляного раствора витаминов А, Д₂, облепихового масла. Внутрь назначают комплекс витаминов А, рибофлавина, тиамин, никотиновой кислоты, пиридоксина. Проведенное лечение нередко приводит к заживлению эрозии, однако через некоторое время возможен рецидив. При частых рецидивах показано хирургическое иссечение в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием материала. Некоторые авторы используют деструкцию очага поражения.

Эритроплакия слизистой оболочки рта. Клиническая и морфологическая картина эритроплакия слизистой оболочки рта сходна с таковой при болезни Боуэна. Заболевание встречается редко, в основном у мужчин различного возраста. Течение длительное, перерождение в рак иногда наступает через несколько лет. Эритроплакия слизистой оболочки рта, как и болезнь Боуэна, является разновидностью *carcinoma in situ*. Проявляется в виде довольно четкоограниченного очага ярко-красного цвета с бархатистой поверхностью, на которой встречаются участки помутнения в виде серо-белого налета.

При длительно процессе отмечается атрофия слизистой оболочки в области поражения и очаг как бы западает. Пораженный участок неправильной формы, при пальпации безболезнен, подлежащие ткани его без уплотнения. Регионарные лимфатические узлы не увеличиваются. Спонтанной регрессии не отмечается.

Процесс может стабилизироваться на определенное время, затем на поверхности очага поражения появляются эрозии, язвы, инфильтрируются подлежащие ткани, и процесс озлокачивается. Обычно очаги эритроплакии не поддаются излечению при устранение раздражающих местных факторов.

Для диагностики заболевания большое значение имеет морфологическая верификация в виде цитологического или чаще патогистологического исследования.

Дифференцировать эритроплакию нужно от красной волчанки и рака слизистой оболочки. При красной волчанке наблюдаются болезненность и яркая гиперемия пораженного участка. В отличие от эритроплакии при раке отмечается опухолевый инфильтрат с изъязвлением.

Лечение хирургическое заключается в иссечении пораженного участка в пределах здоровых тканей. Некоторые авторы рекомендуют электрохирургическое удаление. Операцию необходимо проводить в ближайшие сроки после диагностирования эритроплакии. При невозможности осуществления хирургического лечения проводят лучевую терапию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2000 г.

2. Безруков В.М., Робустова Т.Г. «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» том 1, Москва: Медицина, 2000г.
3. Соловьев М.М. «Онкологические аспекты в стоматологии» Ленинград,1983.
4. Рабухина Н.А. и др. «Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области» М.,1998
5. Пачес А.И. «Опухоли головы и шеи» М., 1983.
6. Шаргородский А.Г.» Атлас опухолей мягких тканей и костей лица» М. 1998.
7. Шаргородский А.Г.» Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица» М., 1999.
8. Лекции проф. Левенец А.А.
9. Тимофеев А.А. «Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии» Киев 2002 г.
10. Л.Сазона «Болезни слюнных желез» Прага 1989 г.

Лекция № 4

ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ.

Технологическая модель лекционного занятия.

| | |
|------------------------------------|---|
| Продолжительность занятия - 2 часа | Количество студентов 18 |
| Форма занятия | Лекция |
| Вопросы занятия | Дано в контрольных вопросах |
| Цель учебного занятия | Изложение современных взглядов на одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования. |
| Методика преподавания | Мультимедия |
| Форма преподавания | Практическое |
| Средства преподавания | Учебно-методическая разработка, электронные учебники, компьютер. |
| Условия преподавания | Методическое оснащение аудитории |
| Мониторинг и оснащение | |

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. На 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 любом 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.

Одонтомы встречаются чаще у лиц молодого возраста и проявляются в период прорезывания зубов. У взрослых они нередко обнаруживаются случайно или при присоединении воспаления. Рост одонтом самоограничен, связан с окончанием формирования и прорезывания зубов.

Клиническая картина. Обычно одонтома проявляется при достижении больших размеров. Происходит деформация челюсти вследствие истончения кости. При дальнейшем росте опухоли перфорируются надкостница и слизистая оболочка над ней, одонтома как бы «прорезается». Нередко такая картина развивается у лиц, пользующихся съёмным протезом. При зондировании через дефект слизистой оболочки инструмент упирается в плотную зубоподобную ткань. В месте локализации одонтомы, как правило, отмечается задержка прорезывания зуба. В случае присоединения инфекции заболевание иногда неправильно диагностируют как хронический остеомиелит.

Рентгенограмма одонтомы характерна. Определяется ограниченная гомогенная тень, по плотности напоминающая тень коронки зуба с неровными краями и полоской просветления вокруг неё (капсула). При составной одонтоме тень неоднородна вследствие наличия участков разрежения, соответствующего фиброзным прослойкам между отдельными зубоподобными включениями.

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.

Диагностика одонтомы, как правило, не представляет затруднений.

Лечение заключается в удалении одонтомы с капсулой. Операция показана при клинических проявлениях (деформация челюсти, свищи и др.). небольшая одонтома,

бессимптомно протекающая и являющаяся случайной рентгенологической находкой, лечения не требует.

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 цементобластому (истинная цементома), цементирующуюся фиброму, переапикальную цементную дисплазию (переапикальную фиброзную дисплазию) и гигантоформную цементому (семейные множественные цементомы).

Доброкачественная цементобластома (истинная цементома). Эта доброкачественная опухоль характеризуется образованием цементоподобной ткани, в которой определяются различные стадии минерализации. Новообразование чаще локализуется на нижней челюсти в области больших и малых коренных зубов и интимно спаяно с их корнями. Удаление таких зубов ведет к перелому корня, и только при рентгенологическом обследовании выявляется цементома. Обнаруживают их часто в момент удаления зуба, которое осложняется переломом корня вследствие интимной связи его с патологически цементной тканью.

Течение опухоли, как правило, бессимптомное. В случае разрушения кортикальной пластинки отмечают нерезкая болезненность при пальпации и деформация челюсти. Рентгенологически выявляется деструкция костной ткани округлой формы с четкими границами за счет чередования участков разрежения и уплотнения вследствие неравномерной минерализации, окруженная капсулой в виде зоны просветления. Образование как бы исходит из корня зуба, который полностью не сформирован, периодонтальная щель его в области опухоли не определяется.

Макроскопически опухоль представляет собой ткань желто-белого цвета, которая в зависимости от степени минерализации может быть плотной или мягкой, наподобие сыра. Микроскопически опухоль состоит из разной степени минерализованной цементоподобной ткани. Мягкотканый компонент представлен сосудистой плотной фиброзной тканью с наличием остеокластов и больших сильно окрашивающихся клеток с одним ядром.

Лечение хирургическое, заключается в удалении опухоли с капсулой.

Периапикальная цементная дисплазия - опухолеподобное поражение, при котором нарушается образование цементной ткани, по сущности своей сходное с фиброзной дисплазией кости. Это заболевание встречается редко, поражает диффузно челюсти, вовлекая в процесс не только костную ткань, но и корни групп зубов. Протекает бессимптомно. Часто выявляется случайно при рентгенологическом исследовании либо удалении зуба, осложнившимся переломом корня. На рентгенограмме обнаруживают диффузные деструктивные изменения в виде чередования крупных плотных теней, связанных непосредственно с корнями зубов и по интенсивности соответствующих им, с участками разрежения различной формы и размеров. Корни зубов, расположенных в зоне поражения, не имеют периодонтальной щели. Часть плотных участков, сливаясь между собой, образует конгломераты, некоторые из них располагаются изолированно. Границы плотных очагов не всегда

чёткие, наблюдается постепенный переход патологической ткани в нормальную костную.

Хирургическое лечение не проводится, рекомендуют наблюдение.

Первые две формы цементом носят характер опухоли. Переапикальная 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.

Рекомендуемая литература

-основная:

1. Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2000 г.
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г. «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» том 1, Москва: Медицина, 2000г.
3. Шаргородский А.Г. «Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица» М., 1999.

-дополнительная:

1. Соловьев М.М.»Онкологические аспекты в стоматологии» Ленинград,1983.
2. Рабухина Н.А. и др «Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области» М.,1998
3. Пачес А.И. «Опухоли головы и шеи» М., 1983.
4. Шаргородский А.Г.» Атлас опухолей мягких тканей и костей лица» М. 1998.
5. Л.Сазона «Болезни слюнных желез» Прага 1989 г.
6. Интернет сайты:

www.chicagocentre.com www.implantplus.azerin.com www.ukrdental.com
dentist.spb.ru www.nidr.nih.gov spb-mfs.narod.ru www.zubnoy.spb.ru

Лекция № 5

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ.

Технологическая модель лекционного занятия.

| | |
|------------------------------------|---|
| Продолжительность занятия - 2 часа | Количество студентов 18 |
| Форма занятия | Лекция |
| Вопросы занятия | Дано в контрольных вопросах |
| Цель учебного занятия | Изложение современных взглядов на неэпителиальные доброкачественные |

| | |
|------------------------|--|
| | опухоли и опухолеподобные образования. |
| Методика преподавания | Мультимедия |
| Форма преподавания | Практическое |
| Средства преподавания | Учебно-методическая разработка, электронные учебники, компьютер. |
| Условия преподавания | Методическое оснащение аудитории |
| Мониторинг и оснащение | |

Содержание лекции

Неэпителиальные доброкачественные опухоли

1. Гемангиома
2. Гемангиоперицитома
3. Неврилеммома
4. Нейрофиброма
5. Липома

Фиброма. Доброкачественная опухоль мезенхимального происхождения. Построена по типу зрелой волокнистой соединительной ткани.

Клиническая картина. Фиброма представляет собой образование розового или желтоватого цвета на ножке или широком основании. Размер ножки может варьировать от нескольких миллиметров до 1—2 см. Консистенция фибромы мягкоэластическая, часто более плотная, чем у папилломы.

Фиброма отличается крайне медленным ростом, длительно существует, не беспокоя больного. При хронической травме поверхность ее ярко-красного цвета; иногда преобладают процессы ороговения. По данным В.Ф. Ермолова (1995), фибромы чаще всего обнаруживаются на слизистой оболочке щек, составляя 60 % опухолей этой локализации. Это объясняется расположением их по линии смыкания зубов, что обусловлено длительной хронической травмой. Фибромы могут выявляться и в толще мягких тканей языка, щек. У детей встречаются множественные фибромы.

Гистологическая картина характеризуется пучками коллагеновых и соединительнотканых волокон и клеток, соотношение которых неодинаково. В твердых фибромах коллагеновые волокна плотно прилегают друг к другу. В них могут наблюдаться отложение солей извести, образование примитивных костных балок. Мягкие фибромы характеризуются умеренным количеством зрелых клеточных элементов, которые определяются среди рыхло располагающихся волокон. Основное вещество мягких фибром может подвергаться слизистому перерождению. В этом случае их называют фибромиксомами. Такие фибромиксомы следует отличать от истинных миксом, наблюдающихся крайне редко. Elzav и Dutz (1978) нашли в мировой

литературе описание 15 случаев истинных миксом мягких тканей полости рта, из которых 4 случая наблюдали авторы сообщения. Клинически фибромиксомы трудно отличить от фибром. Как правило, диагноз ставят на основании результатов гистологического исследования. Интерстициальные фибромы четко отграничены от окружающих тканей капсулой.

Разновидностью фибром являются ангиофибромы — опухоли с выраженным сосудистым компонентом. Их следует дифференцировать от истинных гемангиом.

Основной дифференциально-диагностический признак фибром — плотноэластическая консистенция.

Лечение — хирургическое — иссечение опухоли в пределах здоровых тканей.

Липома. Доброкачественная опухоль мезенхимального происхождения. Встречается на различных участках тела, причем в полости рта крайне редко.

Клиническая картина липомы разнообразна и зависит от локализации процесса. В области дна полости рта, под мышцами, выдвигающими язык вперед, опухоль имеет вид плотного безболезненного узла, приподнимающего мышцы дна полости рта и языка. Опухоль, расположенная под слизистой оболочкой щеки, является образованием бледно-розового цвета, на ножке. В некоторых случаях она может иметь длинную ножку, позволяющую выводить ее из полости рта.

В первом случае липому следует дифференцировать с дермоидной кистой дна полости рта. Диагностика достаточно проста. При пункции образования в случае наличия кисты в шприце появляется значительное количество жидкости буровато-серого цвета. Липому на ножке следует отличать от фибромы слизистой оболочки полости рта.

На шее липома представляет собой узел плотной или мягкоэластической консистенции и может локализоваться в различных анатомических областях. Границы опухоли контурируются четко, при пальпации может определяться ее дольчатость. При расположении в глубоких отделах шеи под кивательной мышцей ее следует дифференцировать с врожденной кистой шеи, солитарным метастазом, внеорганными нейрогенными опухолями шеи (невриномами, нейрофибромами). В этих случаях диагноз устанавливают на основании данных цитологического исследования.

Опухоль является скоплением долек жировой ткани желтого цвета с маслянистой поверхностью, разделенных соединительно-ткаными прослойками. Четко определяется капсула опухоли. Соотношение жировых долек и стромы позволяет различать плотную липому, или фибролипому, и мягкую (*lipoma mole*), в которой соединительнотканый элемент стромы выражен слабо. Иногда при ослизнении жировой ткани развивается липомиксома.

Клинической особенностью образований из жировой ткани является проявление их в виде не только солитарных липом, но и диффузного липоматоза.

Травматическая неврома. Локализуется по переходной складке преддверия полости рта соответственно месту выхода подбородочного нерва. Встречается преимущественно у пожилых лиц с полной адентией и атрофией альвеолярного отростка нижней челюсти, пользующихся съемным зубным протезом. Возникновение

невромы связано с постоянной травмой краем протеза подбородочного нерва у выхода из подбородочного отверстия.

Клинически определяется округло-овальное образование размером до 0,5 см, болезненное, плотноэластической консистенции, располагающееся под слизистой оболочкой переходной складки с вестибулярной стороны соответственно малым коренным зубам. Диагностируется на основании анамнеза и клинических данных.

Лечение травматической невромы направлено на устранение постоянного раздражения её краем протеза путем коррекции последнего или прекращения пользования им. Хирургическое лечение обычно не проводят, так как иссечение невромы ведет к потере чувствительных тканей, иннервируемых подбородочным нервом, которая воспринимается больным не менее тягостно, чем болезненность самой травматической невромы.

Хемодектома – это онкологическое поражение шеи, при котором источником опухолевого процесса считается ганглиозная ткань в области раздвоения сонной артерии. Эту область еще называют «сонным» узлом. Рецепторы шейного ганглия контролируют артериальное давление и степень кислородного насыщения крови.

Этиология. На сегодняшний день достоверная причина развития хемодектомы не установлена. Ссылаясь на статические данные, ученые утверждают о существовании генетической предрасположенности к данному виду онкологии. Заболевание в большинстве случаев диагностируется у пациентов женского пола. Хемодектома преимущественно протекает в доброкачественном варианте. Злокачественное новообразование наблюдается примерно в 10% больных.

Клиника. Ученые-онкологи в ходе клинических исследований установили следующие виды хемодектомы: 1. Злокачественное новообразование каротидного тельца. Это разновидность опухоли встречается наиболее часто. 2. Хемодектома блуждающего нерва. Жалобы больных на головные боли, периодическое ощущение головокружения, затруднения при проглатывании пищи. Для данной онкологии характерным считается крайне медленный рост опухоли. Онкобольные, как правило, обращаются к врачу после визуального определения отека мягких тканей шеи в области угла нижней челюсти. При этом опухоль может достигать значительного объема с неправильными очертаниями. Данное новообразование в большинстве случаев имеет гладкую поверхность. Пальпация хемодектомы выявляет мягкую структуру и поперечную подвижность патологических тканей. Рост опухоли может провоцировать возникновение болевого синдрома, при котором пациенты ощущают боль в области горла, уха или головы.

Хемодектома, локализуемая в шейном отделе блуждающего нерва, может проявляться следующей симптоматикой:

Надавливание пальцами на новообразование вызывает у человека кашлевой приступ. При осмотре языка можно увидеть его отклонение от срединной линии. При длительном развитии хемодектомы и при отсутствии его лечение возникает атрофия мышц в месте расположения опухоли. возможна осиплость голоса, затруднения при проглатывании пищи, ощущение инородного тела в гортани.

Лечение каротидной хемодектомы. Больных с подозрением на хемодектому направляют на ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов, МРТ. Лечебную тактику определяют в зависимости от особенностей клинического течения болезни. При отсутствии быстрого роста и признаков злокачественности хирургическое вмешательство не показано даже при наличии значительного косметического дефекта, поскольку из-за тесной связи каротидной хемодектомы с крупными сосудами любая операция сопряжена с высоким риском для пациента. При компрессии органов шеи и хроническом нарушении мозгового кровообращения, обусловленных давлением на артерии и изменением положения ветвей сонной артерии, выполняют удаление новообразования. Сосуды сохраняют, аккуратно выделяя их из опухолевой массы. В случае, когда выделение сосуда затруднено, производят перевязку наружной сонной артерии. При тесной спаянности доброкачественной каротидной хемодектомы с сонной артерией возможно частичное вылушивание опухоли с сохранением части капсулы, прилегающей к сосуду. При злокачественном процессе осуществляют удаление опухоли, резекцию бифуркации и ветвей сонной артерии и замещение пораженных сосудов трансплантатом. При доброкачественной хемодектоне близлежащие нервы, как правило, удаётся сохранить. При злокачественных каротидных хемодектомах нервы иссекают вместе с измененными тканями. Чтобы иметь возможность контролировать кровоснабжение головного мозга, хирургическое вмешательство обычно выполняют под местной анестезией. При крупных новообразованиях используют интубационный наркоз. Учитывая риск развития массивного кровотечения, операции проводят после подготовки достаточного количества крови, кровезаменителей и противошоковых препаратов. Радиотерапия и химиотерапия при лечении каротидных хемодектом не используется из-за их неэффективности.

Рекомендуемая литература

-Основная:

1. Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2003 г.
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г. «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» том 1, Москва: Медицина, 2000г.
3. Шаргородский А.Г. «Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица» М., 1999.

-Дополнительная:

1. Соловьев М.М. «Онкологические аспекты в стоматологии» Ленинград, 1983.
2. Рабухина Н.А. и др. «Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области» М., 1998
3. Пачес А.И. «Опухоли головы и шеи» М., 1983.
4. Шаргородский А.Г. «Атлас опухолей мягких тканей и костей лица» М. 1998.
5. Интернет сайты:

www.chicagocentre.com www.implantplus.azerin.com www.ukrdental.com
dentist.spb.ru www.nidr.nih.gov spb-mfs.narod.ru www.zubnoy.spb.ru

Лекция № 6

ВРОЖДЁННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ И ДЕФОРМАЦИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. УСТРАНЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ ХИРУРГИЧЕСКИМ ПУТЕМ. КОСТНАЯ ПЛАСТИКА. ВИДЫ ТРАСПЛАНТАТОВ. ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ. АНКИЛОЗ И КОНТРАКТУРА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА. СОВРЕМЕННЫЕ ПОНЯТИЯ ОБ ИСТОЧНИКАХ ОСТЕОГЕНЕЗА КЛЕТОК И ТКАНЕЙ. ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ. ИМПЛАНТАЦИЯ ПОЛИМЕРНЫХ КОМПОЗИТОВ. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ИНЖЕНЕРИИ ТКАНЕЙ И ПРИМЕНЕНИЕ ИХ В КОСТНОЙ ПЛАСТИКЕ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК.

Технологическая модель лекционного занятия.

| | |
|------------------------------------|--|
| Продолжительность занятия - 2 часа | Количество студентов 18 |
| Форма занятия | Лекция |
| Вопросы занятия | Дано в контрольных вопросах |
| Цель учебного занятия | Ознакомить студентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. Устранение деформаций хирургическим путем. Костная пластика. Виды трансплантатов. Принципы хирургических методов лечения. |
| Методика преподавания | Мультимедия |
| Форма преподавания | Практическое |
| Средства преподавания | Учебно-методическая разработка, электронные учебники, компьютер. |
| Условия преподавания | Методическое оснащение аудитории |
| Мониторинг и оснащение | |

Содержание лекции

Врожденные дефекты и деформации челюстно-лицевой области

подразделяют на следующие классы:

а) несращение губ (одно- и двустороннее; частичное или полное; комбинированное с другими дефектами лица и челюстей);

б) колобомы лица или несращения частей лица (угла рта, щеки, века) односторонние, двусторонние; полные, частичные; комбинированные;

в) несращение неба (частичное; полное; скрытое; комбинированное с дефектами губ, щек и др.);

г) макро-, микростомия;

д) микроотия, анотия;

е) несращение частей носа (комбинированное; подкожное или скрытое);

ж) деформация носа (горб, искривление и др.).

Приобретенные дефекты челюстно-лицевой области имеют самую разнообразную локализацию, протяженность и глубину, начиная от небольших изъянов поверхностного слоя кожи и кончая полным отсутствием всех костей лица и прилежащих к ним мягких тканей, век, глазных яблок и ушных раковин.

Этиологические факторы приобретенных дефектов и деформаций челюстно-лицевой области можно разделить на следующие основные группы:

а) механические травмы (бытовые, производственные, огнестрельные, транспортные, повреждения при укусе животных);

б) термические травмы (ожоги пламенем или горючими смесями и др., обморожения);

в) химические травмы (жидкими кислотами, едкими щелочами);

г) перенесенные инфекции (нома, волчанка, сифилис, остеомиелит, оспа, рожа) и некрозы тканей на почве выраженных расстройств кровообращения;

д) операции по поводу новообразований;

е) повреждение тканей в результате лучевой терапии;

ж) татуировка кожи.

Противопоказания к восстановительным и реконструктивным операциям. Различают местные и общие противопоказания. К местным относятся незначительная степень дефекта или деформации (при отсутствии существенных функциональных нарушений и в тех случаях, когда косметический фактор не имеет значения, особенно у лиц пожилого и старческого возраста); пиодермия кожи лица, язвенный стоматит, гингивит, глоссит; воспалительные процессы в регионарных лимфатических узлах, верхнечелюстных пазухах, челюстях, в носу, носовой части глотки и других органах, находящихся по соседству с местом операции.

В число общих противопоказаний входят различные острые и хронические инфекционные заболевания; тяжелые расстройства функции пищеварительной системы; психические нарушения; гнойничковые поражения кожи туловища, конечностей и волосистой части головы; субфебрилитет невыясненной этиологии; общее недомогание и плохое самочувствие больного; менструация.

При субфебрилитете, возникшем на фоне туберкулеза легких или костей, необходимо предварительно провести курс специфического лечения. После этого, проконсультировавшись с фтизиатром, можно произвести нетравматическую

одноэтапную операцию. Многоэтапное хирургическое лечение больных туберкулезом желательнее начинать после проведения комплексного лечения в условиях стационара или санатория.

При необходимости проведения операции в зоне волчаночных рубцов нужно учитывать возможность их ракового или саркоматозного перерождения. Поэтому оттягивать иссечение такого рубца не нужно, однако перед его иссечением следует срочно провести курс специфического лечения, чтобы предупредить обострение красной волчанки. При всем этом хирург должен помнить, что иссекать волчаночные рубцы и замещать их нужно не ранее чем через полгода после окончания энергичного специфического лечения и при отсутствии в течение этого времени рецидива заболевания, а также при достаточно высокой сопротивляемости организма больного.

Если у больного, лечившегося по поводу сифилиса, отмечается положительная серологическая реакция (при исследовании крови или спинномозговой жидкости), то его необходимо направить на повторный курс специфического лечения. Но если и после повторного курса серологическая реакция будет положительной, это не является противопоказанием к операции, так как опыт показывает, что в послеоперационном периоде в таких случаях не наблюдается ни осложнений со стороны раны, ни обострений основного заболевания.

У больных с пороками сердца или анемией одноэтапную операцию можно провести после соответствующей подготовки в терапевтическом отделении, а многоэтапные операции лучше отложить до полного излечения или существенного улучшения общего состояния и самочувствия больного.

Костная пластика. Начало костно-пластическим операциям на нижней челюсти было положено в конце XIX столетия. На первом этапе костные аутотрансплантаты, взятые из края нижней челюсти или соседних областей, пересаживали в дефект нижней челюсти на длинных питающих ножках. Последние выкраивали из кожно-мышечного лоскута, связанного с костным трансплантатом. Впервые такую операцию осуществил А. Bardenheuer (1892). Дефект нижней челюсти, образовавшийся после резекции по поводу саркомы, он заместил костным трансплантатом, взятым из лобной области. В это же время А. Wildt (1892) произвел остеопластику нижней челюсти трансплантатами из ключицы на ножке из мягких тканей; результаты операции неизвестны. А. Wolfler (1892) для замещения дефекта нижней челюсти использовал трансплантат на длинной ножке, взятый из лопатки. Трансплантат некротизировался и был удален. Восстановить непрерывность нижней челюсти не удалось. Несколько позднее для восстановления непрерывности кости при небольших послеоперационных дефектах нижней челюсти применяли трансплантаты на ножке, взятые из нижней челюсти [Дьяконов П. И., 1897; Дешин А. А., 1897; Bardenheuer, 1896; Krause, 1904].

В начале XX века аутоостеопластика нижней челюсти получила новое направление: была доказана возможность замещать дефекты нижней челюсти по способу свободной пересадки кости. В. М. Зыков в 1900 г. в асептических условиях устранил дефект подбородочного отдела аутотрансплантатом длиной 4 см, выпиленным с противоположной стороны нижней челюсти. Трансплантат успешно прижился, результаты прослежены в течение 11 лет. Необходимо отметить, что В. М. Зыков произвел "вторичную" остеопластику и особо подчеркивал важность сохранения асептичности операционного поля и трансплантата.

Вскоре после этого некоторым хирургам удалось выполнить вторичную костную аутопластику нижней челюсти свободно пересаженными трансплантатами из большеберцовой кости и ребра. Однако первичная костная пластика никому не удавалась из-за нагноения и отторжения. В связи с этим сложилось мнение, что свободную аутопластику нижней челюсти следует применять только вторично. При этом большое значение придавали иммобилизации отломков и целесообразности использования для аутопластики ребра и гребня подвздошной кости [Петров Н. Н., 1913].

Этот период остеопластики охватывает 25 лет. В основном применяли два способа костной пластики нижней челюсти аутогенным трансплантатом: одномоментную свободную пересадку кости и двухэтапную пересадку биологически подготовленного трансплантата. Значительному успеху в развитии костной пластики нижней челюсти способствовало предложение С. С. Тигерштедта (1916) использовать для фиксации отломков назубные алюминиевые шины, которые в дальнейшем были усовершенствованы [Лимберг А. А., 1923; Ванкевич М. М., 1924; Рауэр А. Э., 1932].

Широкое развитие костная пластика нижней челюсти получила в годы Великой Отечественной войны и послевоенные годы. Большое внимание уделялось надежным методам иммобилизации отломков. Появление различных паяных и штампованных лабораторных шин, съемной верхнечелюстной шины Ванкевич (1945) позволили значительно улучшить результаты операций. Широкое распространение получили внеротовые аппараты [Рудько В. Ф., 1945; Penn J., Brown L., 1943], которые в дальнейшем были модифицированы [Вернадский Ю. И., 1957; Збарж Я. М., 1957; Уваров В. М., 1958]. Кроме того, были предложены накостные пластины для местной фиксации отломков [Павлов Б. Л., 1959].

Появление более современных способов фиксации отломков нижней челюсти позволило упростить костную пластику и за счет обеспечения неподвижности трансплантата с использованием ранней функциональной нагрузки улучшить ее результаты. Стало возможным использование расщепленного ауторребра [Лимберг А. А., 1944; Наумов П. В., 1949; Панчоха В. П., 1959]. Положительные результаты наблюдались более чем в 90 % случаев. Однако осложнения, связанные с взятием ауторребра (пневмо- и гемоторакс), и переломы аутооттрансплантата в отдаленные сроки заставили изменить тактику.

А. И. Евдокимов (1950), Н. М. Михельсон, А. Э. Рауэр, T. Blocker, L. Weis (1946) для замещения дефектов нижней челюсти использовали трансплантаты из гребешка подвздошной кости. В дальнейшем свободная аутоостеопластика не претерпела значительных изменений, и методики в описании различных авторов отличались лишь изменением размеров и формы аутооттрансплантата. Лишь в последнее время для замещения дефектов нижней челюсти стали более широко использовать свободные аутооттрансплантаты со свода черепа — расщепленные и полнослойные.

Следует отметить, что покровные кости подвержены резорбции в меньшей степени, чем другие трансплантаты и пересадка их в большем проценте случаев дает положительный результат.

Анализ основных методов костной аутопластики нижней челюсти позволил прийти к заключению, что практически всем видам аутооттрансплантатов, несмотря на

их положительные остеопластические свойства, присущ ряд недостатков: 1) взятие трансплантата сопряжено с дополнительной травмой; 2) не всегда удается получить трансплантат желаемой формы и добиться хорошего эстетического результата.

В начале XX века для замещения дефектов нижней челюсти рядом авторов были использованы неденатурированные и вываренные костные аллотрансплантаты, взятые у здоровых людей [Петров Н. Н., 1911; Lexer E., 1908; McEwen W., 1909].

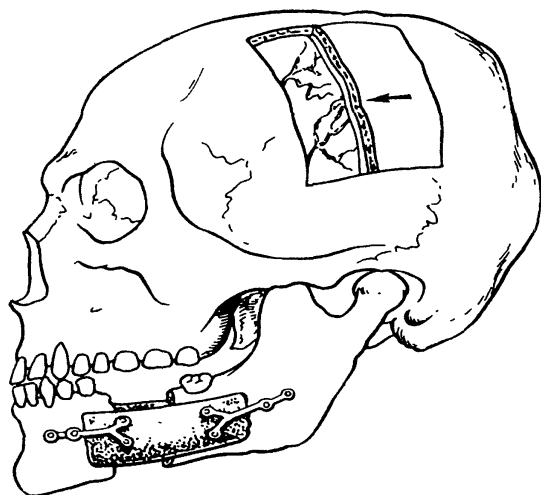


Рис. 24.1. Замещение дефекта тела нижней челюсти послойным аутогнатом со свода черепа (схема).

Однако практически во всех странах пересадка костного аутогната в условиях первичной или вторичной пластики не давала положительных результатов вследствие нагноения или отторжения. Даже несмотря на появление антибиотиков, применение свежих аллотрансплантатов не получило в то время широкого клинического распространения из-за отсутствия возможности длительного хранения и надежных средств борьбы с инфекцией [Симельсон Е. Б., 1945; Петров В. И., 1964; Camera, 1954]. Развитие аллопластики невозможно без заготовки тканей впрок и без консервации их на длительное время, указывали авторы.

Начиная с 1951 г. в челюстно-лицевой хирургии стали использовать аллотрансплантаты, консервированные методом лиофилизации [Kreis S. F. et al., 1951]. Лيوфилизированной костной тканью замещали полостные дефекты после удаления радикальных кист, ретинированных зубов [Загубелюк Н. К., 1979]. В таких случаях удобнее применять измельченные трансплантаты, так как регенерация костной ткани, а следовательно, рассасывание и замещение трансплантатов новообразованной костью, в основном зависят от скорости прорастания в них кровеносных сосудов со стороны воспринимающего костного ложа и окружающих мягких тканей реципиента. Чем больше контактная поверхность, тем интенсивнее протекает этот процесс. Наиболее выраженными остеогенетическими свойствами обладают трансплантаты, измельченные до состояния порошка (костная мука). По данным Н. К. Загубелюк (1979), отрицательные результаты при подобном оперативном вмешательстве составили около 10 %. Однако костная мука, несмотря на хорошие остеогенетические свойства, может быть использована лишь при заполнении костных полостей, поскольку такому материалу очень трудно придать необходимую форму. Описаны

результаты костной пластики лиофилизированными аллотрансплантатами при замещении дефектов нижней челюсти с нарушением ее непрерывности [Горячева Т. Н., 1972; Пузанов В. И., 1973], для контурной пластики [Nasteff, 1966]. Названные авторы использовали трансплантаты как из кортикального слоя, так и из губчатой кости.

При экспериментальных исследованиях и клинических наблюдениях, проведенных под руководством Н. А. Плотникова, установлены хорошие пластические свойства лиофилизированных ортотопических трансплантатов из нижней челюсти. Они являются незаменимым пластическим материалом, особенно при замещении обширных дефектов нижней челюсти и артропластике височно-нижнечелюстного сустава. По данным П. В. Наумова (1965), А. А. Колесова и соавт. (1972), Н. К. Загубелюк (1971), В. И. Пузанова (1973), Mellonigh J. и соавт. (1976), более чем в 90 % случаев получены хорошие функциональные и эстетические результаты. Группе исследователей во главе с Н. А. Плотниковым присуждена Государственная премия СССР за разработку методов реконструктивной хирургии челюсти и височно-нижнечелюстного сустава с целью восстановления анатомической целостности и функции жевательного аппарата. Предложен ряд методик взятия, стерилизации, лиофилизации, хранения и транспортировки биопластического материала. Разработаны новые методики первичного и вторичного восполнения дефектов нижней челюсти различной протяженности и локализации лиофилизированными аллотрансплантатами. По мнению этих исследователей, биологическая структура и однотипность ортотопических трансплантатов создают наилучшие условия для развития регенерата. В то же время В. И. Говалло (1979) считает, что васкуляризация трансплантатов не зависит от того, пересажена ли кость орто- или гетеротопно.

Анкилоз ВНЧС — это стойкие органические изменения в суставе или в окружающих тканях, ведущие к значительному ограничению или полной потере подвижности вследствие разрастания фиброзной или костной ткани. Различают фиброзный и костный внутри- и внесуставной анкилоз, причем последний может быть только костным. Классификация. Наиболее полной является предложенная Г.П. Иоаннидис (1974) классификация анкилозов, в основу которой положены клинико-анатомические изменения. Различают следующие клинические формы анкилозов:

1. По этиологии: инфекционный, травматический и др.
2. По морфологическому субстрату процесса: костный (чаще у детей и юношей), фиброзный (у лиц зрелого возраста).
3. По локализации процесса: односторонний, двусторонний.
4. По степени распространения спаек: неполный, или частичный, полный, распространенный.
5. По характеру сопутствующих изменений костей лица: с микрогенией, без микрогении.

Этиология. Факторами, приводящими к анкилозированию, являются инфекционные заболевания ВНЧС и травмы, особенно в детском возрасте. По данным Г.П. Иоаннидис (1974), анкилозы инфекционного происхождения встречаются у 88,2 %, а травматического — у 87,8 % детей.

Патогенез анкилоза ВНЧС недостаточно изучен, но представляется следующим образом. В результате воспаления или травмы происходят повреждение и расплавление мягких тканей суставных поверхностей сочленения и образование между ними фиброзной или костной спайки. В связи с тем, что в детском возрасте головки нижней челюсти покрыты тонким гиалиновым хрящом, суставной диск представлен коллагеновой соединительной тканью, а бугорок и суставная ямка выстланы надкостницей и лишены хрящевого покрытия. Процесс разрушения их протекает гораздо быстрее, чем у взрослых, и между соприкасающимися оголенными суставными поверхностями быстро происходит костное сращивание. В зрелом возрасте хрящевые элементы сустава представлены волокнистым хрящом. Разрушение их происходит медленнее, что в результате вяло текущего воспалительного процесса приводит к образованию рубцовой фиброзной ткани.

Клиническая картина при анкилозе ВНЧС зависит от возраста, в котором развился анкилоз, и имеет следующие проявления. Заболевание развивается в основном в детском и юношеском возрасте. Причинами его могут быть травма, послеродовые травматические повреждения, воспалительные процессы вблизи мышечкового отростка (отит, мастоидит, остеомиелит ветви нижней челюсти).

В начале патологического процесса (артрит) хрящевые поверхности мутнеют. Мениск расщепляется на волокна. Суставная капсула сморщивается. Синовиальная оболочка перерождается. Хрящ постепенно исчезает. Обе суставные поверхности превращаются в плотную рубцовую соединительную ткань (фиброзный анкилоз), которая затем окостеневаает, т.е. возникает костный анкилоз

Фиброзный анкилоз развивается в тот период, когда заканчивается формирование лицевого скелета. Деформация нижней челюсти при этом отсутствует. В начальной стадии заболевания отмечается ограничение открывания рта. Постепенно амплитуда движений нижней челюсти сокращается. В поздней стадии эти движения могут сохраниться лишь в горизонтальном направлении. При пальпации суставные головки в большей или меньшей степени подвижны. Рентгенологически фиброзный анкилоз характеризуется неравномерностью ширины суставной щели. Местами последняя трудно прослеживается вследствие образования фиброзных спаек.

Анкилоз ВНЧС может быть односторонним и двусторонним, а также полным или частичным. При частичном костном анкилозе сохраняются остатки суставного хряща и участки поверхности суставной головки, при полном — развивается неподвижность нижней челюсти. Характерна деформация нижнего отдела лица, обусловленная нарушением (одно- или двусторонним) зон роста. Выраженность деформации челюсти зависит от времени возникновения анкилоза.

При одностороннем анкилозе наблюдаются смещение средней линии лица в сторону поражения, уплощение тканей по ходу тела нижней челюсти на неповрежденной стороне и выбухание на стороне поражения за счет укорочения ветви и тела нижней челюсти. При пальпации суставных головок движения в пораженном суставе не определяются, а в суставе противоположной стороны — ограничены. Отмечаются множественное разрушение зубов, обильные зубные отложения с явлениями гингивита; прикус перекрестный. При двустороннем анкилозе резко выражено западение подбородочного отдела нижней челюсти вследствие укорочения с обеих сторон основания тела и ветвей ее, что приводит к смещению языка и

нарушению функции дыхания. Передний отдел верхней челюсти как бы нависает над нижним; нарушается прикус. Часто передние нижние зубы контактируют со слизистой оболочкой неба, наблюдается их дистопия (веерообразное расположение). Прием пищи затруднен, санация полости рта невозможна.

Диагностика. Клиническая картина поражения сустава при фиброзном анкилозе подтверждается при рентгенологическом исследовании. Определяются резкое сужение и деформация обеих рентгеновских суставных щелей, которые просматриваются не на всем протяжении суставных площадок. Как правило, суставные площадки головок неровные, с выраженным, но неравномерным субхондральным склерозом замыкающих пластинок на головках и впадинах. Рентгенограммы свидетельствуют о минимальном скольжении головок вперед и отсутствии ротационных движений.

Рентгенологически при полном костном анкилозе отмечается укорочение ветви и мышечкового отростка нижней челюсти. Последний расширен и в виде костного разрастания соединяется с суставной впадиной височной кости. Суставная щель не определяется. Угол челюсти деформирован, на нем образуется шпора. Если в процесс вовлекается венечный отросток, то вместе с суставным он образует единый костный массив. При неполном костном анкилозе на большем или меньшем протяжении сустава выявляется щель; форма суставной головки частично сохронена.

Лечение фиброзного анкилоза следует начинать с консервативных мероприятий. В начальной стадии заболевания следует использовать физиотерапевтические методы (фонофорез, ультразвук), рассасывающие медикаментозные средства (раствор калия йодида, лидаза, гиалуронидаза, гидрокортизон и т.д.). Иногда в сустав инъецируют гидрокортизон по 25 мг 2 раза в неделю; на курс 5—6 инъекций. Под влиянием гидрокортизона рассасываются фиброзные спайки внутри сустава (особенно молодые).

При недостаточном эффекте терапии возможно проведение насильственного открывания рта (редрессация) в сочетании с указанными методами лечения и механотерапией.

Лечение костного и стойких форм фиброзного анкилоза хирургическое. Оно направлено на восстановление функции нижней челюсти и устранение деформации путем создания ложного сустава.

Наиболее рациональным местом остеотомии является граница между верхней и средней третью ветви нижней челюсти, т.е. над нижнечелюстным отверстием. При осуществлении только линейной остеотомии часто возникают рецидивы. В результате замедленного образования замыкательной костной пластинки на остеотомированных поверхностях происходит срастание этих поверхностей. Во избежание срастания костных фрагментов создают широкие пространства между костными фрагментами путем их скелетирования, применяют интерпозицию различными тканями и материалами, используют метод ранней и эффективной механотерапии челюстей, лучше специальными аппаратами. При фиброзных анкилозах проводят также ортопедическое лечение [Петросов Ю.А. и др., 1996]; редрессацию фиброзных спаек, активную механотерапию вне- и внутриротовыми аппаратами, ортопедическое исправление прикуса, физиотерапию.

Контрактура височно-нижнечелюстного сустава – это сведение челюстей различной этиологии, вплоть до полной неподвижности нижней челюсти.

Воспалительная контрактура (тризм) возникает при непосредственном и рефлекторном раздражении аппаратов, связанных с иннервацией жевательных мышц (болевое раздражение из очага воспаления).

Различают три степени воспалительной контрактуры. При первой степени открывание рта слабо ограничено и возможно в пределах 3-4 см между режущими поверхностями верхних и нижних центральных зубов; при второй – отмечается ограничение открывания рта в пределах 1-1,5 см; при третьей – рот открывается менее чем на 1 см.

Лечение воспалительной контрактуры сводится к ликвидации воспалительного процесса. В случае невозможности доступа к вскрытию гнойного очага в полости рта необходимо снять спазм жевательных мышц путем проведения блокады двигательных ветвей третьей ветви тройничного нерва по Берше-Дубову. При длительности воспалительного процесса со сведением челюстей более недель показаны физиотерапия и лечебная гимнастика.

Рубцовая контрактура - возникает вследствие рубцовых изменений тканей, окружающих нижнюю челюсть. Это происходит при язвенно-некротических процессах в полости рта (нома, осложнения после скарлатины, тифа, сердечно-сосудистых декомпенсациях, хронических специфических процессах (сифилис, туберкулез, актиномикоз), термических и химических ожогах, травме (в том числе после операций удаления доброкачественных и злокачественных опухолей). Заживление ран вторичным натяжением ведет к образованию рубцовой ткани, представленной коллагеновыми волокнами, которая практически не растягивается. Это приводит к деформации тканей и органов.

Различают дерматогенную, десмогенную (соединительнотканную), миогенную, мукозогенную и костную контрактуры.

Клиническая картина характеризуется сведением челюстей I, II, III степени. Дерматогенные и мукозогенные рубцы, а также рубцы, замещающие сквозной дефект, определяются визуально, глубокие – пальпаторно. Движения суставных головок сохраняются (небольшие качательные и боковые движения нижней челюсти).

Лечение рубцовых контрактур может быть консервативным, с применением парафина, пирогенала, тканевой терапии по В.П. Филатову, лидазы, репидазы, гидрокортизона, вакуум терапии, ультразвука, гелий-неонового лазера и т.д. Главная цель консервативного лечения – предотвращение развития гиалиноза коллагеновых волокон. Эти методы лечения эффективны при свежих «молодых» рубцах давностью не более 12 месяцев. В других случаях показано хирургическое лечение. Оперативное вмешательство заключается в рассечении рубцов, иссечении рубцовой ткани и замещении ее другой тканью. Для этого используют различные методы пластики: встречными треугольными лоскутами, лоскутами на ножке, свободной пересадкой тканей (кожа, подкожная клетчатка, фасция и т.д.), филатовским стеблем или лоскутом с использованием микрососудистых анастомозов (при глубоких рубцах).

Для предотвращения рецидива рубцовых контрактур после хирургических вмешательств необходимо проводить лечебную гимнастику, в том числе механотерапию.

Рекомендуемая литература

-основная:

Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2003 г.

-дополнительная:

1. Бернадский Ю.И.» Основы хирургической стоматологии» Киев,1998.
2. «Атлас реконструктивных операций на челюстях» В.А. Сукачев (с.41,42)
3. «Руководство по хирургической стоматологии» В.М.Безруков и Т.Г.Робустова.- 2000. Том 2 с.249-263, рис.26.1, 26.2, 26.3, 26.4.
4. «Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области» Ю.И. Бернадский. Москва, 2003г., с.282-332.
5. Интернет сайты:

www.chicagocentre.com www.implantplus.azerin.com www.ukrdental.com
dentist.spb.ru www.nidr.nih.gov spb-mfs.narod.ru www.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 1

ТЕОРИИ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ.

МЕЖДУНАРОДНАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ.

СТАДИИ РАЗВИТИЯ ОПУХОЛЕЙ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|---|---|
| | Преподаватель | |
| 1-этап Введение в учебное занятие 10- минут | 1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия. | Слушают и записывают |
| 10- минут | 1.2. Дать список литературы (приложение №1) | Слушают и записывают |
| 15- минут | 1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия. | Отвечают на вопросы |
| 5- минут | 1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2) | Слушают |
| 2- этап Основная часть 25- минут | 2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради. | Отвечают на вопросы и обсуждают их Задают поясняющие вопросы |
| 15- минут | 2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3) | Обсуждают материалы игры Задают вопросы |
| 15- минут | 2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её. | Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему. |
| 5- минут | 2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”. | Слушают |
| | 2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные | |

| | | |
|----------------|---|-------------------------------|
| 10- минут | задачи (приложение №3.2) | Решают тесты. |
| 50- минут | 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). | Курируют больных |
| 40- минут | Перемена | |
| 20- минут | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают Задают вопросы |
| 3- этап | | |
| Заключительный | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| 40- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе(приложение 5) | Слушают и сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| 10- минут | | |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Понятие опухоли.
2. Международная гистологическая классификация опухолей.
3. Основные признаки доброкачественности опухоли и опухолеподобных образований.
4. Правила выполнения биопсии. Цитологическое исследование.
5. Диспансеризация больных с опухолями челюстно-лицевой области.

Содержание занятия

Теоретическая часть

Опухоль новообразование («neoplasma» от греч.«neos» новый, «plasma» образование) или бластома (от греч. «blastos» росток) являются общепринятыми синонимами, обозначающими как доброкачественные, так и злокачественные онкологические процессы.

Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи

Опухоли лица, челюстей и шеи составляют, по нашим данным, более 13% всех хирургических стоматологических заболеваний. Они имеют своеобразное течение, обусловленное близким расположением жизненно важных органов, наличием зубов и др. Эти опухоли часто вызывают функциональные и косметические нарушения, а также могут привести к смертельному исходу (злокачественная опухоль).

Новообразования органов лица и полости рта весьма многообразны, что связано с их формированием из различных тканевых структур. С целью стандартизации номенклатуры онкологических заболеваний Всемирная организация здравоохранения за последние десятилетия создала Международную гистологическую классификацию опухолей (МГКО). Она отражает современный уровень научных и практических достижений в области онкологии и с наибольшей полнотой представляет разнообразие опухолевых заболеваний. Следует подчеркнуть, что определение клинических форм поражения должно основываться на знании морфологии, так как понимание сущности заболевания необходимо в диагностике и лечении больного.

В основу МГКО положено три принципа: анатомическая локализация, гистологический тип и деление на доброкачественные и злокачественные новообразования. В соответствии с локализацией опухолевого процесса созданы отдельные серии классификаций, три из них посвящены опухолям лица

и челюстей, которые называют органоспецифическими. Это опухоли одонтогенные, слюнных желез и слизистой оболочки рта. Новообразования лица, органов полости рта и челюстей, не являющиеся органоспецифическими, идентичны опухолям других локализаций, приведенных в сериях, посвященных опухолям кожи, мягких и костных тканей. Гистологический признак основан на гистогенезе опухолей.

Все новообразования подразделяют на истинные опухоли, опухолеподобные поражения и кисты. В сериях, освещающих новообразования кожи, а также слизистой оболочки полости рта и ротоглотки, отражены и предраковые состояния.

По данным МГКО, понятие предракового состояния основывается на связи предшествующих доброкачественных поражений с развивающейся карциномой. Термины «опухоль» и «новообразование» используются для обозначения аномальной массы ткани с избыточным разрастанием, которое не координировано с ростом нормальной ткани и продолжается столь же чрезмерно после прекращения действия причин, его вызвавших. Клеточная пролиферация, неопластическая природа которой сомнительна, обозначается как опухолеподобное разрастание, процесс или поражение.

Опухоли тканей и органов полости рта и ротоглотки (ВОЗ, серия №4) -1

I. Опухоли, исходящие из многослойного плоского эпителия

A. Доброкачественные

Плоскоклеточная папиллома.

Б. Злокачественные:

1. Интраэпителиальная карцинома (карцинома)
2. Плоскоклеточный рак
3. Разновидности плоскоклеточного рака:
 - а) веррукозная карцинома;
 - б) веретенчатая карцинома;
 - в) лимфоэпителиома.

II. Опухоли, исходящие из железистого эпителия

III. Опухоли, исходящие из мягких тканей

A. Доброкачественные

1. Фиброма
2. Липома
3. Лейомиома
4. Рабдомиома
5. Хондрома
6. Остеохондрома
7. Гемангиома: а) капиллярная б) кавернозная
8. Доброкачественная гемангиоэндотелиома
9. Доброкачественная гемангиоперицитомы
10. Лимфангиома: а) капиллярная б) кавернозная в) кистозная
11. Нейрофиброма
12. Неврилеммома (невринома, шваннома)

Б. Злокачественные

1. Фибросаркома
2. Липосаркома
3. Лейомисаркома
4. Рабдомиосаркома
5. Хондросаркома
6. Злокачественная гемангиоэндотелиома (ангиосаркома)
7. Злокачественная гемангиоперицитомы
8. Злокачественная лимфангиоэндотелиома (лимфангиосаркома)
9. Злокачественная шваннома.

IV. Опухоли, исходящие из меланогенной системы:

A. Доброкачественные

1. Пигментный невус
2. Непигментный невус

Б. Злокачественные

Злокачественная меланома

V. Опухоли спорного или неясного генеза:

A. Доброкачественные

1. Миксома
2. Зернистоклеточная опухоль (зернистоклеточная «миобластома»)
3. Врождённая «миобластома».

Б. Злокачественные

1. Злокачественная зернистоклеточная опухоль (злокачественная неорганоидная зернистоклеточная «миобластома»)
2. Альвеолярная мягкотканная саркома (злокачественная органоидная зернистоклеточная «миобластома»)
3. Саркома Капоши

VI. Неклассифицируемые опухоли

VII. Опухолеподобные состояния

1. Обычная бородавка
2. Сосочковая гиперплазия
3. Доброкачественное лимфоэпителиальное поражение
4. Слизистая киста
5. Фиброзное разрастание
6. Врождённый фиброматоз
7. Ксантогранулёма
8. Пиогенная гранулёма
9. Периферическая гигантоклеточная гранулёма (гигантоклеточный эпulis)
10. Травматическая неврома
11. Нейрофиброматоз

Новообразования кровеносных сосудов (ВОЗ, серия №3)

A. Доброкачественные

1. Гемангиома:
 - а) доброкачественная гемангиоэндотелиома
 - б) капиллярная гемангиома (юношеская гемангиома)
 - в) кавернозная гемангиома
 - г) венозная гемангиома
 - д) гроздьевидная, или ветвистая, гемангиома (артериальная, венозная, артериовенозная).

A. Злокачественные

1. Злокачественная гемангиоэндотелиома (ангиосаркома).
2. Злокачественная гемангиоперицитома

Гистологическая классификация лимфангиом (ВОЗ, серия №3)

A. Доброкачественные

1. Лимфангиома:
 - а) капиллярная
 - б) кавернозная
 - в) кистозная (гигрома).
2. Лимфангиома.
3. Системный лимфангиоматоз.

Б. Злокачественные

Злокачественная лимфангиоэндотелиома (лимфангиосаркома).

Алгоритм диагностических мероприятий

| Этапы действия | Критерии самоконтроля |
|----------------------|--|
| | <i>Жалобы больного</i> |
| 1.1. Наличие опухоли | При новообразованиях, характеризующихся “плюс” - тканью. |
| 1.2. Наличие язвы | Возможно при злокачественной опухоли. |
| 1.3. Боли | Возможны. |
| 1.4. Запах зловонный | При раковых язвах, распаде злокачественных |

| | |
|---|--|
| <p>1.5. Наличие свища</p> <p>1.6. Затрудненное открывание рта</p> <p>1.7. Нарушение жевания</p> <p>1.8. Подвижность, смещение или отсутствие зубов</p> <p>1.9. Парез мимических мышц</p> <p>1.10. Нарушение чувствительности мягких тканей и зубов</p> <p>1.11. Кровотечение</p> <p>1.12. Затруднение носового дыхания</p> <p>1.13. Выделения из носа (гнойно-кровянистые, гнойные со зловонным запахом)</p> <p>1.14. Отёк век, слезотечение, Смещение глазного яблока, нарушение зрения</p> <p>1.15. Изменение общего состояния а) слабость, потеря веса б) озноб, повышение температуры</p> | <p>опухолей и метастазов.</p> <p>Возможно при кистозных опухолях челюстей, врожденных свищах и кистах шеи и языка, опухолях.</p> <p>При опухолях ветви нижней челюсти, раке слизистой оболочки полости рта в области крыловидно-нижнечелюстной складки, опухолях в области бугра верхней челюсти.</p> <p>При раке слизистой оболочки полости рта. Может быть при раке и кистозных новообразованиях челюстей.</p> <p>При доброкачественных и злокачественных опухолях челюстей.</p> <p>При злокачественной опухоли околоушной слюнной железы, вследствие поражения лицевого нерва.</p> <p>Возможно при злокачественных опухолях челюстей, вследствие поражения ветвей тройничного нерва.</p> <p>Возможно при гемангиомах мягких тканей и челюстей, эрозии стенки сосуда раковой опухолью.</p> <p>Возможно при опухолях верхней челюсти с прорастанием в полость носа и решетчатый лабиринт.</p> <p>Возможны при злокачественных опухолях верхней челюсти.</p> <p>При запущенных злокачественных опухолях верхней челюсти задне-верхней локализации с прорастанием опухоли в глазницу, решётчатый лабиринт</p> <p>Возможно при злокачественной опухоли</p> <p>При нагноении врождённых кист, амелобластомы, радикулярной и фолликулярной кист, злокачественных опухолях в стадии распада</p> |
| | <i>Анамнез заболевания</i> |
| <p>2.5. Наследственность (наличие онкологических заболеваний в семье)</p> <p>2.6. Перенесенные и сопутствующие заболевания</p> <p>2.7. Профессиональные вредности</p> <p>2.8. Вредные привычки</p> | <p>Имеет значение.</p> <p>Для выяснения общего состояния больного</p> <p>Способствуют возникновению предраковых состояний и злокачественных опухолей</p> <p>Способствуют возникновению предраковых состояний и злокачественных опухолей</p> |
| | <i>Обследование больного</i> |
| <p>3. Оценка общего состояния больного (осмотр, аускультация, пальпация, перкуссия) Выяснение патологии органов по системам</p> <p>4. Оценка местного статуса(осмотр, пальпация, инструментальное обследование)</p> <p>4.1. Конфигурация лица и шеи</p> <p>4.2. Характер поражения</p> | <p>Кахексия - признак злокачественной опухоли. Имеет значение.</p> <p>При опухолях.</p> <p>При системных заболеваниях.</p> <p>При доброкачественных и злокачественных</p> |

| | |
|---|--|
| <p>а. единичный б. множественный в. экзофитный рост (“плюс ”- ткань) г. эндофитный рост (язва, инфильтрат) д) изменение цвета е) локализация ж) форма (гладкая, бугристая) з) размеры (в см) и) консистенция к) контуры опухоли л) симптом наполнения, пульсации, исчезновения окраски м) спаянность с окружающими тканями</p> <p>4.3. Состояние регионарных лимфатических узлов а) наличие узлов б) размеры (в см) в) консистенция г) подвижность</p> <p>4.4. Внутриворотной осмотр а) прикус б) зубная формула в) смещение, подвижность зубов г) разрастание тканей в лунке зуба д) состояние слизистой оболочки е) язык</p> | <p>опухолях.</p> <p>Для злокачественной опухоли характерна язва с кровоточащим дном и инфильтрацией окружающих тканей.</p> <p>Возможно при злокачественных сосудистых и пигментных опухолях</p> <p>Имеет значение</p> <p>Для доброкачественных опухолей характерны четкие контуры, нечеткие - для злокачественных</p> <p>Для доброкачественных опухолей характерны четкие контуры, нечеткие - для злокачественных</p> <p>При сосудистых опухолях, окраска не исчезает при пигментообразующих опухолях</p> <p>Характерна для злокачественных опухолей</p> <p>В норме не увеличены Имеет значение Плотные лимфоузлы возможны при метастазах Неподвижные лимфоузлы характерны для метастазов Возможно нарушение прикуса</p> <p>Возможно при доброкачественных и злокачественных опухолях</p> <p>Может при доброкачественной и злокачественной опухоли</p> <p>Изменяется при злокачественных опухолях</p> <p>Возможны ограничения подвижности.</p> |
| <p>5.1. Электроодонтометрия (ЭОМ)</p> <p>5.2. Лучевая диагностика</p> <p>5.3. Рентгенография: а) обычная б) контрастная в) органов грудной клетки г) УЗИ</p> <p>5.4. Морфологическая верификация опухоли: а) цитологическое исследование б) патогистологическое исследование</p> | <p>Дополнительные методы обследования</p> <p>Снижение или отсутствие реакции пульпы зуба. При доброкачественных опухолях челюстей очаг деструкции имеет четкие границы, при злокачественных - нечеткие. Для уточнения распространенности процесса. Возможны метастазы при злокачественных опухолях. Проводится в обязательном порядке. Наличие характерных клеточных элементов. Наличие характерных тканей.</p> |
| | <p>Дифференциальная диагностика между патологическими процессами</p> |
| <p>6.1. Воспаление неспецифическое</p> | <p>Характерны инфильтрат, местная гиперемия, местная гипертермия, боль, отёк, возможны абсцедирование, повышение температуры тела и острое начало.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>6.2. Специфическое воспаление</p> | <p>Специфические элементы поражения: туберкулезная язва резко болезненна; при актиномикозе - плотный деревянистый инфильтрат с цианотичной кожей, на коже возможны свищи и рубцы; сифилитическая язва имеет "восковое" дно. Имеют значение серологические реакции и анамнез.</p> |
| <p>6.3. Трофические нарушения</p> | <p>Имеется язва: в анамнезе- декомпенсация сердечно-сосудистой системы.</p> |

Правила выполнения биопсии

- биопсия должна выполняться в условиях операционной или перевязочной с соблюдением всех правил асептики или антисептики.
- необходимо хорошее освещение операционного поля, чтобы можно было установить границы новообразования и интактной ткани.
- с учетом локализации и предполагаемой сложности операции следует определить метод обезболивания.
- биопсия должна выполняться острым инструментом.
- иссечённый фрагмент опухоли должен быть аккуратно вывихнут из раны, грубые манипуляции нарушают правила абластики.
- опухолевая ткань должна иссекаться не в центре новообразования, а с периферии, при этом обязательно иссечение вместе с опухолевой и части интактной ткани: в центре опухоли часто бывают явления распада, некроза, вторичного воспаления тканей, морфолог может не обнаружить в присланном материале характерных признаков опухолевого роста.
- Несоответствие морфологического заключения клиническим признакам должно заставить врача повторно выполнить биопсию, хотя это и чревато дополнительной травмой опухоли и потерей времени.
- по окончании операции рана должна быть ушита по всем правилам хирургии; если ушить рану невозможно, например, после инцизионной биопсии большой раковой язвы - необходимо остановить кровотечение диатермокоагуляцией сосудов новообразования.
- иссеченный участок опухоли должен быть осмотрен хирургом и подробно описан в истории болезни (размеры, консистенция, цвет, характер поверхности, вид на разрезе). После этого материал должен быть помещён в 10% раствор формалина и немедленно промаркирован с указанием ФИО больного, фамилии хирурга, выполнявшего биопсию; в противном случае материал может быть перепутан или потерян.
- по окончании операции хирург заполняет лист биопсии, с которым маркированный материал отправляется в патоморфологическую лабораторию.

Цитологическое исследование

- Мазки - отпечатки, получаемые путём непосредственного контакта предметного стекла с поверхностью опухоли; чаще этот метод применяется при язвенных формах новообразований
- соскоб делают при язвенных формах новообразования: осторожными движениями скальпеля или шпателя берут материал с поверхности опухоли и наносят его на предметное стекло, которое должно быть предварительно промаркировано, высушено и обезжирено
- эксфолиативный метод -удаленные чешуйки, корочки, напластования с поверхности кожи лица, красной каймы губ, СОПР помещаются на предметное стекло; если после эксфолиации обнаруживается раневая поверхность, то на другое предметное стекло можно сделать мазок-отпечаток
- смыв и исследование промывных вод с поверхности исследуемого органа, например, из верхнечелюстной пазухи: через прокол наполнить пазуху физ раствором, затем извлечь его в тот же шприц и содержимое шприца поместить на предметное стекло
- аспирационный метод: материала из опухоли, недоступной осмотру (верхнечелюстной синус, регионарные лимфоузлы) можно получить с помощью обычного шприца и иглы диаметром около 1,5 мм: жидкость или обрывки тканей из шприца помещают на предметное стекло. Для получения материала этим методом необходимо неоднократно менять глубину вкола и направление движения иглы, поэтому аспирационное исследование надо проводить под местным обезболиванием.

Признаки новообразований

| | | |
|-----------------|--------------------------|------------------------|
| <i>Признаки</i> | <i>Доброкачественные</i> | <i>Злокачественные</i> |
|-----------------|--------------------------|------------------------|

| Границы | чёткие | нечёткие |
|---|-----------|--------------------------|
| Характеристика | медленный | быстрый, инфильтративный |
| Рецидивы | нет | да |
| Степень дифференцировки | высокая | низкая |
| Чувствительность к лучевому воздействию | нет | да |

Не все признаки абсолютны, например: высокодифференцированная капиллярная гемангиома высокочувствительна к облучению, а саркомы - радиорезистентны.

Имеются промежуточные опухоли.

Международная гистологическая классификация опухолей

Международная гистологическая классификация опухолей. (МГКО). В основу ее положено три принципа:

4. анатомическая локализация,
5. гистологический тип
6. деления на доброкачественные и злокачественные новообразования

Клиническое течение рака в зависимости от распространенности процесса подразделяют по системе TNM на 4 стадии: T (tumor) обозначает первичный очаг, N (nodus) — метастазы в регионарные лимфатические узлы, M (metastasis) — отдаленные гематогенные метастазы.

Поражение первичного очага

TS- интраэпителиальная карцинома (carcinoma in situ);

T1— опухоль до 2 см в наибольшем измерении;

T 2— от 2 до 4 см;

T3— более 4 см;

T4— опухоль распространяется на соседние органы.

Поражение регионарных лимфатических узлов

No— регионарные узлы не пальпируются;

N1— определяются смещаемые узлы на стороне поражения;

N2— смещаемые узлы на противоположной стороне или двусторонние;

N3— несмещаемые узлы на стороне поражения;

N4— несмещаемые узлы двусторонние.

Отдаленные метастазы

Mo— нет

Mi— определяются.

Сочетание различных степеней поражения TNM дает представление о клинической стадии:

I стадия — T1, No, Mo

II стадия — T2, No, Mo

III стадия — T3, No, Mo

Ti, T2, T3, Ni, M0

IV стадия — T4, No, Ni, Mo

любая T, N2, N3, Mo любая T, любая N, M1

Рецидив рака после проведенного хирургического лечения обозначают теми же символами, с внесением перед ними p, например pT, pN, pM. Выставляя диагноз в истории болезни, врач должен указать состояние TNM и определить стадию опухолевого поражения, например рак нижней губы T1 No Mo (I стадия).

10 советов стоматологу

1. У каждого осматриваемого больного необходимо исключить наличие предопухолевых процессов и опухолей.
2. Результаты осмотра обязательно регистрировать в истории болезни
3. Необходимо осмотреть кожные покровы лица и шеи. (консультация онколога и дерматолога)
4. Знать симптоматику злокачественных опухолей.
5. При подозрении на наличие злокачественных опухолей консультация онколога.
6. При атипичном течении шире пользуется консультацией коллег.
7. Все больные со злокачественными опухолями подлежат обсуждению.
8. Необходимо поводить гистологическую исследование.
9. При диспансеризации шире пользуется цитологическим исследованием.
10. Регулярно проводить сан-просвет работу

Диспансеризация

На первом, подготовительном этапе диспансеризации параллельно с составлением календарного плана профилактических осмотров осуществляют мероприятия по подготовке врачей к проведению таких осмотров: читают лекции, проводят беседы, семинары, инструктаж по заполнению отчетной документации.

Второй этап диспансеризации - проведение профилактических осмотров и формирование диспансерных групп, установив предварительный или окончательный диагноз. Лиц, у которых нет признаков опухолевого процесса, можно отнести в ГР1 (группа относительно малого риска) и им рекомендуют бросить вредную привычку, санпросвет. работа.

Третий этап диспансеризации - проведение учета после установления окончательного диагноза. Диспансеризация больных, входящих в группу риска второй степени (ГР), осуществляет участковый стоматолог, а больных, составляющих группу с повышенным риском (ГР) - специалист по заболеваниям слизистой оболочки и хирург-стоматолог.

- У каждого осматриваемого больного, независимо от его возраста и предъявляемых жалоб, необходимо исключить наличие опухолей и предопухолевых процессов челюстно-лицевой локализации.
- Результаты осмотра, целью которого являлось выявление опухолей и предопухолевых процессов, подлежат обязательной регистрации в истории болезни.
- У каждого обратившегося к врачу больного необходимо осмотреть кожные покровы лица и шеи, в случае выявления какой-либо патологии направить его на консультацию к дерматологу или онкологу.
- Наличие следующих симптомов служит основанием заподозрить у больного злокачественную опухоль:

А) появление экзофитного образования с инфильтрированным основанием, увеличивающегося в размере, кровоточащего;

Б) наличие язвы с инфильтратом в основании, незаживающей в течение 2—3 недель;

В) появление постоянных болей умеренной интенсивности в зоне патологического процесса, особенно беспокоящих больного в ночное время;

Г) появление подвижности одного или нескольких интактных зубов, сопровождающейся постоянными болями;

Д) изменение характера отделяемого из носа у больных хроническим гайморитом – появление зловонных, сукровичных выделений;

Е) постепенно нарастающий парез мимических мышц, парестезии и онемение в зоне иннервации подглазничного и подбородочного нервов;

• При подозрении на наличие злокачественной опухоли больного следует сразу же направить на консультацию в специализированное онкологическое учреждение.

• При атипичном течении заболевания необходимо шире пользоваться консультацией коллег, чаще прибегать к цитологическому и гистологическому исследованию материала, взятого из патологического очага.

• Все больные со злокачественными опухолями подлежат обсуждению с целью выявления возможных ошибок в лечебно-профилактической и диагностической деятельности врачей, формирования у них постоянной онкологической настороженности.

• Ткани патологического очага, удаляемые во время оперативного вмешательства, необходимо в обязательном порядке направлять на гистологическое исследование

Основные особенности злокачественных опухолей

В опухоли происходит постоянная дедифференцировка клеточных элементов, т. е. наблюдается анаплазия - образование все менее и менее дифференцированной ткани (от греч «ана» обратно, «plasis» формирование) Чем больше выражена анаплазия, тем более выражена злокачественность опухоли.

Каждая анаплазированная (недифференцированная) клетка наследует свои свойства следующим поколениям; при этом в каждой новой популяции степень анаплазии нарастает.

Чем более выражена в опухоли дедифференциация, тем быстрее опухоль нарастает, тем больше становится ее масса.

Опухоль способна давать метастазы и прорасти в соседние ткани; четкой границы между злокачественной опухолью и окружающими здоровыми тканями проследить невозможно.

Функция злокачественных клеток носит «неорганизованный» характер и не сообразована с потребностями жизнедеятельности организма.

Интерактивный метод:

Метод снежков

Рекомендуемая литература

-Основная:

1. Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2003 г.
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г. «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» том 1, Москва: Медицина, 2000г.
3. Шаргородский А.Г. «Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица» М.,1999.

-Дополнительная:

5. Соловьев М.М. «Онкологические аспекты в стоматологии» Ленинград,1983.
6. Рабухина Н.А. и др. «Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области»М.,1998
7. Пачес А.И. «Опухоли головы и шеи» М., 1983.
8. Шаргородский А.Г. «Атлас опухолей мягких тканей и костей лица» М. 1998.
5. Интернет сайты:

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 2

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|--|----------------------|
| | Преподаватель | |
| 1-этап | | |
| Введение в учебное занятие 10- минут | 1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия. | Слушают и записывают |
| 10- минут | 1.2. Дать список литературы (приложение №1) | Слушают и записывают |
| 15- минут | 1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия. | Отвечают на вопросы |
| 5- минут | 1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2) | Слушают |

| | | |
|----------------|---|---|
| | | |
| 2- этап | | |
| Основная часть | | |
| 15- минут | 2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.. (приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради. | Отвечают на вопросы и обсуждают их Задают поясняющие вопросы |
| 10- минут | 2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3) | Обсуждают материалы игры Задают вопросы |
| 10- минут | 2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её. | Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему. |
| 5- минут | 2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”. | Слушают |
| 10- минут | 2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2) | Решают тесты. |
| 30- минут | 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). | Курируют больных |
| 10- минут | Перемена | |
| 10- минут | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают Задают вопросы |
| 3- этап | | |
| Заключительный | | |
| 10- минут | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |

| | | |
|------------------------|---|--|
| 10- минут 10- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Слушают сами себя оценивают Записывают задания. |
| Всего | | 4 часа |

Контрольные вопросы

1. Классификация опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области.
2. Основные признаки доброкачественности опухоли и опухолеподобных образований.
3. Этиология, клиника, диагностика, клиника, лечение фибромы.
4. Этиология, клиника, диагностика, клиника, лечение фиброматоза десен.
5. Этиология, клиника, диагностика, клиника, лечение эпюлиса.
6. Этиология, клиника, диагностика, клиника, лечение липом.
7. Этиология, клиника, диагностика, клиника, лечение гемангиом.
8. Этиология, клиника, диагностика, клиника, лечение лимфангиом.
9. Диспансеризация больных с опухолями челюстно-лицевой области.

Содержание занятия

В эту группу объединяют большое число новообразований, различающихся по локализации, особенностям клинического проявления и многообразием гистологических форм.

В первую очередь в нее входят доброкачественные опухоли слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, т.е. опухоли из покровного эпителия, опухоли подлежащих мягких тканей: органые опухоли (опухоль слюнных желез), внеорганные опухоли шеи и дизонтогенетические образования (нейрофиброматоз, сосудистые дисплазии и пр.).

В соответствии с Международной классификацией опухолей № 4 (1974) доброкачественные опухоли полости рта и ротоглотки делятся на:

I. Доброкачественные опухоли, исходящие из многослойного плоского эпителия.

1. Плоскоклеточная папиллома.

II. Доброкачественные опухоли, исходящие из железистого эпителия.

III. Доброкачественные опухоли, исходящие из мягких тканей.

1. Фиброма.
2. Липома.
3. Лейомиома.
4. Рабдомиома.

5. Хондрома.
6. Остеохондрома.
7. Гемангиома: а) капиллярная; б) кавернозная.
8. Доброкачественная гемангиоэндотелиома.
9. Доброкачественная гемангиоперицитома.
10. Лимфангиома: а) капиллярная; б) кавернозная; в) кистозная.
11. Нейрофиброма.
12. Невринома (шваннома).

IV. Доброкачественные опухоли, исходящие из меланогенной системы.

1. Пигментный невус.
2. Непигментный невус.

V. Доброкачественные опухоли спорного или неясного генеза.

1. Миксома.
2. Зернистоклеточная опухоль (зернисто-клеточная «миобластома»).
3. Врожденная «миобластома».

VI. Неклассифицированные опухоли.

VII. Опухолеподобные состояния.

1. Обычная бородавка.
2. Сосочковая гиперплазия.
3. Доброкачественное лимфоэпителиальное поражение.
4. Слизистая киста.
5. Фиброзное разрастание.

При доброкачественной опухоли мягких тканей ЧЛЮ проводится исследование- общий анализ крови, мочи, свертываемости крови, расширенная биопсия (изменение опухоли с последующими патологическими исследованиями).

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.

Диагностика 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.

Фиброма. Доброкачественная опухоль мезенхимального происхождения. Построена по типу зрелой волокнистой соединительной ткани.

Клиническая картина. Фиброма представляет собой образование розового или желтоватого цвета на ножке или широком основании. Размер ножки может варьировать от нескольких миллиметров до 1—2 см. Консистенция фибромы мягкоэластическая, часто более плотная, чем у папилломы.

Фиброма отличается крайне медленным ростом, длительно существует, не беспокоя больного. При хронической травме поверхность ее ярко-красного цвета; иногда преобладают процессы ороговения. По данным В.Ф. Ермолова (1995), фибромы чаще всего обнаруживаются на слизистой оболочке щек, составляя 60 % опухолей этой локализации. Это объясняется расположением их по линии смыкания зубов, что обусловлено длительной хронической травмой. Фибромы могут выявляться и в толще мягких тканей языка, щек. У детей встречаются множественные фибромы.

Гистологическая картина характеризуется пучками коллагеновых и соединительнотканых волокон и клеток, соотношение которых неодинаково. В твердых фибромах коллагеновые волокна плотно прилегают друг к другу. В них могут наблюдаться отложение солей извести, образование примитивных костных балок. Мягкие фибромы характеризуются умеренным количеством зрелых клеточных элементов, которые определяются среди рыхло располагающихся волокон. Основное вещество мягких фибром может подвергаться слизистому перерождению. В этом случае их называют фибромиксомами. Такие фибромиксомы следует отличать от истинных миксом, наблюдающихся крайне редко. Elzav и Dutz (1978) нашли в мировой литературе описание 15 случаев истинных миксом мягких тканей полости рта, из которых 4 случая наблюдали авторы сообщения. Клинически фибромиксомы трудно отличить от фибром. Как правило, диагноз ставят на основании результатов гистологического исследования. Интерстициальные фибромы четко отграничены от окружающих тканей капсулой.

Разновидностью фибром являются ангиофибромы — опухоли с выраженным сосудистым компонентом. Их следует дифференцировать от истинных гемангиом.

Основной дифференциально-диагностический признак фибром — плотноэластическая консистенция.

Лечение — хирургическое — иссечение опухоли в пределах здоровых тканей.

Липома. Доброкачественная опухоль мезенхимального происхождения. Встречается на различных участках тела, причем в полости рта крайне редко.

Клиническая картина липомы разнообразна и зависит от локализации процесса. В области дна полости рта, под мышцами, выдвигающими язык вперед, опухоль имеет вид плотного безболезненного узла, приподнимающего мышцы дна полости рта и

языка. Опухоль, расположенная под слизистой оболочкой щеки, является образованием бледно-розового цвета, на ножке. В некоторых случаях она может иметь длинную ножку, позволяющую выводить ее из полости рта.

В первом случае липому следует дифференцировать с дермоидной кистой дна полости рта. Диагностика достаточно проста. При пункции образования в случае наличия кисты в шприце появляется значительное количество жидкости буровато-серого цвета. Липому на ножке следует отличать от фибромы слизистой оболочки полости рта.

На шее липома представляет собой узел плотной или мягкоэластической консистенции и может локализоваться в различных анатомических областях. Границы опухоли контурируются четко, при пальпации может определяться ее дольчатость. При расположении в глубоких отделах шеи под кивательной мышцей ее следует дифференцировать с врожденной кистой шеи, солитарным метастазом, внеорганными нейрогенными опухолями шеи (невриномами, нейрофибромами). В этих случаях диагноз устанавливают на основании данных цитологического исследования.

Опухоль является скоплением долек жировой ткани желтого цвета с маслянистой поверхностью, разделенных соединительно-ткаными прослойками. Четко определяется капсула опухоли. Соотношение жировых долек и стромы позволяет различать плотную липому, или фибролипому, и мягкую (*lipoma mole*), в которой соединительнотканый элемент стромы выражен слабо. Иногда при ослизнении жировой ткани развивается липомиксома.

Клинической особенностью образований из жировой ткани является проявление их в виде не только солитарных липом, но и диффузного липоматоза.

Травматическая неврома. Локализуется по переходной складке преддверия полости рта соответственно месту выхода подбородочного нерва. Встречается преимущественно у пожилых лиц с полной адентией и атрофией альвеолярного отростка нижней челюсти, пользующихся съемным зубным протезом. Возникновение невромы связано с постоянной травмой краем протеза подбородочного нерва у выхода из подбородочного отверстия.

Клинически определяется округло-овальное образование размером до 0,5 см, болезненное, плотноэластической консистенции, располагающееся под слизистой оболочкой переходной складки с вестибулярной стороны соответственно малым коренным зубам. Диагностируется на основании анамнеза и клинических данных.

Лечение травматической невромы направлено на устранение постоянного раздражения её краем протеза путем коррекции последнего или прекращения пользования им. Хирургическое лечение обычно не проводят, так как иссечение невромы ведет к потере чувствительных тканей, иннервируемых подбородочным нервом, которая воспринимается больным не менее тягостно, чем болезненность самой травматической невромы.

Хемодектома – это онкологическое поражение шеи, при котором источником опухолевого процесса считается ганглиозная ткань в области раздвоения сонной артерии. Эту область еще называют «сонным» узлом. Рецепторы шейного ганглия контролируют артериальное давление и степень кислородного насыщения крови.

Этиология. На сегодняшний день достоверная причина развития хемодектомы не установлена. Ссылаясь на статические данные, ученые утверждают о существовании генетической предрасположенности к данному виду онкологии. Заболевание в большинстве случаев диагностируется у пациентов женского пола. Хемодектома преимущественно протекает в доброкачественном варианте. Злокачественное новообразование наблюдается примерно в 10% больных.

Клиника. Ученые-онкологи в ходе клинических исследований установили следующие виды хемодектомы: 1. Злокачественное новообразование каротидного тельца. Это разновидность опухоли встречается наиболее часто. 2. Хемодектома блуждающего нерва. Жалобы больных на головные боли, периодическое ощущение головокружения, затруднения при проглатывании пищи. Для данной онкологии характерным считается крайне медленный рост опухоли. Онкобольные, как правило, обращаются к врачу после визуального определения отека мягких тканей шеи в области угла нижней челюсти. При этом опухоль может достигать значительного объёма с неправильными очертаниями. Данное новообразование в большинстве случаев имеет гладкую поверхность. Пальпация хемодектомы выявляет мягкую структуру и поперечную подвижность патологических тканей. Рост опухоли может провоцировать возникновение болевого синдрома, при котором пациенты ощущают боль в области горла, уха или головы.

Хемодектома, локализуемая в шейном отделе блуждающего нерва, может проявляться следующей симптоматикой:

Надавливание пальцами на новообразование вызывает у человека кашлевой приступ. При осмотре языка можно увидеть его отклонение от срединной линии. При длительном развитии хемодектомы и при отсутствии его лечение возникает атрофия мышц в месте расположения опухоли. возможна осиплость голоса, затруднения при проглатывании пищи, ощущение инородного тела в гортани.

Лечение каротидной хемодектомы. Больных с подозрением на хемодектому направляют на ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов, МРТ. Лечебную тактику определяют в зависимости от особенностей клинического течения болезни. При отсутствии быстрого роста и признаков злокачественности хирургическое вмешательство не показано даже при наличии значительного косметического дефекта, поскольку из-за тесной связи каротидной хемодектомы с крупными сосудами любая операция сопряжена с высоким риском для пациента. При компрессии органов шеи и хроническом нарушении мозгового кровообращения, обусловленных давлением на артерии и изменением положения ветвей сонной артерии, выполняют удаление новообразования. Сосуды сохраняют, аккуратно выделяя их из опухолевой массы. В случае, когда выделение сосуда затруднено, производят перевязку наружной сонной артерии. При тесной спаянности доброкачественной каротидной хемодектомы с сонной артерией возможно частичное вылушивание опухоли с сохранением части капсулы, прилегающей к сосуду. При злокачественном процессе осуществляют удаление опухоли, резекцию бифуркации и ветвей сонной артерии и замещение пораженных сосудов трансплантатом. При доброкачественной хемодектоме близлежащие нервы, как правило, удаётся сохранить. При злокачественных каротидных хемодектомах нервы иссекают вместе с измененными тканями. Чтобы иметь возможность контролировать кровоснабжение головного мозга, хирургическое вмешательство обычно выполняют под местной анестезией. При крупных

новообразованиях используют интубационный наркоз. Учитывая риск развития массивного кровотечения, операции проводят после подготовки достаточного количества крови, кровезаменителей и протившоковых препаратов. Радиотерапия и химиотерапия при лечении каротидных хемодектом не используется из-за их неэффективности.

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 на 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 ликвидации патологического процесса на небе. Рекомендуется изготовление протеза из другого материала или другой конструкции с освобождением неба. Показано наблюдение за больным, при отсутствии эффекта, образование следует иссечь с последующим гистологическим исследованием.

Фиброматоз десен. Большинство фиброзных поражений, обычно наблюдаемых в полости рта, является реакцией на раздражение или на повторную травму. Предполагают, что такая гиперплазия имеет генетическое происхождение. В частности, это подтверждается семейным характером поражений в нескольких поколениях, возникновением заболевания у детей раннего возраста.

Процесс локализуется в десневых сосочках, распространяется на альвеолярный отросток челюсти в пределах зубных рядов, иногда одновременно поражая альвеолярные отростки обеих челюстей.

Клинические проявления характеризуются разрастанием фиброзной ткани по всей десневой поверхности альвеолярных отростков, поднимаясь сплошным массивом вдоль коронок зубов. Слизистая оболочка над образованием обычно бледно-розового цвета. Коронки зубов как бы обрастают фиброзной тканью, при этом иногда видны лишь режущие и жевательные поверхности.

Рентгенологически при длительно текущем процессе обнаруживается разрушение костных стенок альвеол. Этот процесс наступает вследствие атрофии костной ткани. На ощупь разрастание обычно плотной консистенции, малосмещаемое. Чаще фиброматоз возникает у женщин.

Гистологически отмечается значительное разрастание коллагеновых волокон и относительно небольшое количество соединительнотканых клеток. Васкуляризация крайне бедна за исключением случаев, сопровождающихся изъязвлением или выраженным воспалением. Со временем в этих поражениях постепенно уменьшается количество клеток и воспалительная васкуляризация соответственно становится менее выраженной. Часто обнаруживается обызвествление или костеобразование.

Дифференцировать фиброматоз десен следует в первую очередь от гиперпластического гингивита. Важно иметь в виду, что ведущим признаком гингивита является воспалительный компонент (гиперемия, цианоз, отек тканей). Описаны случаи развития саркомы на фоне фиброматоза.

Лечение хирургическое и заключается в широком иссечении патологических образований. Предпочтительно производить электроиссечение с дополнительной коагуляцией очагов в области резорбированной костной ткани. При обширных поражениях у детей операции осуществляют в несколько этапов.

Особенностью симметричных фибром является расположение их на небной поверхности альвеолярных отростков верхней или нижней челюстей у последних моляров. Обычно опухоль плотной консистенции, овоидной формы. Слизистая оболочка, покрывающая фиброму, обычной окраски. Как правило, между фиброматозными образованиями и альвеолярными отростками имеется щелевидный промежуток. Опухоли бывают врожденными или возникают в раннем детском возрасте. Фибромы не вызывают дискомфорта, безболезненны, развиваются медленно.

Лечение хирургическое. Целесообразно иссечение патологических образований с надкостницей.

Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена).

Это врожденное системное образование, характеризующееся симптомокомплексом в виде деформации скелета, наличия на теле пятен кофейного цвета и обезображивания лица. Последнее обусловлено разрастанием периферических нервных волокон и фиброзной ткани, ведущим к избытку кожи и подкожной клетчатки, с потерей тургора и отвисанию их. Часто наблюдается одностороннее поражение головы, лица и шеи, при этом увеличивается и смещается вниз вместе со всеми тканями ушная раковина. При пальпации пораженной ткани отмечают болезненность и наличие в глубине плотных тяжей, напоминающих вермишель.

Лечение заключается в поэтапном иссечении пораженных тканей. Проводят его с целью устранения обезображивания лица.

Эпулис. Изучение эпулисов (фиброматозного, ангиоматозного и гигантоклеточного) в течение последних 25 лет привело к изменению отношения к ним. Объединение их только по анатомо-топографической локализации в области альвеолярного отростка челюстей не отвечает современным взглядам онкологии. Среди этих образований встречаются опухоли (фиброма, ангиома) и опухолеподобные поражения (фиброматозный и ангиоматозный эпулис). Последние отражают различные стадии хронического воспаления десны, вызванного травмой коронками, пломбой и другими факторами с выраженной продуктивной тканевой реакцией. В значительной степени морфологическая структура их также характеризует иммунологическую перестройку в очаге воспаления (фиброматозный и ангиоматозный эпулис). Гигантоклеточным эпулисом ранее обозначали ограниченные образования на десне синюшно-багрового цвета, часть которых развивается только из мягких тканей десны, другие исходят из кости альвеолярного отростка. По данным Международной гистологической классификации опухолей ВОЗ, выявлена различная сущность обоих поражений, что привело к их разделению. Образование, развивающееся из тканей десны, получило название периферической гигантоклеточной гранулемы и отнесено к

опухолеподобным поражениям мягких тканей. Образование, исходной зоной роста которого является кость, именуют центральной гигантоклеточной гранулемой (гигантоклеточной репаративной гранулемой) и рассматривают в группе костных опухолеподобных поражений.

Эпулис часто встречается в практике стоматолога. Обнаруживают его в основном у лиц зрелого возраста, чаще у женщин. Преимущественного поражения верхней или нижней челюсти не отмечается. Клинические проявления фиброматозного и ангиоматозного эпулисов довольно характерны.

Лечение фиброматозного и ангиоматозного эпулисов не всегда требует хирургического вмешательства. Первым и основным является ликвидация травмирующих факторов в виде снятия мостовидного протеза, коррекции пломбы, лечения кариозных зубов, удаления корней, нормализации прикуса. После проведенных мероприятий обычно через 2—3 нед отмечается резкое уменьшение размеров образования на десне, а в некоторых случаях исчезновение. Если не наблюдается полной регрессии эпулиса (это встречается чаще при больших гранулемах, локализующихся в области нескольких зубов), то он уплотняется, сокращается, по цвету становится неотличимым от окружающей слизистой оболочки, и торопиться удалять его не следует, так как процесс обратного развития может продолжаться несколько месяцев. В случае необходимости протезирования возможно удаление эпулиса.

Студент должен знать:

- клинические проявления фибромы;
- классификацию и клинические проявления гемангиом, лимфангиом, эпулиса;
- дифференциальную диагностику опухолеподобных образований и опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области;
- планирование лечения опухолеподобных образований и опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области.

Студент должен уметь:

- обследовать больного с опухолеподобными образованиями и опухолями мягких тканей челюстно-лицевой области;
- подготовить больного к операции удаления опухоли;
- организовать послеоперационный уход за больными.

Интерактивный метод: Метод снежков.

КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТЫ I-ГО УРОВНЯ:

1. Доброкачественная опухоль жировой ткани:

- А) липома *
- Б) миома
- В) фиброма
- Г) папиллома
- Д) невринома

2. Доброкачественная опухоль фиброзной ткани:

- А) фиброма *
- Б) атерома
- В) папиллома

Г) эпюлис
Д) липома
3. Опухолоподобные поражения фиброзной ткани

- А) эпюлис *
- Б) атерома
- В) невус
- Г) невринома
- Д) миома

4. Виды гемангиом:

- А) капиллярная *
- Б) кистозная
- В) ячеистая
- Г) фиброзная
- Д) гигантоклеточная

5. Частая локализация капиллярной лимфангиомы:

- А) щёчная и подглазничная области *
- Б) подбородочная область
- В) область шеи
- Г) дно полости рта
- Д) десна

КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТЫ II-ГО УРОВНЯ:

1. Фиброму клинико-морфологически подразделяют на:

- А) твердую
 - Б) мягкую
 - В) ячеистую
 - Г) гранулирующую
 - Д) гигантоклеточную
- 1) АБ * 2) АГ 3) ВД 4) ГД 5) БД

2. Эпулисы клинико-морфологически бывают:

- А) фиброматозными
- Б) ангиоматозными
- В) гигантоклеточными

Г) кистозными

Д) литическими

1) АБВ* 2) ГД 3) БГД 4) АБ 5) ВГД

3. Гемангиомы клинико-морфологически подразделяются на:

А) капиллярные

Б) ветвистые

В) кавернозные

Г) фиброзные

Д) гигантоклеточные

1) АБВ* 2) ГД 3) БГД 4) АБ 5) ВГД

4. Лимфангиомы подразделяются на:

А) капиллярные

Б) кистозные

В) литические

Г) гранулирующие

Д) солидные

1) АБ* 2) АГ 3) ВД 4) ГД 5) БД

5. Методом лечения гемангиом может быть:

А) склерозирующая терапия

Б) криодеструкция

В) коагуляция

Г) вылушивание

Д) физиотерапия

1) АБВ* 2) ГД 3) БГД 4) АБ 5) ВГД

6. К соединительнотканым опухолям мягких тканей ЧЛЮ относятся:

А) фиброма

Б) липома

В) ринофима

Г) атерома

Д) кератоакантома

1) АБ* 2) АГ 3) ВД 4) ГД 5) БД

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 озлокачествляться, 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 гиперемированной 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 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.

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 имеющийся 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 сокружающими тканями, цвет, ощущение при пальпации, состояние зубочелюстной системы для выявления раздражающих факторов (коронка, острый край зуба, неправильно сформированная пломба и т.д.)

3. Для составления плана лечения, имеющийся у больной хронический гайморит слева значения не имеет.

Раздаточный материал:

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

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.

Мануальные навыки

«Пальпация новообразования на коже лица и слизистой полости рта»

Цель: Определить характер образования (консистенция, плотность, подвижность болезненность, границы, размеры).

Показание: наличие новообразования.

Оснащение: больные (волонтеры), стоматологическое кресло (кушетка), стоматологическое зеркало.

Выполнение мануального навыка.



1. Визуальный осмотр образования (язвы) на коже или на слизистой полости рта.

8

2. Определение болезненности с помощью пальпации.

10

3. Определение границ опухоли с помощью пальпации.

12



4. Определение размеров опухоли с помощью пальпации.

12



5. Определение консистенции опухоли (мягкая, мягко-эластичная, плотно-эластическая, плотная, костная).

12



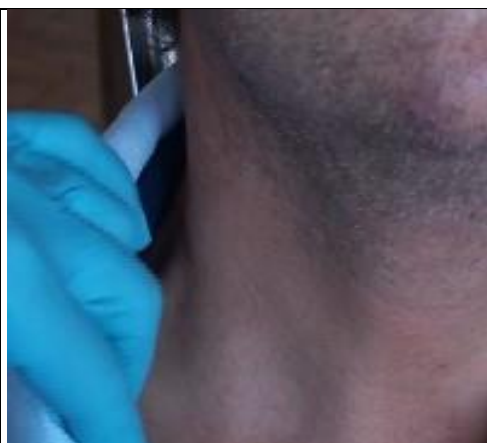
6. Отношение образования к окружающим тканям

14



7. Пальпация ближайших регионарных лимфатических узлов (под челюстными, под подбородочными).

16



8. Пальпация отдаленных регионарных лимфатических узлов (шейных).

16

Рекомендуемая литература

-Основная:

1. Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2003 г.
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г. «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» том 1, Москва: Медицина, 2000г.
3. Шаргородский А.Г. «Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица» М.,1999.

-Дополнительная:

9. Соловьев М.М. «Онкологические аспекты в стоматологии» Ленинград,1983.
10. Рабухина Н.А. и др. «Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области»М.,1998
11. Пачес А.И. «Опухоли головы и шеи» М., 1983.
12. Шаргородский А.Г. «Атлас опухолей мягких тканей и костей лица» М. 1998.
5. Интернет сайты:

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 3

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОСТЕОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ. (ОСТЕОМА, ОСТЕОИД-ОСТЕОМА, ОСТЕОБЛАСТОМА, ХОНДРОМА, ОСТЕОХОНДРОМА, ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ).

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|--|--|
| | Преподаватель | |
| 1-этап Введение в учебное занятие 10- минут 10- минут 15- минут 5- минут | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| 2- этап Основная часть 15- минут 10- минут 10- минут 5- минут 10- минут 30- минут 10- минут | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.. (приложение №2). Даётся заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие).</p> <p>Перемена</p> <p>2.7. Демонстрация и объяснение наглядных</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> |

| | | |
|----------------|--|--|
| 10- минут | пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают |
| 3- этап | | Задают вопросы |
| Заключительный | | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. |
| 10- минут | | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) |
| 10- минут | | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) |
| 10- минут | | Слушают |
| | | Слушают сами себя оценивают |
| | | Записывают задания. |
| Всего | | 4 часа |

Контрольные вопросы

1. Анатомическое строение костей челюстно-лицевой области.
2. Основные черты опухолевого роста.
3. Классификация внутрикостных опухолей.
4. Этиология и патогенез остеогенных опухолей.
5. Клинические проявления остеид-остеомы.
6. В чем различия остеид-остеомы и остеобластомы.
7. С чем дифференцируют остеокластомы.
8. Методы лечения гигантоклеточной опухоли.
9. Рентгенологические признаки остеобластокластомы.
10. Этиопатогенез неостеогенных опухолей челюстей.
11. Внутрикостная фиброма. Клиника. Диагностика. Лечение.
12. Хондрома. Клинические проявления.
13. Особенности клиники миксомы.
14. Клиника, диагностика и лечение внутрикостной гемангиомы.

Содержание занятия

Теоретическая часть

Остеома. Чаще встречается у взрослых, редко у детей. Некоторые специалисты относят ее к гамартомам. Опухолевая природа остеом окончательно не установлена, и в ряде случаев они представляют собой порок развития или особую форму дисплазии. Длительное время было принято подразделять остеомы на компактные и губчатые, выделяют также и медуллярные остеомы и остеидную остеому.

В Международной гистологической классификации № 6 (ВОЗ, 1974) уже не встречается определение «губчатая остеома» или «медуллярная остеома». Эволюция знаний и взглядов в отношении остеомы закономерна. На протяжении последних двух десятилетий в литературе шла полемика в отношении трактовки термина «остеома». Т.П. Виноградова (1973) отмечала, что под этим названием нередко описывались остеофит, оссифицирующий миозит, фиброзная дисплазия (главным образом челюстных костей), внутренние экзостозы костей черепа, костно-хрящевые экзостозы.

И.С. Карапетян и соавт. (1993) относят диффузные остеомы челюстей к вариантам фиброзной дисплазии. Сужение понятия «остеома» — закономерный итог накопления знаний, что позволяет представить более четкую картину этой опухоли.

У детей остеома чаще встречается в возрасте 12—16 лет и реже — в 3—7 лет.

Различают центральные и периферические формы опухолей [Колесов А.А., 1963]. Остеомы, исходящие из кости, могут вызывать постепенное утолщение соответствующего участка, приводя к деформации челюсти, косметическим или функциональным нарушениям. Опухоли верхней челюсти могут способствовать развитию экзофтальма, невралгии тройничного нерва. При локализации остеомы в лобной пазухе, клетках решетчатого лабиринта больные жалуются на головную боль, при расположении ее вблизи суставных отростков нарушается функция височно-нижнечелюстного сустава: прогрессирует затруднение открывания рта и движений нижней челюсти, что имитирует развитие остеоартроза или анкилоза.

При рентгенологическом исследовании периферически расположенная остеома определяется как опухоль грибовидной формы, интимно соединенная с кортикальным слоем. Последний разволокнен и не прослеживается. Контур опухолевой тени четкий, структура однородна: плотные участки чередуются с зонами просветления. Можно наблюдать формирование тонкого кортикального слоя, которым окаймлена опухоль.

При эндостальном расположении опухоли тень ее менее контурирована, хотя границы четкие. Вокруг плотной тени иногда прослеживается зона слабо выраженного разрежения. Структура и плотность опухоли зависят от давности ее существования. В начальных стадиях развития она по структуре и плотности приближается к губчатой кости, в более поздних — не просматривается и опухоль представлена плотными конгломератами, напоминающими кортикальную кость. Границы всегда сохранены. Деформация в виде выбухания опухоли за границы челюсти появляется спустя долгое время и не является характерным признаком эндостальных форм.

Дифференциальная диагностика остеом может представлять значительные трудности ввиду сходства по симптоматике как с некоторыми гиперпластическими процессами и гиперостозами, так и с опухолями другого характера. Остеому необходимо отличать от одонтомы, фиброзной дисплазии, хондромы. К остеомам близки так называемые экзостозы, остеофиты, локализующиеся, как правило, на альвеолярных отростках челюстей в виде небольших костных выступов. Природа их спорна. Некоторые авторы считают их простейшими представителями периостальной формы остеомы. Следует учитывать основные проявления процессов. В трудных случаях необходима биопсия. Гистологическая диагностика, проведенная без учета клинко-рентгенологических данных, также может быть ошибочной.

Лечение. Остеома подлежит хирургическому лечению. Диапазон рекомендуемых методов колеблется от щадящей остеотомии до радикального удаления.

Остеоид-остеома. Редко встречающаяся доброкачественная опухоль челюстей, развивающаяся из костеобразующей соединительной ткани. У детей не обнаружена. Она состоит из остеоидных структур, сосудисто-соединительной ткани и вновь образованной кости.

В некоторых случаях первыми признаками заболевания могут быть неприятные ощущения на стороне поражения. Затем присоединяется зуд различной интенсивности, постепенно переходящий в ноющую боль. Эти явления периодически могут стихать и даже исчезать, а потом вновь резко обостряться. Боли усиливаются во время еды, особенно при

локализации опухоли в кортикальном слое альвеолярного отростка. Расположенная в губчатом слое остеоид-остеома не вызывает изменений как нижней челюсти, так и слизистой оболочки. При локализации опухоли в кортикальном слое альвеолярного отростка наблюдается незначительная гиперемия слизистой оболочки. Пальпация участка поражения несколько болезненна.

В начальной стадии заболевания рентгенологически выявляется нечетко очерченный неправильной формы очаг деструкции костной ткани диаметром 0,5—1 см. Окружающая его кость на большем или меньшем протяжении склерозирована. При кортикальном расположении опухоли пораженный участок челюсти несколько утолщается. При более распространенных процессах характерный для остеоид-остеомы остеолитический очаг в кости постепенно заполняется новообразованной костной тканью и становится менее прозрачным для рентгеновских лучей.

В начальной стадии остеоид-остеома состоит из богатой клетками и сосудами мезенхимальной ткани, имеющей остеопластическую функцию. Среди одноядерных клеток типа остеобластов, окружающих остеоидное вещество, иногда встречаются многоядерные клетки типа остеобластов. В более поздней стадии болезни участок остеоидной ткани обызвествляется и превращается в образование, состоящее из густо переплетенных грубых костных балочек, которые в конечных стадиях процесса имеют вид остеомы.

Лечение хирургическое: опухоль удаляют вместе со склеротическими участками окружающей кости.

Хондрома. Опухоль происходит из остатков хрящевой закладки костей, молодой активной хрящевой ткани или остатка закладки хряща в сочленениях. В связи с этим в костях лица хондромы имеют строго определенную локализацию — в срединных участках верхней челюсти. Обнаружение опухоли в местах отсутствия хрящевой закладки костей можно объяснить метаплазией костной ткани, костного мозга или периостальной ткани. В нижней челюсти хондромы выявляются крайне редко.

В возрасте до 10 лет хондрома поражает лицевой скелет очень редко. Чаще она наблюдается у людей среднего и пожилого возраста. Хондромы делят на две группы: энхондромы, располагающиеся интраоссально в челюстях, и экзхондромы, которые локализуются на наружной стенке челюсти и растут экзофитно. Хондромы бывают одиночные и множественные. Нередкий переход хондром в хондросаркомы свидетельствует об опухолевой природе последних. Хондромы склонны к рецидивированию и озлокачествлению. Считается общепризнанным, что энхондромы являются потенциальными саркомами.

Чаще всего опухоль обнаруживается на верхней челюсти в области срединного шва, что является типичным клиническим и диагностическим признаком. В костях черепа она выявляется в области синхондрозов. Логично предположить, что на нижней челюсти хондрома должна локализоваться также в области шва. Однако в английской литературе описаны многочисленные случаи остеохондромы венечного и суставного отростков. Хондрома растет медленно, но может достигать больших размеров.

Рентгенологически определяется тень патологического образования с округлым волнистым контуром. Тень бесструктурна, неравномерной плотности с включениями зон окостенения и обызвествления.

Дифференциальную диагностику проводят с остеомой, фиброзной дисплазией, хондросаркомой. Особое значение следует придавать срединной локализации опухоли и довольно характерной рентгенологической картине.

Лечение хондром хирургическое. Учитывая частые сообщения о рецидивах после кюретажа, методом выбора следует признать частичную или полную резекцию в зависимости от размера опухоли и степени разрушения органа. Агрессивный характер роста, возможность инфильтрации и озлокачествления, неоднократно отмечаемые в литературе, диктуют необходимость оперативного вмешательства в максимально сжатые сроки после установления диагноза.

Остеобластокластома (ОБК) — гигантоклеточная опухоль, единственная из костных опухолей, выделенная в международной гистологической классификации опухолей костей № 6 как самостоятельное образование. Это говорит о неясности и сложности определения ее гистогенеза. Все гигантоклеточные опухоли являются потенциально злокачественными.

Различают две клинические формы ОБК — центральную и периферическую. К центральной форме относят патологический процесс только внутри кости. При периферической форме разрастания опухоли определяются преимущественно над слизистой оболочкой и относятся к так называемым гигантоклеточным эпулисам. У детей провести твердую грань между этими двумя формами удается не всегда. В ряде случаев опухоль обнаруживается только внутри кости, а через некоторое время опухолевая масса появляется и над слизистой оболочкой. Это можно объяснить способностью ОБК полностью разрушать кортикальный слой и надкостницу. Однако при гигантоклеточном эпулисе почти всегда можно выявить деструктивные изменения в подлежащей кости.

Клиническая картина центральной ОБК не характерна и складывается из симптомов, присущих и другим доброкачественным опухолям (асимметрия лица, деформация челюстной кости, иногда конвергенция и расшатанность зубов). При пальпации нередко удается определить разрушение кортикального слоя или костную крепитацию.

На основании рентгенологической картины принято различать три формы доброкачественной ОБК у взрослых: литическую, ячеистую, кистозную. Это положение требует расшифровки.

Рентгенологически литическая форма развития опухоли чаще всего представлена гомогенным очагом деструкции с нечеткими границами или прогрессивно разрешающейся ячеистой структурой, что обнаруживается при динамическом наблюдении. Кортикальный слой над очагом деструкции истончен, умеренно вздут, иногда не прослеживается. При этой форме опухоли рост ее и разрушение кости происходят быстро.

Ячеистая форма характеризуется медленным ростом. Челюсть в очаге поражения вздута, поверхность ее бугриста. Кортикальный слой истончен. Причиной этого являются механическое давление растущей опухоли, вызывающее деструкцию костной ткани. При больших размерах ОБК или быстром увеличении ее корковый слой превращается в тонкую костную скорлупу, которая на рентгенограмме дает едва заметную, местами даже прерывающуюся тень. Выражена ячеистая структура патологического очага. Имеется тенденция к грубой трабекулярной перестройке. Иногда появляются полиморфные известковые вкрапления. Границы очага поражения четкие.

В опухоли выявляется множество полостей различных размеров, разделенных между собой бесформенными трабекулами. Нередко опухоль на рентгенограммах представлена обширным кистоподобным очагом гомогенного характера. Но в отличие от одонтогенной кисты у нее нет четкой границы и как бы рисованного контура поражения, патологический очаг не содержит зачатков зубов. На гомогенном фоне просматриваются одиночные костные трабекулы или зоны остеοидного вещества, в ряде случаев отдельные участки просветления.

Дифференциальная диагностика ОБК затруднена. Об этом свидетельствует большой процент больных, направляемых в стационар с неправильным диагнозом.

Разграничить ОБК и группу кист довольно сложно. Менее трудно отличить опухоль от одонтогенных кист. Частота таких патогномоничных признаков, как причинный зуб при корневой кисте, фолликул или часть зуба в полости кисты при зубосодержащих кистах, характерное опалесцирующее или гнойное содержимое, взятое при пункции и др., позволяет на основании клинико-рентгенологических данных поставить диагноз.

Более сложна дифференциальная диагностика с неодонтогенными кистами. Аневризмальную костную кисту очень напоминает ОБК. Помимо рентгенологической, сходна макроскопическая и в некоторой степени гистологическая картина.

От саркомы опухоль отличить очень сложно. Литический процесс в кости при ОБК, как правило, не выходит за пределы кости и последняя увеличивается незначительно. Хотя при ОБК исчезает кортикальный слой, характерных периостальных признаков саркомы не наблюдается. Трудности усугубляются при распространении ОБК за пределы кости и появлении опухолевых масс в полости рта. В тех случаях, когда они травмируются и присоединяется воспалительный компонент, картины ОБК и саркомы сходны в большой степени. Решающим критерием является гистологическое исследование.

Солитарную кисту (травматическая, геморрагическая) также трудно дифференцировать с ОБК. Наиболее характерным признаком является отсутствие содержимого в кисте или наличие незначительного количества светлого экссудата. Стенка кисты с тонкой выстилкой, состоящей из соединительной ткани без эпителия. Локализуется обычно в зоне, наиболее часто подвергающейся травме: подбородочный отдел или тело челюсти. Рентгенологически, помимо полостного разрежения, определяется зона склероза в окружности (реактивное костеобразование). Картина несколько напоминает таковую при литической форме развития ОБК. Степень рентгенологической прозрачности этой кисты наиболее высока по сравнению с тем, что наблюдается при других кистах.

Лечение. Вопрос о методе лечения при ОБК остается актуальным. ОБК чувствительна к рентгеновским лучам. В связи с этим многие авторы отдавали предпочтение лучевой терапии. Это относилось главным образом к тем случаям, когда пораженная область мало или совсем недоступна хирургу (тела позвонков, кости черепа, таза) либо операция влечет за собой тяжелые нарушения функций, в частности при вмешательствах в области коленного сустава. В то же время обращали внимание на возможность малигнизации после лучевой терапии. Эффект лучевой терапии доказан, но, по единодушному мнению и хирургов, и радиологов, применять ее следует при локализации и объеме, недоступных для хирургического вмешательства.

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, малоблезненная при пальпации. Поверхность гладкая. Слизистая оболочка истончена

бледная или багрово-синюшная. При больших размерах обнаруживаются изъязвления и опухоль кровотоцит. 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 озлокачествляться.

Дифференцировать хондромы приходится с очаговой формой фиброзной дисплазии и одонтогенными кистами.

Лечение – хирургическое.

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 рентгенодиагностике. 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.

Студент должен знать:

- клинические проявления костных опухолей;
- рентгенологические проявления;
- патогистологическую картину;
- принципы лечения опухолей.

Студент должен уметь:

- обследовать больного с доброкачественными остеогенными опухолями ЧЛЮ;
- диагностировать остеогенные опухоли ЧЛЮ;
- проводить дифференциальную диагностику остеогенных опухолей ЧЛЮ;
- составлять план лечения больных с доброкачественными остеогенными опухолями челюстно-лицевой области;
- организовать послеоперационный уход за больными.

Интерактивный метод: Кто больше? Кто быстрее?

КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТЫ I-ГО УРОВНЯ

1. Из остеогенных опухолей чаще всего встречаются:

- А) остеома
- Б) остеоид-остеома
- В) хондрома
- Г) остеобластокластома *
- Д) фиброзная дисплазия

2. При цитологическом исследовании пунктата остеокластомы не находят:

- А) эритроциты
- Б) лейкоциты
- В) эпителиальные клетки *
- Г) остеобласты
- Д) остеокласты

3. Рентгенологическая картина остеобластокластомы схожа с:

- А) остеоомой
- Б) остеоид-остеоомой
- В) твердой одонтомой
- Г) амелобластомой *
- Д) цементомой

4. При лечении остеобластокластом проводят:

- А) лучевую терапию
- Б) выскабливание *
- В) криохирургию
- Г) цистотомию
- Д) химиотерапию

5. После резекции челюсти по поводу остеобластокластомы, костную пластику проводят:

- А) одномоментно *
- Б) через 3 мес
- В) через 6 мес
- Г) через год
- Д) не проводят

6. Из остеогенных опухолей челюстей чаще озлокачивается:

- А) остеома
- Б) остеоид-остеома
- В) хондрома
- Г) остеобластокластома
- Д) мягкая одонтома *

КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТЫ II-ГО УРОВНЯ:

1. Клинико-морфологические формы гемангиом:

- А) капиллярная
- Б) ветвистая
- В) кавернозная
- Г) кистозная
- Д) солидная

1) АБВ* 2) ВБГ 3) ВГД 4) АГД 5) БГД

2. К костеобразующим опухолям челюстных костей относится:

- А) остеома
- Б) остеобластокластома
- В) внутрикостная гемангиома
- Г) фиброма
- Д) адамантинома

1) АБ* 2) ВБ 3) ВГ 4) ГД 5) АД

3. Клинико-морфологические формы остеобластокластомы:

- А) ячеистая
- Б) кистозная
- В) литическая
- Г) кавернозная
- Д) солидная

1) АБВ* 2) ВБГ 3) ВГД 4) АГД 5) БГД

4. К неостеогенным опухолям челюстных костей относят:

А) гемангиома

Б) фиброма

В) миксома

Г) остеома

Д) остеоид-остеома

1) АБВ* 2) ВБГ 3) ВГД 4) АГД 5) БГД

5. Синонимы остеобластокластомы:

А) гигантоклеточная опухоль

Б) «бурая опухоль»

В) остеома

Г) амелобластома

Д) адамантинома

1) АБ* 2) ВБ 3) ВГ 4) АГ 5) БГ

6. Методом частичной или полной резекции челюстных костей лечатся:

А) остеоид-остеома

Б) внутрикостная гемангиома

В) остеобластокластома

Г) зубосодержащая киста

Д) фолликулярная киста

1) АВ* 2) ВБ 3) ВГ 4) ГД 5) АД

Ситуационные задачи

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».

1.Поставьте диагноз и проведите его обоснование

2.Составьте план лечения

Ответ:

1.Диагноз – Остеома скуловой кости

2.Лечение – Удаление опухоли в пределах косметических требований

2. Мужчина 30 лет, обратился с жалобами на постоянные боли в области угла нижней челюсти справа. 67 нижние справа отсутствуют. Со слов больного зубы были удалены 2 недели назад, перед удалением были интактными, но подвижными. Боли не прекратились, лунки не заживали. На рентгенограмме -остеопороз кости нижней челюсти. По нижнему краю определяется симптом козырька.

1.Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование

2.Составьте план лечения

Ответ:

1.Диагноз – Остеогенная саркома нижней челюсти

2.Лечение – Комбинированное в онкодиспансере

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.

1.Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование

2.Составьте план лечения

Ответ:

1.Диагноз – Остеобластокластома нижней челюсти

2.Лечение – Выскабливание опухоли

4. 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.

1.Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование

2.Методы обследования.

3.Составьте план лечения

Ответ:

1.Диагноз – Гемангиома нижней челюсти

2. Методы обследования – ЭОД, ангиограмма

3.Лечение – резекция в пределах здоровых тканей

5. 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.

1.Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование

2.Составьте план лечения

Ответ:

1. Диагноз – хондрома верхней челюсти
2. Лечение – частичная резекция челюсти

6. 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 из лунки удаленного зуба сильное кровотечение. На противоположной челюсти симметричный зуб был удален безо всяких осложнений.

1. Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование
2. Дополнительные методы обследования.
3. Составьте план лечения

Ответ:

1. Диагноз – гемангиома верхней челюсти
2. Дополнительные методы обследования – рентгенография, ангиография
3. Лечение – частичная резекция в пределах здоровой кости

Раздаточный материал:

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

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.

Мануальные навыки




«Взятие пунктата для цитологического исследования»

Цель: Выявление возможных атипичных клеток.

Показание: наличие новообразования (язвы).

Оснащение: больные (волонтеры), стоматологическое кресло (кушетка), зеркало, пинцет, горловой шпатель, скальпель, ножницы, шприц, анестетик, стерильное предметное стекло.

Выполнение мануального навыка.

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| 1. Посадить больного в кресло | 2. Обработать поверхность кожи (слизистой) антисептиком. | 3. Стерильным шприцом проколоть опухоль до середины и получить часть содержимого. |
| 10 | 10 | 20 |

| | | |
|--|---|--|
|  |  |  |
| 4. Осадок пунктата нанести на предметное стекло. | 5. Предметное стекло высушить. | 6. Заполнить сопроводительный лист и отправить в цитологическую лабораторию. |
| 10 | 20 | 20 |

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2000 г.
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г. «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» том 1, Москва: Медицина, 2000 г.
3. Шаргородский А.Г. «Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица» М., 1999 г.

Дополнительная:

1. Соловьев М.М. «Онкологические аспекты в стоматологии» Ленинград, 1983 г.

2. Рабухина Н.А. и др. «Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области» М., 1998 г.

3. Пачес А.И. «Опухоли головы и шеи» М., 1983 г.

4. Шаргородский А.Г. «Атлас опухолей мягких тканей и костей лица» М. 1998 г.

5. Интернет сайты:

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 4

ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ. АМЕЛОБЛАСТОМА, ОДОНТОМА, ЦЕМЕНТОМА, ОДОНТОГЕННАЯ ФИБРОМА. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|---|---|
| | Преподаватель | |
| 1-этап Введение в учебное занятие 10- минут 10- минут 15- минут 5- минут | 1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия. 1.2. Дать список литературы (приложение №1) 1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия. 1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2) | Слушают и записывают Слушают и записывают Отвечают на вопросы Слушают |
| 2- этап Основная часть 25- минут 15- минут | 2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради. 2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы | Отвечают на вопросы и обсуждают их Задают поясняющие вопросы Обсуждают материалы игры |

| | | |
|----------------|--|---|
| 15- минут | (приложение №3) 2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её. | Задают вопросы Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему. |
| 5- минут | 2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”. | Слушают |
| 10- минут | 2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2) | Решают тесты. |
| 50- минут | 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). | Курируют больных |
| 40- минут | Перемена | |
| 20- минут | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают Задают вопросы |
| 3- этап | | |
| Заключительный | | |
| 40- минут | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| 10- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.3. Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Развитие зуба. Гистогенез тканей зуба.
2. Этиология и патогенез одонтогенных опухолей.
3. Классификация опухолей челюстно-лицевой области.
4. Клинические проявления одонтогенных опухолей.
5. Диагностика одонтогенных опухолей.
6. Дифференциальная диагностика одонтогенных опухолей.
7. Лечение одонтогенных опухолей.

Содержание занятия

Теоретическая часть

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. На 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 любом 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.

Одонтомы встречаются чаще у лиц молодого возраста и проявляются в период прорезывания зубов. У взрослых они нередко обнаруживаются случайно или при присоединении воспаления. Рост одонтом самоограничен, связан с окончанием формирования и прорезывания зубов.

Клиническая картина. Обычно одонтома проявляется при достижении больших размеров. Происходит деформация челюсти вследствие истончения кости. При дальнейшем росте опухоли перфорируются надкостница и слизистая оболочка над ней, одонтома как бы «прорезается». Нередко такая картина развивается у лиц, пользующихся съёмным протезом. При зондировании через дефект слизистой оболочки инструмент упирается в плотную зубоподобную ткань. В месте локализации одонтомы, как правило, отмечается задержка прорезывания зуба. В случае присоединения инфекции заболевание иногда неправильно диагностируют как хронический остеомиелит.

Рентгенограмма одонтомы характерна. Определяется ограниченная гомогенная тень, по плотности напоминающая тень коронки зуба с неровными краями и полоской просветления вокруг неё (капсула). При составной одонтоме тень неоднородна вследствие наличия участков разрежения, соответствующего фиброзным прослойкам между отдельными зубоподобными включениями.

Помимо твёрдых, различают мягкую одонтому, имеющая большое сходство с амелобластомой. Покрывается 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, обрамлённую шиповидными краями. Между окружающей костью имеется полоса просветления, при цементомах – однородная плотная тень.

Диагностика одонтомы, как правило, не представляет затруднений.

Лечение заключается в удалении одонтомы с капсулой. Операция показана при клинических проявлениях (деформация челюсти, свищи и др.). небольшая одонтома,

бессимптомно протекающая и являющаяся случайной рентгенологической находкой, лечения не требует.

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 цементобластому (истинная цементома), цементирующуюся фиброму, переапикальную цементную дисплазию (переапикальную фиброзную дисплазию) и гигантоформную цементому (семейные множественные цементомы).

Доброкачественная цементобластома (истинная цементома). Эта доброкачественная опухоль характеризуется образованием цементоподобной ткани, в которой определяются различные стадии минерализации. Новообразование чаще локализуется на нижней челюсти в области больших и малых коренных зубов и интимно спаяно с их корнями. Удаление таких зубов ведет к перелому корня, и только при рентгенологическом обследовании выявляется цементома. Обнаруживают их часто в момент удаления зуба, которое осложняется переломом корня вследствие интимной связи его с патологически цементной тканью.

Течение опухоли, как правило, бессимптомное. В случае разрушения кортикальной пластинки отмечаются нерезкая болезненность при пальпации и деформация челюсти. Рентгенологически выявляется деструкция костной ткани округлой формы с четкими границами за счет чередования участков разрежения и уплотнения вследствие неравномерной минерализации, окруженная капсулой в виде зоны просветления. Образование как бы исходит из корня зуба, который полностью не сформирован, периодонтальная щель его в области опухоли не определяется.

Макроскопически опухоль представляет собой ткань желто-белого цвета, которая в зависимости от степени минерализации может быть плотной или мягкой, наподобие сыра. Микроскопически опухоль состоит из разной степени минерализованной цементоподобной ткани. Мягкотканый компонент представлен сосудистой плотной фиброзной тканью с наличием остеокластов и больших сильно окрашивающихся клеток с одним ядром.

Лечение хирургическое, заключается в удалении опухоли с капсулой.

Периапикальная цементная дисплазия-опухолеподобное поражение, при котором нарушается образование цементной ткани, по сущности своей сходное с фиброзной дисплазией кости. Это заболевание встречается редко, поражает диффузно челюсти, вовлекая в процесс не только костную ткань, но и корни групп зубов. Протекает бессимптомно. Часто выявляется случайно при рентгенологическом исследовании либо удалении зуба, осложнившимся переломом корня. На рентгенограмме обнаруживают диффузные деструктивные изменения в виде чередования крупных плотных теней, связанных непосредственно с корнями зубов и по интенсивности соответствующих им, с участками разрежения различной формы и размеров. Корни зубов, расположенных в зоне поражения, не имеют периодонтальной щели. Часть плотных участков, сливаясь между собой, образует конгломераты, некоторые из них располагаются изолированно. Границы плотных очагов не всегда чёткие, наблюдается постепенный переход патологической ткани в нормальную костную.

Хирургическое лечение не проводится, рекомендуют наблюдение.

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

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

Студент должен знать:

- этиологию одонтогенных опухолей;
- клинические проявления одонтогенных опухолей;
- дифференциальную диагностику одонтогенных опухолей;
- патогистологическую картину одонтогенных опухолей;
- принцип лечения больных.

Студент должен уметь:

- собрать анамнез болезни;
- провести пальпацию образования;
- направить больного на R-обследование;
- читать R-снимки, ставить предварительный диагноз;
- составлять план лечения при одонтогенных опухолях.

Интерактивный метод: Метод снежков.

КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТЫ I-ГО УРОВНЯ:

1. Амелобластома относится к опухолям:

- А) доброкачественным *
- Б) промежуточным
- В) злокачественным
- Г) местно деструктирующим
- Д) опухолеподобным образованиям

2. Амелобластома развивается из:

- А) эпителия *
- Б) мышечной ткани
- В) соединительной ткани
- Г) нервной ткани
- Д) является смешанной

3. Рентгенограмма амелобластомы характеризуется

- А) разрежением кости округлой формы

- Б) наличием плотной тени
- В) четкими контурами
- Г) ячеистая структура в виде «пузырей мыльной пены» *
- Д) деструкция кости с нечеткими контурами

4. Рентгенологически плотная тень с четкими контурами наблюдается при:

- А) мягкой одонтоме
- Б) твёрдой одонтоме *
- В) амелобластоме
- Г) фиброзном эпулисе
- Д) саркоме

5. Синоним мягкой одонтомы:

- А) цилиндрома
- Б) амелобластома
- В) фиброзная бластома
- Г) амелобластическая киста
- Д) амелобластическая фиброма*

6. Основным методом лечения амелобластомы является:

- А) цистэктомия
- Б) химиотерапия
- В) лучевая терапия
- Г) резекция челюсти *
- Д) выскабливание оболочки новообразования

7. Окончательный диагноз "мягкая одонтома" ставится на основании данных:

- А) опроса
- Б) цитологии *
- В) эхографии
- Г) анализов крови
- Д) клинико-рентгенологического исследования

8. Основным методом лечения мягкой одонтомы является:

- А) цистэктомия
- Б) химиотерапия
- В) лучевая терапия
- Г) резекция челюсти *
- Д) выскабливание оболочки новообразования

КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТЫ II-ГО УРОВНЯ:

1. Эпителиальные элементы при амелобластомах развиваются из:

А) из остаточных островков Маляссе

Б) десневого эпителия

В) дентина

Г) цемента

Д) одонтобластов

1) АБ* 2) ВБ 3) ВГ 4) ГД 5) АД

2. Клинико-рентгенологические формы амелобластомы:

А) солидная

Б) кистозная

В) литическая

Г) деструктивная

Д) продуктивная

1) АБ* 2) ВБ 3) ВГ 4) ГД 5) АД

3. Методы хирургического лечения амелобластомы:

А) сегментарная резекция челюсти

Б) частичная резекция по Наумову

В) выскабливание

Г) вылушивание

Д) электрокоагуляция

1) АБ* 2) ВБ 3) ВГ 4) ГД 5) АД

4. Клинико-морфологически одонтомы подразделяются на:

А) простые

Б) сложные

В) полиморфные

Г) ячеистые

Д) кистозные

1) АБ* 2) ВБ 3) ВГ 4) ГД 5) АД

5. Методом лечения одонтом является:

- А) вылушивание
 - Б) частичная резекция кости
 - В) склерозирующая терапия
 - Г) криодеструкция
 - Д) электрокоагуляция
- 1) АБ* 2) ВБ 3) ВГ 4) ГД 5) АД

6. Амелобластому чаще всего дифференцируют с:

- А) остеобластокластомой
 - Б) зубосодержащей кистой
 - В) одонтомой
 - Г) цементомой
 - Д) хроническим остеомиелитом
- 1) АБ* 2) ВБ 3) ВГ 4) ГД 5) АД

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача №1. Больному по поводу фолликулярной кисты в поликлинике была проведена цистотомия. При гистологическом исследовании операционного материала установлен диагноз «амелобластома». Какова тактика дальнейшего ведения больного хирургом-стоматологом?

Ответ: Провести резекцию челюсти.

Ситуационная задача № 2. У больного при удалении премоляра на нижней челюсти справа, произошел перелом корня. Повторные попытки удалить корень оказались безуспешными. На рентгенограмме: интенсивная тень зубной плотности, округлой формы 1x1 см, связанная с корнем этого зуба.

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения.

Ответ: 1. Цементома

2. Удаление опухоли вместе с корнем зуба

Ситуационная задача № 3. Больной обратился в поликлинику хирургической стоматологии с жалобами на припухлость в области угла нижней челюсти справа. При осмотре: признаки воспаления отсутствуют, при пальпации угла нижней челюсти определяется симптом «Пергаментного хруста». На рентгенограмме отмечается ячеистое строение кости в виде «пузырей мыльной пены». Поставьте диагноз.

Ответ: Адамантинома нижней челюсти.

Раздаточный материал:

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

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.

Мануальные навыки




«Взятие пунктата для цитологического исследования»

Цель: Выявление возможных атипичных клеток.

Показание: наличие новообразования (язвы).

Оснащение: больные (волонтеры), стоматологическое кресло (кушетка), зеркало, пинцет, горловой шпатель, скальпель, ножницы, шприц, анестетик, стерильное предметное стекло.

Выполнение мануального навыка.

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| 1. Посадить больного в кресло | 2. Обработать поверхность кожи (слизистой) антисептиком. | 3. Стерильным шприцом проколоть опухоль до середины и получить часть содержимого. |
| 10 | 10 | 20 |

| | | |
|---|--|---|
|  |  |  |
| 4. Осадок пунктата нанести на предметное стекло. | 5. Предметное стекло высушить. | 6. Заполнить сопроводительный лист и отправить в цитологическую лабораторию. |
| 10 | 20 | 20 |

Рекомендуемая литература

-основная:

1. Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2000 г.
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г. «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» том 1, Москва: Медицина, 2000г.
3. Шаргородский А.Г. «Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица» М., 1999.

-дополнительная:

5. Соловьев М.М.»Онкологические аспекты в стоматологии» Ленинград, 1983.
6. Рабухина Н.А. и др«Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области»М., 1998
7. Пачес А.И. «Опухоли головы и шеи» М., 1983.
8. Шаргородский А.Г.» Атлас опухолей мягких тканей и костей лица»М. 1998.
5. Л.Сазона «Болезни слюнных желез» Прага 1989 г.
6. Интернет сайты:

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 5

ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ (РАДИКУЛЯРНАЯ КИСТА, КЕРАТОКИСТА, ЗУБОСОДЕРЖАЮЩАЯ КИСТА, КИСТА ПРОРЕЗЫВАНИЯ, КИСТЫ ДЕСЁН).

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и | Деятельность | Обучающиеся |
|---------|--------------|-------------|
|---------|--------------|-------------|

| продолжительность работы | Преподаватель | |
|--|--|---|
| <p>1-этап</p> <p>Введение в учебное занятие</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают</p> <p>Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| <p>2- этап</p> <p>Основная часть</p> <p>25- минут</p> <p>15- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> <p>10- минут</p> <p>50- минут</p> <p>40- минут</p> | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Даётся заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие).</p> <p>Перемена</p> <p>2.7. Демонстрация и объяснение наглядных</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> |

| | | |
|----------------|--|---|
| 20- минут | пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают |
| 3- этап | | Задают вопросы |
| Заключительный | | |
| 40- минут | | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. |
| 10- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Слушают сами себя оценивают |
| | | Записывают задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Этиология и патогенез кист челюстей:
 - а) Радикулярной
 - б) Фолликулярной
 - в) Зубосодержащей
 - г) Кератокисты
2. Клинические проявления одонтогенных и неодонтогенных кист челюстей.
3. Дифференциальная диагностика кист челюстей.
4. Предоперационная подготовка больных с кистами челюстей.
5. Особенности хирургического лечения кист различного генеза.

Содержание занятия

Теоретическая часть

Среди других одонтогенных кист челюстей, возникающих из одонтогенного эпителия, чаще наблюдаются фолликулярная киста, киста прорезывания, десневая киста, реже первичная киста (кератокиста).

Неодонтогенные кисты челюстей являются эпителиальными образованиями, развитие которых связано с нарушением эмбриогенеза лица. К ним относятся киста резцового (носонебного) канала, шаровидно-верхнечелюстная (глобуломаксилярная) и носогубная (носоальвеолярная) кисты.

Киста представляет собой полость, наполненную прозрачной жидкостью желтого цвета с кристаллами холестерина, иногда творожистой массой сероватого цвета (при кератокисте). Киста имеет оболочку, которая состоит из наружного соединительнотканного слоя и внутреннего, выстланного преимущественно многослойным плоским эпителием.

Внутрикостное давление приводит к атрофии окружающей костной ткани, пролиферации эпителия и росту кисты.

По частоте кисты челюстей стоят на первом месте среди других опухолей и опухолеподобных образований. Они встречаются в любом возрасте, на верхней челюсти образуются чаще, чем на нижней. Клинико-рентгенологические проявления и методы лечения при одонтогенных и неодонтогенных кистах имеют много общего. Вместе с тем характерные особенности позволяют дифференцировать их.

Корневая (радикулярная) киста

Околорневая киста является следствием длительного хронического воспаления в периодонте. По Международной классификации болезней, травм и причин смерти (X пересмотр, 1995) околорневые кисты включены в раздел болезней пульпы зуба и периапикальных тканей.

Возникновение корневой кисты связано с развитием верхушечной гранулемы, в которую пролиферируют активизированные воспалением эпителиальные остатки периодонтальной связки (островки Малассе). Вначале они приводят к образованию кистогранулемы, а затем, выстилая полностью полость, формируют кисту. Оболочка кисты состоит из двух слоев, толщина которых может варьировать в больших пределах. Слои оболочки кисты представлены наружной соединительнотканной основой и внутренней эпителиальной выстилкой. Значительное разрастание грануляционной ткани между этими двумя слоями часто возникает в результате воспалительных изменений. В грубоволокнистой ткани наружного слоя могут встречаться скопления ксантомных клеток, «отпечатки» кристаллов холестерина, окруженные гигантскими многоядерными клетками («инородные тела»), отдельные кровоизлияния.

Местом образования кист может быть любой зуб с околоверхушечным патологическим очагом, но в 2,5—3 раза чаще они локализуются на верхней челюсти. Это объясняется более рыхлым строением губчатого вещества кости на верхней челюсти.

Клиническая картина. Корневая киста отличается медленным, часто бессимптомным течением. Больные впервые обращаются к врачу по поводу «опухоли» или деформации альвеолярного отростка. Отдельные пациенты не могут пользоваться съемными протезами из-за деформации кости. В некоторых случаях больные жалуются на изменение конфигурации лица, неприятный вкус во рту.

Часто корневую кисту обнаруживают в области разрушенного или леченого зуба, иногда как бы здорового, но ранее подвергшегося травме, реже — в области удаленного зуба. Клиническая картина корневых кист зависит от локализации, размеров кисты, воспалительных осложнений. Чаще киста растет медленно, незаметно для больного, не вызывая неприятных ощущений, и нередко обнаруживается случайно при рентгенографии зубов. Распространяется киста главным образом в сторону преддверия полости рта. При этом истончается кортикальная пластинка и взбухает участок челюсти.

Клинические проявления корневых кист зависят не только от локализации и размеров кисты, но и от осложнений, обусловленных анатомической близостью их к верхнечелюстной пазухе, полости носа или полости рта. Развивающаяся из очага около верхушки зуба корневая киста всегда инфицирована; в ее содержимом могут присутствовать микроорганизмы, вегетирующие в периодонте. Прорастание кисты в полость рта также обуславливает ее контакт с разнообразной микрофлорой.

Нагноение кист происходит с более яркой клинической картиной: наблюдаются боли, образование свища с гнойным отделяемым, припухание окологлазничных мягких тканей.

Воспалительные явления в области околокорневой кисты могут носить характер острого процесса или характеризоваться хроническим течением. Однако нагноение кисты может не иметь характерных для воспаления клинических признаков и протекать латентно, а гнойное содержимое обнаруживаться только во время операции [Bramley P., 1985].

Нагноившаяся радикулярная киста может имитировать острый периодонтит: появляются боли при надавливании и перкуссии зуба — источника развития кисты, отек околочелюстных мягких тканей, серозный лимфаденит. Часто нагноение кисты может характеризоваться симптомами острого гнойного периостита челюсти. Могут быть выражены температурная реакция, озноб, недомогание, головная боль. Давление гнойного содержимого кисты на зубы, обращенные в ее полость, обуславливает болезненность при перкуссии нескольких зубов, на нижней челюсти — симптом Венсана, что напоминает острый остеомиелит челюсти. Прорыв гноя из полости кисты воколочелюстные мягкие ткани может привести к развитию абсцесса или флегмоны [Васильев Г.А., 1973; Peterson L., 1994].

Диагностика радикулярных кист основывается на клинической картине патологического процесса, а главное, на рентгенологических данных.

Рентгенологически выявляют разрежение костной ткани округлой формы с четкими границами. Корень пораженного зуба чаще оказывается обращенным в полость кисты. Взаимоотношения соседних зубов с кистой весьма разнообразны. В одних случаях корни зубов вдаются в полость кисты и на рентгенограмме из-за рассасывания замыкательной пластинки альвеол этих зубов периодонтальная щель отсутствует. В других случаях периодонтальная щель зубов, прилегающих к полости кисты, рентгенологически определяется четко, зубы проецируются только на ее границах, тогда как на самом деле они располагаются в одной из сохранившихся стенок челюсти [Колесов А.А. и др., 1989]. Растущая киста часто веерообразно раздвигает корни зубов. При больших кистах верхней челюсти разрушается костная стенка носа. На нижней челюсти кисты значительных размеров могут истончать ее основание [Рабухина Н.А., 1993, 1999; WönerH., 1990]

Рентгенологическое исследование можно дополнить томографией и компьютерной томографией. Последняя позволяет более детально уточнить границы кисты, взаимоотношения ее полости с соседними зубами, каналом нижней челюсти, резцовым каналом, дном полости носа и верхнечелюстной пазухи. По нашим данным, с помощью РКТ и МРТ можно получить трехмерное изображение кисты.

Пункцируя кисту, исследуют ее содержимое. Важным диагностическим признаком является обнаружение кристаллов холестерина. Однако при значительной плотности кости пункцию полости кисты не всегда удается выполнить. Пунктат кисты может быть жидким и светлым, иногда янтарного цвета, бурым, а также тягучим или кашицеобразным. Нередко при пункции околокорневой кисты, бессимптомно развивающейся, обнаруживают гнойное содержимое. По нашим наблюдениям, в гное могут находиться даже друсы актиномицетов. Более редко проводят биопсию оболочки кисты и ее патоморфологическое исследование.

Дифференциальная диагностика. Околокорневую кисту следует отличать от хронического периодонтита, других кист челюстей, амелобластомы, одонтомы.

Хронический гранулематозный периодонтит и околокорневая киста различаются по размерам, а также четкости костного рисунка вокруг полости, характерного для кисты.

Если клиническая картина околокорневой кисты и амелобластомы сходна, то при дифференциальной диагностике этих процессов основными являются четкие границы очага разрежения округлой или овальной формы — при кистах и фестончатые края дефекта кости, различная интенсивность очагов разрежения ее — при амелобластоме. Кроме того, в случаях

амелобластомы часто наблюдается резорбция верхушек корней зубов, обращенных в полость опухоли. Наиболее убедительные данные позволяют получить патологоморфологическое исследование тканей, взятых при биопсии [Вернадский Ю.И., 1999].

Околоротовую кисту дифференцируют от других кист — кератокисты, кисты резцового канала, фолликулярной кисты.

Для кератокисты характерны отсутствие зуба с околоверхушечным патологическим очагом и значительные размеры полости, чаще располагающейся в области моляров на нижней челюсти.

Лечение радикулярных кист преимущественно оперативное, хотя возможно излечение консервативными эндодонтическими методами. Корневые кисты небольших размеров удаляют вместе с корнем зуба. В ходе такой операции проводят тщательную ревизию лунки, чтобы исключить оставление кусочков оболочки кисты в челюсти. В противном случае возможно повторное развитие кисты.

При малых размерах кисты и вылушивании кисты через альвеолу иногда приходится расширять апикальную часть альвеолы или удалять часть ее передней стенки.

При расположении кисты в области двух и более зубов показано оперативное лечение — полное удаление кисты или создание сообщения ее с полостью рта, верхнечелюстной пазухой.

Радикулярные кисты не имеют склонности к перерождению, хотя в литературе имеются отдельные указания на их малигнизацию.

Первичная киста (кератокиста). Первичная киста развивается чаще в нижней челюсти соответственно третьему моляру и распространяется на тело, угол и ветвь челюсти, вследствие чего в прежнее время ее часто трактовали как амелобластому. Оболочка кисты выстлана ороговевающим эпителием, что стало причиной появления ее второго названия — кератокиста.

Макроскопически кератокиста представляет собой полость в кости с отдельными бухтообразными вдавлениями в кость. Полость ее выстлана оболочкой. При микроскопическом исследовании установлено, что последняя является ороговевающим многослойным плоским эпителием.

В анамнезе связь кисты с патологией зубов отметить не удастся. Киста развивается незаметно и длительное время не проявляется. Затем возникает незначительное безболезненное выбухание участка челюсти в области одного из моляров. Несмотря на значительное поражение губчатого вещества кости челюсти, кортикальная пластинка может долго сохраняться над кистой и часто клинические симптомы появляются лишь по достижении образованием больших размеров.

Кератокиста распространяется по длиннику челюсти (нередко в процесс оказываются вовлеченными венечный и мышечковый отростки) и не приводит к выраженной деформации кости. Описаны случаи множественных кератокист [Рогинский В.В., 1985; Carr R., Green D., 1988].

На рентгенограмме видно обширное разрежение костной ткани с четкими полициклическими контурами. Наблюдается неравномерное рассасывание кости, что создает впечатление многокамерности [Bramley P., 1985].

При кератокисте больших размеров кортикальная пластинка истончается и на некоторых участках может отсутствовать. Периодонтальная щель корневых зубов, проецирующихся на область кисты, всегда видна четко. Диагноз устанавливают на основании клинических и

рентгенологических данных, а также морфологической картины биопсийного материала. Дифференциальную диагностику проводят с амелобластомой и другими опухолевыми и опухолеподобными новообразованиями челюстей. Наиболее достоверно дифференциальную диагностику осуществляют при помощи открытой биопсии с взятием фрагмента костной ткани и эпителиальной выстилки по типу цистотомии [Рогинский В.В., 1996].

Лечение первичных кист хирургическое. Ввиду частых рецидивов и возможности озлокачествления показано полное удаление оболочки кисты (цистэктомия). При невозможности проведения этой операции применяют двухэтапный метод.

Зубосодержащая (фолликулярная) киста развивается из эмалевого органа непрорезавшегося зуба, преимущественно нижнего третьего большого коренного зуба или клыка, а также третьего большого коренного зуба на верхней челюсти. Считают, что фолликулярные кисты возникают в результате воспалительного процесса в периодонте временных зубов, переходящего на постоянный зуб, расположенный в просвете кисты и находящийся на одной из стадий развития [Ермолаев И.И., Ланюк СВ., 1972; Bramley P., 1985].

Клиническая картина зубосодержащей кисты аналогична проявлениям других кист челюстей. Характерно отсутствие одного из зубов в области локализации кисты. Исключением может быть развитие фолликулярной кисты из сверхкомплектного зуба. В литературе описаны случаи развития из зубосодержащей кисты амелобластомы. Рентгенологическая картина характеризуется разрежением костной ткани с ровными и четкими границами по типу однокамерного очага поражения и наличием ретинированного зуба, коронка которого обращена в полость кисты или прилегает к ее стенке.

Макроскопически фолликулярная киста представляет собой однокамерную полость, выстланную оболочкой и содержащую желтоватую прозрачную жидкость с кристаллами холестерина. Микроскопически оболочка кисты определяется в виде тонкого слоя соединительной ткани, покрытого многослойным плоским эпителием.

Диагностика основывается на характерной клинической картине, рентгенологических данных, а иногда результатах пункции или биопсии.

Рентгенологически определяется обширный и четко контурированный очаг разрежения костной ткани. Границы кистозной полости четкие, нередко по краям виден ободок плотной склерозируемой кости. В одних случаях фолликул зуба включен в полость полностью, в других — коронка его погружена в кисту только до шейки, а корень располагается в костной ткани. Кортикальная пластинка фолликула видна только в зоне роста зуба.

Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать от других кист, амелобластомы. Важными диагностическими признаками служат наличие зуба в полости кисты при зубосодержащей кисте и, наоборот, отсутствие одного из зубов в связи с удалением при амелобластоме. Однако решающим для диагностики этих процессов являются данные биопсии первичной одонтогенной кисты.

Лечение зубосодержащих кист оперативное. Выполняют цистэктомию с одновременным удалением ретинированного зуба или двухэтапную операцию.

Студент должен знать:

—особенности этиопатогенеза кист челюстей;

—клинические проявления опухолеподобных образований челюстей;

— методы дополнительного обследования больных с одонтогенными кистами челюстей;

— принципы хирургического лечения кист челюстей.

Студент должен уметь:

— обследовать больного;

— дифференцировать различные виды кист челюстей;

— читать рентгенограммы больных с одонтогенными кистами челюстей;

— составлять схему лечения больного;

— выбрать метод обезболивания при оперативном лечении кист челюстей.

Интерактивный метод: Метод снежков.

КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТЫ I УРОВНЯ:

1. Корневая киста образуется в результате:

- А) порока развития зубного фолликула
- Б) воспаления в периодонте *
- В) неопластического процесса в периодонте
- Г) наследственного фактора
- Д) этиология неизвестна

2. В патогенезе фолликулярных кист имеет значение:

- А) порок развития зубного фолликула *
- Б) гипоплазия эмали
- В) повреждение зубного фолликула
- Г) инфицирование зубного фолликула
- Д) флюороз

3. Цистотомия применяется:

- А) при малых размерах кист
- Б) при неосложнённом развитии
- В) при нагноении *
- Г) при сопутствующем ОРЗ
- Д) нет правильного ответа

4. Цистэктомия показана:

- А) при малых размерах кист *
- Б) при неосложнённой клинике
- В) при нагноении
- Г) при сопутствующем ОРЗ
- Д) нет правильного ответа

5. При цистэктомии для заполнения полости используют:

- А) эмбриопласт
- Б) коллапол
- В) ксенотрансплантант
- Г) гранулы биоситалла
- Д) все ответы верны *

6. Киста носонёбного канала относится к:

- А) одонтогенным
- Б) неодонтогенным *
- В) остеогенным
- Г) неостеогенным
- Д) образованиям воспалительного характера

7. Рентгенологическая картина, характерная для радикулярной кисты:

- А) разрежение кости округлой формы с четкими границами *
- Б) разрежение неправильной формы без четких границ
- В) плотная тень, связанная с корнями зубов
- Г) выраженная деструкция кости без четких границ
- Д) деструкция по типу ватного рисунка

8. Рентгенологическая картина, характерная для фолликулярной кисты

- А) разрежение кости округлой формы с четкими границами
- Б) разрежение округлой формы с четкими границами с наличием зачатка зуба *
- В) плотная тень, связанная с корнями зубов
- Г) по типу тающего сахара
- Д) деструкция кости без четких границ

9. Наиболее информативный метод диагностики одонтогенных кист:

- А) рентгенография *
- Б) цитологическое исследование
- В) ЭОД
- Г) пункция
- Д) УЗИ

10. Из какой ткани состоит основа оболочки корневой кисты:

- А) фиброзной *
- Б) сосудистой
- В) костной
- Г) железистой
- Д) тканей периодонта

11. Гиперемия и сглаженность переходной складки; при пункции получен гной. На рентгенограмме определяется ограниченный очаг разрежения костной ткани с чёткими границами.

- А) нагноившаяся киста нижней челюсти *
- Б) острый остеомиелит нижней челюсти
- В) острый гнойный периостит нижней челюсти
- Г) хронический остеомиелит нижней челюсти
- Д) гематогенный остеомиелит нижней челюсти

КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТЫ II УРОВНЯ:

1. К одонтогенным кистам относятся:

- А) радикулярная
- Б) фолликулярная
- В) носонебная
- Г) глобуломаксиллярная

Д) ретенционная

1) АВ* 2) ВБ 3) ВГ 4) АГ 5) БГ

2. К неодонтогенным кистам относятся:

А) радикулярная

Б) фолликулярная

В) осонебная

Г) глобуломаксиллярная

Д) ретенционная

1) ВГ* 2) ВБ 3) АБ 4) АГ 5) БГ

3. Методом лечения одонтогенных кист являются:

А) цистотомия

Б) цистозэктомия

В) частичная резекция челюсти

Г) сегментарная резекция челюсти

Д) рентгенотерапия

1) АБ* 2) ВБ 3) ВГ 4) АГ 5) БГ

4. Цистэктомия радикулярных кист предусматривает:

А) вылушивание опухоли

Б) резекции верхушки корня

В) ушивание раны

Г) тампонада полости кисты

Д) рана остается открытой

1) АВ* 2) ВБ 3) ВГ 4) АГ 5) БГ

5. Цистотомия радикулярных кист предусматривает:

А) вылушивание опухоли

Б) резекции верхушки корня

В) ушивание раны

Г) тампонада полости кисты

Д) рана остается открытой

1) ГД* 2) ВБ 3) ВГ 4) АГ 5) БГ

6. Предоперационная подготовка больных с кистами челюстей предусматривает:

- А) санацию полости рта
 - Б) ЭОД
 - В) сиалографию
 - Г) ангиографию
 - Д) курс физиотерапии
- 1) АБ* 2) ВБ 3) ВГ 4) АГ 5) БГ

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. В анамнезе 3 года назад была травма !1

1. Какой вероятный диагноз?
2. Укажите план лечения.

Ответ: 1. Радикулярная киста верхней челюсти в области !12

2. Цистэктомия

2. У больного 21год, по переходной складке в области верхнего второго моляра имеется свищ с небольшим гнойным отделяемым. Ранее неоднократно в этой области проводилась перистомия. ЭОД верхних премоляров и моляров снижены до 90. Коронка 7! разрушена полностью. На аксиальной рентгенограмме отмечается округлая тень, находящаяся в нижнем отделе гайморовой пазухи.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. План лечения.

Ответ: 1. Радикулярная киста верхней челюсти, проросшая в гайморову пазуху

2. Цистогайморотомия

3. На рентгенограмме больной в области корней 1234 нижних зубов справа имеется тень округлой формы с четкими границами. 3 нижний зуб справа запломбирован на 2\3 длины корня.

1. Поставьте диагноз
2. План лечения.

Ответ: 1. Радикулярная киста нижней челюсти 2. Цистэктомия с резекцией корня

Раздаточный материал:

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

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.

Рекомендуемая литература

-основная:

1. Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2000 г.
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г. «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» том 1, Москва: Медицина, 2000г.

-дополнительная:

1. Соловьев М.М. «Онкологические аспекты в стоматологии» Ленинград, 1983.
2. Рабухина Н.А. и др. «Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области» М., 1998
3. Пачес А.И. «Опухоли головы и шеи» М., 1983.
4. Шаргородский А.Г.» Атлас опухолей мягких тканей и костей лица» М. 1998.
5. Шаргородский А.Г.» Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица» М., 1999.
6. Интернет сайты:

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 6

ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ. МОНОМОРФНАЯ АДЕНОМА, ПОЛИМОРФНАЯ АДЕНОМА, МУКОЭПИДЕРМОИДНАЯ ОПУХОЛЬ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ. АДЕНОКАРЦИНОМА. ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ.

Технологическая карта практического занятия.

| | | |
|----------------------------------|---------------|-------------|
| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
| | Преподаватель | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>1-этап</p> <p>Введение в учебное занятие 10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают</p> <p>Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| <p>2- этап</p> <p>Основная часть</p> <p>15- минут</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>5- минут</p> <p>10- минут</p> <p>30- минут</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.. (приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие).</p> <p>Перемена</p> <p>2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов)</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> <p>Слушают Задают вопросы</p> |

| | | |
|----------------|--|-------------------------------|
| 3- этап | | |
| Заключительный | | |
| 10- минут | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| 10- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают и сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| Всего | | 4 часа |

Контрольные вопросы

1. Гистологическая классификация опухолей слюнных желез (Паникаровский).
2. Методы диагностики опухолей слюнных желез.
3. Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желез.
4. Основные методы лечения опухолей слюнных желез.
5. Особенности клинико-морфологической картины и лечения полиморфной аденомы.
6. Клиническая картина и лечение аденокарциномы.
7. Неэпителиальные новообразования слюнных желез.
8. Значение сиалографии для диагностики опухолей слюнных желез.

Содержание занятия

Теоретическая часть

I Эпителиальные опухоли

A. Аденома:

1. полиморфная
2. мономорфная

B. Мукоэпидермоидная опухоль

B. 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

6. Гемангиома
7. Гемангиоперицитомы

8. Неврилеммома
9. Нейрофиброма
10. Липома

Б. Злокачественные

1. Ангиогенная саркома
2. Рабдомиосаркома
3. Веретеночлесточная 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 – полиморфная (плеоморфная) и мономорфная с ее разновидностями, мукоэпидермоидная опухоль, а также группу карцином – аденоклеточная, эпидермоидная и карциному в полиморфной аденоме.

Мономорфная аденома. Эта доброкачественная опухоль встречается в среднем в 7% случаев всех опухолей слюнных желез. По клинико-рентгенологической картине сходна с полиморфной аденомой, однако рост ее более медленный. При пальпации поверхность ее гладкая, опухоль имеет вырыженную капсулу.

Гистологически мономорфная аденома отличается однородностью структуры, в ее составе в отличие от полиморфной аденомы отсутствует мезенхимоподобная ткань. Различают гистологические разновидности-аденолимфому, оксифильную аденому и другие типы.

При аденолимфоме больные нередко отмечают периодическое увеличение или уменьшение опухоли, что связано, по-видимому, с реакцией лимфоидного компонента стомы опухоли.

Лечение мономорфной аденомы хирургическое. Используют такие же оперативные методы, как при полиморфной аденоме. При локализации в околоушной слюнной железе, кроме резекции, иногда применяют экстракапсулярное удаление опухоли.

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 – слизисто-слюнные железы неба, 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 игле 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.

Дифференциальную диагностику полиморфной аденомы необходимо проводить с саркоматозными 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. Паротидэктомию с сохранением ветвей лицевого нерва при рецидиве опухоли. Доступ к железе осуществляют двумя известными методами – Ковтуновича и Редона. Операцию в первом случае начинают с обнажения периферического отдела лицевого нерва, во втором – центрального ствола.

Операция – паротидэктомия с сохранением ветвей лицевого нерва. Разрез кожи проводят впереди ушной раковины на 2-3 мм, начиная от волосистой части виска, окаймляют мочка уха и продолжают в позадичелюстной и поднижнечелюстной областях. Отпрепарывают кожно-жировую 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. Её 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 сочлеvidным отростком и задним краем ветви нижней челюсти. Определяют место разветвления нерва и отпрепаровывают все три основные ветви.

Дальнейший ход операции идентичен отмеченной.

Мукоэпидермоидная опухоль. Эта опухоль характеризуется местным инфильтративным ростом. Опухоль поражает околоушную слюнную железу и малые слизисто-слюнные железы ретромолярной области и неба. Составляет около 8% всех опухолей слюнных желез.

Различают высокодифференцированный и низкодифференцированный варианты опухоли. Высокодифференцированная мукоэпидермоидная опухоль клинически протекает как полиморфная аденома отличаясь от нее ограничением подвижности и спаянностью с кожей. Крайне редко метастазирует в регионарные лимфатические узлы. 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 отмечаются нередкие боли даже при небольших, что объясняется ростом по периневральным 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.

Аденокарцинома- злокачественная опухоль, составляет около 3% всех опухолей слюнных желез. Чаще поражает околоушную, затем поднижнечелюстную железы и нёбо. Опухоль с самого начала приобретает злокачественное течение и отличается быстрым ростом, отсутствием чётких границ, спаянностью с окружающими тканями, кожей, которая становится гиперемированной и цианотичной. Возникает ранний паралич мимической мускулатуры. Постепенно присоединяются боли, происходит распад опухоли. В половине случаев развиваются метастазы в регионарных лимфатических узлах. Нередки двусторонние метастазы, в поздней стадии возможны и гематогенные метастазы.

Подобная клиническая картина наблюдается при эпидермоидной и недифференцированной карциномах. Для озлокачествляющейся полиморфной аденомы характерны ускорение роста ранее существующей опухоли и присоединение указанных симптомов.

Макроскопически аденокарцинома представляет собой плотную беловато-серого цвета ткань с кистозными включениями и участками распада. Микроскопически это злокачественная эпителиальная опухоль железистого строения.

Лечение карцином комбинированное, включает предоперационную лучевую терапию и хирургическое вмешательство в виде широкого иссечения пораженных тканей. Операцию на первичном очаге сочетают с удалением регионарных метастазов.

Аденокистозная карцинома – злокачественная опухоль, наиболее часто встречается в малых слизисто-слюнных железах неба, реже в околоушной и др. Наблюдается примерно в 7% случаев среди других опухолей слюнных желез.

Вначале опухоль медленно увеличивается, однако отмечаются нередкие боли даже при небольших, что объясняется ростом её по периневральным щелям. Боли бывают самостоятельные, а также возникают при пальпации. Локализуясь на небе, опухоль разрушает небную пластинку и распространяется в верхнечелюстную пазуху. Слизистая оболочка, покрывающая опухоль, приобретает синюшную окраску. Пальпаторно опухоль плотноэластической консистенции. В поздних стадиях возможно изъязвление поверхности опухоли.

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 основном в легкие. Иногда отмечаются метастазы в регионарные лимфатические узлы.

Макроскопически опухоль на разрезе представляет собой плотную беловатого цвета ткань, как бы заключенную в капсулу. Однако последняя является ложной и представляет собой инфильтрированную опухолевыми элементами окружающую ткань. Микроскопически

состоит из клеток миоэпителиального типа, а также из клеток, сходных с выстилающими нормальные протоки.

Лечение комбинированное-предоперационная лучевая терапия с последующим хирургическим иссечением опухоли в пределах непораженных тканей.

Студент должен знать:

- анатоμο-функциональные особенности строения слюнных желез;
- классификацию опухолей слюнных желез;
- современные методы диагностики: компьютерную томографию, радиосиалографию, сканирование, термовизиографию;
- схему лечения доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желез.

Студент должен уметь:

- проводить опрос больного с заболеваниями опухолей слюнных желез;
- проводить клиническое обследование больного (осмотр, пальпация тканей слюнных желез);
- читать сиалограммы опухолей слюнных желез;
- обобщать полученные результаты обследования и поставить диагноз;
- проводить промывание, зондирование, введение лекарственных и контрастных веществ в железу;
- проводить сбор материала на цитологическое, гистологическое, микробиологическое исследование;
- составить план хирургического лечения больных с опухолями слюнных желез.

Интерактивный метод: Аквариум.

ТЕСТЫ I-го уровня сложности:

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) онкоцитомы
- Б) лимфаденома
- В) полиморфная аденома
- Г) мономорфная аденома
- Д) аденокистозная карцинома *

3. Условно доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является:

- А) карцинома
- Б) цилиндрома *
- В) полиморфная 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) изотонное

Б) цитология *

В) эхография

Г) сиалография

Д) термовизиография

7. Основным методом лечения аденокистозной карциномы

А) химиотерапия

Б) хирургический

В) лучевая терапия

Г) электрорезекция

Д) комбинированное *

8. Доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является:

Е) карцинома

Ж) цилиндрома

З) мукоэпидермоидная

И) ацинозноклеточная

К) мономорфная аденома *

9. Злокачественной эпителиальной опухолью слюнной желез является:

Е) онкоцитомы

Ж) лимфаденома

З) полиморфная аденома

И) мономорфная аденома

К) аденокистозная карцинома *

10. Условно доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является:

Е) карцинома

Ж) цилиндрома *

З) полиморфная аденома

И) ацинозноклеточная

К) мономорфная аденома

11. Синоним смешанной опухоли:

Е) цилиндрома

- Ж) мукоэпидермоидная аденома
- З) ацинозноклеточная
- И) полиморфная аденома *
- К) мономорфная аденома

12. Особенностью полиморфной аденомы является:

- Е) циклическое развитие
- Ж) инфильтрирующий рост
- З) ранний распад опухоли
- И) мультицентрический рост *
- К) наличие воспалительного компонента

13. Основным дополнительным методом исследования в диагностике опухолей слюнных желез является:

- Е) изотонное
- Ж) цитология *
- З) эхография
- И) сиалография
- К) термовизиография

14. Основным методом лечения аденокистозной карциномы

- Е) химиотерапия
- Ж) хирургический
- З) лучевая терапия
- И) электрорезекция
- К) комбинированное *

Тесты II уровня сложности:

1. Злокачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является:

- А) мукоэпидермоидный рак
 - Б) аденокистозная карцинома
 - В) аденокарцинома
 - Г) полиморфная аденома
 - Д) мономорфная аденома
- 1) АБВ * 2) БВ 3) ВГ 4) В

2. Синоним аденокистозной карциномы:

- А) цилиндрома
 - Б) мукоэпидермоидная
 - В) ацинозноклеточная
 - Г) полиморфная аденома
 - Д) мономорфная аденома
- 1) АБВ 2) БВ 3) ВГД 4) А *

4. Основным методом лечения аденокистозной карциномы является:

- А) химиотерапия
 - Б) хирургический
 - В) лучевая терапия
 - Г) электрокоагуляция
 - Д) криотерапия
- 1) АБВ * 2) БВГ 3) АГД 4) БД

5. Основным методом лечения низкодифференцированной формы мукоэпидермоидной опухоли является:

- А) химиотерапия
 - Б) хирургический
 - В) лучевая терапия
 - Г) электрокоагуляция
 - Д) криотерапия
- 1) АБВ * 2) БВГ 3) ГД 4) БД

6. Злокачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является:

- Е) мукоэпидермоидный рак
 - Ж) аденокистозная карцинома
 - З) аденокарцинома
 - И) полиморфная аденома
 - К) мономорфная аденома
- 1) АБВ * 2) БВ 3) ВГ 4) В

7. Синоним аденокистозной карциномы:

- Е) цилиндрома
 - Ж) мукоэпидермоидная
 - З) ацинозноклеточная
 - И) полиморфная аденома
 - К) мономорфная аденома
- 1) АБВ 2) БВ 3) ВГД 4) А *

8. Основным методом лечения аденокистозной карциномы является:

- Е) химиотерапия
 - Ж) хирургический
 - З) лучевая терапия
 - И) электрокоагуляция
 - К) криотерапия
- 1) АБВ * 2) БВГ 3) АГД 4) БД

9. Основным методом лечения низкодифференцированной формы мукоэпидермоидной опухоли является:

- Е) химиотерапия
 - Ж) хирургический
 - З) лучевая терапия
 - И) электрокоагуляция
 - К) криотерапия
- 1) АБВ * 2) БВГ 3) ГД 4) БД

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1. 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 № 2. 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 новообразование, в диаметре до 4,0 см, с гладкой поверхностью, плотно-эластичной консистенции, ограниченно подвижная, безболезненная при пальпации. Нарушения функции 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 №3. Больная 62 года, обратилась с жалобами на наличие припухлости в правой подчелюстной 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. Правая подчелюстная железа значительно увеличена в размерах, болезненная, плотной консистенции, не смещаемая. Кожные покровы над ней не изменены. Слюна из правого Вартонова 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) Составьте план лечения

Ответ

1. Аденокарцинома правой поднижнечелюстной слюнной железы.
2. Комбинированные: лучевая терапия футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи вместе с железой.

Ситуационная задача №4. 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.

- 3) О наличии какой опухоли можно думать
- 4) Какие дополнительные методы обследования следует использовать в диагностике.

Ответ

3. Полиморфная аденома слизистой оболочки в области границы твердого и мягкого неба.

4. Цитологический и рентгенологический методы исследования.

Ситуационная задача № 5. 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 новообразование, в диаметре до 4,0 см, с гладкой поверхностью, плотно-эластичной консистенции, ограниченно подвижная, безболезненная при пальпации. Нарушения функции лицевого нерва не выявлено. При цитологическом исследовании определяется наличие эпидермальных и слизеобразующих клеток.

4) поставьте диагноз

5) приведите обоснование диагноза

6) составьте план лечения

Ответ

4. Мукоэпидермальная опухоль околоушной области справа.

5. На основании клинических и морфологических данных.

6. При доброкачественном течении – удаление опухоли с железой с сохранением ветвей лицевого нерва. При злокачественном сочетании хирургического и лучевого методов.

Ситуационная задача № 6. Больная 62 года, обратилась с жалобами на наличие припухлости в правой подчелюстной области, которую обнаружил три месяца назад. За это время и появилась боль во время приема пищи. Несколько лет назад больному проводилась операция удаления конкремента из протока поднижнечелюстной слюнной железы справа. В анамнезе отмечают язвенную болезнь желудка. Правая подчелюстная железа значительно увеличена в размерах, болезненная, плотной консистенции, не смещаемая. Кожные покровы над ней не изменены. Слюна из правого Вартонова 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.

3) Поставьте диагноз

4) Составьте план лечения

Ответ

3. Аденокарцинома правой поднижнечелюстной слюнной железы.

4. Комбинированное: лучевая терапия, футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи вместе с железой.

Раздаточный материал:

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

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.

Мануальные навыки

«Взятие пунктата для цитологического исследования»




Цель: Выявление возможных атипичных клеток.

Показание: наличие новообразования (язвы).

Оснащение: больные (волонтеры), стоматологическое кресло (кушетка), зеркало, пинцет, горловой шпатель, скальпель, ножницы, шприц, анестетик, стерильное предметное стекло.

Выполнение мануального навыка.

| | | |
|--|---|--|
|  |  |  |
| 1. Посадить больного в кресло | 2. Обработать поверхность кожи (слизистой) антисептиком. | 3. Стерильным шприцом проколоть опухоль до середины и получить часть содержимого. |
| 10 | 10 | 20 |

| | | |
|---|--|---|
|  |  |  |
| 4. Осадок пунктата нанести на предметное стекло. | 5. Предметное стекло высушить. | 6. Заполнить сопроводительный лист и отправить в цитологическую |

| | | | | | |
|----|--|----|--|--------------|--|
| | | | | лабораторию. | |
| 10 | | 20 | | 20 | |

Рекомендуемая литература

-основная:

1. Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2003 г. стр. 412-418
2. Шаргородский А.Г.» Атлас опухолей мягких тканей и костей лица»М. 1998.

-дополнительная:

1. Тимофеев А.А. «Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии» Киев 2002 г.
2. Безруков В.М., Робустова Т.Г. «Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» том 1, Москва: Медицина, 2000 г.
3. Рабухина Н.А. и др. «Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области»М.,1998
4. Соловьев М.М.»Онкологические аспекты в стоматологии» Ленинград,1983.
5. Пачес А.И. «Опухоли головы и шеи.» М., 1983.
6. Шаргородский А.Г.» Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица» М.,1999.
7. Интернет сайты:
www.chicagocentre.com
www.implantplus.azerin.com
www.ukrdental.com
dentist.spb.ru
www.nidr.nih.gov
spb-mfs.narod.ru
www.zubnoy.spb.ru

Тема № 7

ВРОЖДЕННЫЕ КИСТЫ (ЭПИДЕРМОИДНЫЕ И ДЕРМОИДНЫЕ). КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Технологическая карта практического занятия.

| | | |
|----------------------------------|---------------|-------------|
| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
| | Преподаватель | |

| | | |
|---|---|---|
| <p>1-этап</p> <p>Введение в учебное занятие</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| <p>2- этап</p> <p>Основная часть</p> <p>15- минут</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>5- минут</p> <p>10- минут</p> <p>30- минут</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>3- этап</p> <p>Заключительный</p> <p>10- минут</p> | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.. (приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие).</p> <p>Перемена</p> <p>2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов)</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> <p>Слушают</p> <p>Задают вопросы</p> |

| | | |
|-----------|---|---|
| 10- минут | | Слушают |
| 10- минут | <p>3.1. Заключение. Проводится заключение по теме.</p> <p>3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5)</p> <p>3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7)</p> | <p>Слушают сами себя оценивают</p> <p>Записывают задания.</p> |
| Всего | | 4 часа |

Контрольные вопросы

1. Классификация врожденных кист лица и шеи.
2. Боковые кисты шеи. Этиопатогенез.
3. Боковые кисты шеи. Клиника, диагностика и лечение.
4. Срединные (тиреоглоссальные) кисты шеи. Этиопатогенез.
5. Срединные (тиреоглоссальные) кисты шеи. Клиника, диагностика и лечение.
6. Дермоидные кисты. Этиопатогенез.
7. Дермоидные кисты. Клиника. Диагностика. Лечение.

Содержание занятия

Теоретическая часть

Классификация по В.М. Безрукову.

1. Кисты околоушной области.

А) кисты позадичелюстной области

Б) предушные свищи

В) свищи позадичелюстной области

2. Срединные кисты

А) кисты корня языка

Б) кисты над - и под подъязычной кости

3. Боковые кисты

При опухолеподобных поражениях кожи и при кистах лица, проводится исследование общего анализа крови, мочи, свёртываемости крови, пальпация. Прибегают к пункции с последующим цитологическим и биохимическим исследованием.

Киста - это безболезненное 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.

Врождённые кисты лица и шеи. Киста- это безболезненное округлое образование эластичной консистенции, не спаянное с кожей. Содержимое кисты-мутная жидкость жёлтого цвета. Эпителий многослойный плоский, имеется большое количество лимфоцитов.

Различают бранхиальные (аномалия развития 1-й и 2-й жаберных щелей и дуг) и тиреоглоссальные кисты.

При тиреоглоссальной кисте- подвижность ограничена, отмечается спаянность с кожей, затруднение глотания и нарушение речи. При инфильтрировании кисты- боль, отёк, инфильтрация окружающих тканей.

Дифференциальная диагностика: Специфические воспалительные процессы, лимфаденит, дермоидная киста, аденома дистопированной щитовидной железы. Лечение: при кисте - полное её иссечение с капсулой.

Врожденные кисты лица и шеи. Среди них различают бранхиальные (от греч. *branchia* — жабры) и тиреоглоссальные кисты. Возникновение бранхиальной кисты и свища связано с аномалией развития 1-й и 2-й жаберных щелей и дуг.

Тиреоглоссальная киста образуется вследствие неполной редукции у эмбриона щитовидно-язычного протока. Врожденные кисты встречаются сравнительно редко и составляют около 5% всех новообразований лица и челюстей. Аномалия жаберных щелей наблюдается чаще тиреоглоссальной (соответственно 61 и 39% случаев). Врожденные кисты наблюдаются в основном у детей и лиц молодого возраста. Клиническое течение бранхиальных и тиреоглоссальных кист сходно, однако они имеют свои характерные особенности, обусловленные локализацией. Киста увеличивается медленно, в течение нескольких лет.

Определяется в виде безболезненного ограниченного образования округлой или овальной формы, эластической консистенции, неспаянного с кожей. Кисту обнаруживают случайно либо при возникновении воспаления. В случае присоединения специфической микрофлоры (микобактерии туберкулеза, актиномицеты) диагностика затрудняется.

Бранхиальные кисты.

При патологии 1-й жаберной щели возникает киста околоушной области, наружнослухового прохода и ушной раковины. Аномалия развития 2-й жаберной щели ведет к формированию боковой кисты шеи. Бранхиальные кисты околоушной области встречаются значительно реже (11%) боковых кист шеи (89%).

Киста околоушной области. Киста располагается под основной массой околоушной слюнной железы или в позадичелюстной области над стволом лицевого нерва и часто имеет связь с хрящевым отделом наружного слухового прохода. Клинические проявления такие же, как при доброкачественной опухоли или кисте околоушной слюнной железы.

Микроскопически внутренняя выстилка кисты околоушной области представлена многослойным плоским ороговевающим эпителием.

Боковая киста шеи. Киста наблюдается чаще, чем свищ (9:1). Она имеет типичную локализацию, располагается в верхней трети шеи, впереди кивательной мышцы, на сосудисто-нервном пучке, непосредственно примыкает к внутренней яремной вене, представляет собой ограниченное округло-овальной формы образование. При пальпации — эластической консистенции с признаками флюктуации, безболезненная, несколько подвижная, с кожей не спаяна. Особенно хорошо контурируется при повороте головы больного в противоположную сторону. Содержимое кисты представляет собой мутную жидкость грязно-белого цвета, при цитологическом исследовании которой определяется оксифильная мелкозернистая масса с элементами многослойного плоского эпителия и значительным количеством лимфоцитов. При инфицировании киста становится болезненной и быстро увеличивается. Нередко воспалительный процесс распространяется на окружающие ткани. В таких случаях кисту трудно дифференцировать от лимфаденита, аденофлегмоны. Ненагноившуюся боковую кисту дифференцируют от внеорганных опухолей шеи (невриномы, липомы), лимфогранулематоза и др. Микроскопически стенка кисты выстлана многослойным плоским эпителием.

Диагностика боковой кисты основывается на анамнестических и клинических данных. Получение при пункции большого количества характерного содержимого (5—30 мл) и данные цитологического исследования позволяют подтвердить диагноз боковой кисты.

Тиреоглоссальная киста имеет типичную локализацию по средней линии шеи, в связи с чем её также называют срединной.

Тиреоглоссальная киста располагается по средней линии шеи в под- или надподъязычной области и в корне языка. При локализации на шее определяется плотное образование, диаметром не более 2 см, округлой формы, с четкими границами, эластической консистенции, с кожей не спаянное. При пальпации отмечаются безболезненность, ограниченная подвижность, спаянность с телом подъязычной кости, которая четко обнаруживается при глотании. При кисте корня языка последний приподнят, отмечаются нарушение речи и затруднение глотания. Инфицирование содержимого кисты приводит к болезненности, отеку, инфильтрации окружающих тканей. В этих случаях клиническая картина напоминает таковую при лимфадените или абсцессе. При частых рецидивах абсцесса языка следует подозревать наличие кисты в его корне. Содержимое тиреоглоссальной кисты представляет собой мутную желтоватую тягучую жидкость. Цитологическим исследованием установлено наличие клеток многослойного плоского эпителия и лимфоидных элементов. Эпителий оболочки кисты имеет эндодермальное происхождение.

Удерживая пальцем кисту, просят больного проглотить слюну, при этом смещение вместе с подъязычной костью фиксированных образований свидетельствует о наличии тиреоглоссальной кисты. Дифференциальную диагностику срединной кисты проводят со специфическим воспалительным процессом, лимфаденитом, дермоидной кистой, со струмой языка или аденомой дистопированной щитовидной железы.

Лечение. При кисте проводят полное иссечение с капсулой. При наличии воспаления операцию осуществляют после его ликвидации. Кисту позадищелюстной области удаляют через разрез, окаймляющий угол нижней челюсти, и отступя от него на 1,5—2 см, чтобы не повредить краевую ветвь лицевого нерва. Для удаления боковой кисты шеи проводят разрез кожи над кистой по переднему краю кивательной мышцы либо по верхней шейной складке. При тиреоглоссальной кисте шеи рассекают кожу по верхней или средней складке шеи, удаление кисты сочетают с резекцией тела подъязычной кости. Кисту корня языка в зависимости от размеров оперируют либо внутриротовым, либо наружным подходом.

Дермоидная киста. Образуется в результате порока развития и формирования лица в местах сращения у эмбриона лобного, верхнечелюстных и нижнечелюстных бугров. Обычно располагается в подподбородочной области, на дне полости рта, у корня и крыльев носа, внутреннего и наружного краев глазницы, чаще встречается у молодых лиц. Дермоидная киста представляет собой полостное образование с толстой кожистой оболочкой, заполненное кашицеобразной массой грязно-белого цвета с неприятным запахом. Содержимое кисты состоит из слущившегося эпидермиса, продуктов выделения сальных, потовых желез и волосяных фолликулов, иногда с наличием волос. При осмотре отмечается опухолевидное образование округлой формы с четкими границами, безболезненное, не спаянное с покрывающей ее кожей или слизистой оболочкой. Располагаясь на дне полости рта, оно определяется строго по средней линии над челюстно-подъязычной мышцей и просвечивает желтоватым цветом. Киста большого размера оттесняет вверх язык, становятся затрудненными речь и прием пищи. Гистологически оболочка кисты содержит элементы кожи, включая эпидермальную выстилку, волосяные фолликулы и сальные железы.

Лечение заключается в иссечении кисты с капсулой. При расположении кисты над челюстно-подъязычной мышцей проводят операцию внутриротовым подходом. Кисту подподбородочной области удаляют через наружный разрез.

Студент должен знать:

- этиопатогенез врожденных кист;
- классификацию кист лица и шеи;
- клинические проявления врожденных кист лица и шеи;
- принципы хирургического лечения.

Студент должен уметь:

- собирать анамнез;

- пальпировать образование (консистенция, связь с окружающими тканями);
- дифференцировать эпидермальную кисту (атерому), мозговую грыжу с дермоидной кистой;
- пальпировать область регионарных лимфоузлов;
- взять пунктат и нанести на предметное стекло;
- зондировать свищевой ход, ввести контрастное вещество.

Интерактивный метод: Метод снежков.

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Срединные и боковые кисты 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 краю m. Sternocleidomastoideus *

3. Срединная киста шеи локализуется:

- А) по средней линии шеи*
- Б) над ключицей
- В) в области яремной вырезки
- Г) в поднижнечелюстной области
- Д) по переднему краю кивательной мышцы

4. Пунктат врожденной кисты шеи имеет вид:

- А) гноя
- Б) лимфы
- В) крови
- Г) мутной жидкости
- Д) прозрачной опалесцирующей жидкости *

5. Основным методом лечения врожденных кист шеи является:

- А) криотерапия
- Б) химиотерапия
- В) лучевая терапия
- Г) динамические наблюдения
- Д) оперативное вмешательство *

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Срединные и боковые кисты шеи по своему происхождению являются:

- А) врожденными

- Б) дисонтогенетическими
 - В) травматическими
 - Г) онкологическими
 - Д) воспалительными
- 1)АБ * 2) БВГ 3) ВД 4) А

2. Для подтверждения диагноза, «боковая киста шеи» проводится исследование:

- А) биохимическое
 - Б) цитологическое
 - В) радиоизотопное
 - Г) реакция Вассермана
 - Д) контрастная цистография
- 1)БД * 2)БВГ 3)ГД 4)АД

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 3,0х4,0 см, 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 лечения

Ответ:

1) При постановке предварительного диагноза прежде всего следует предположить наличие боковой кисты шеи слева на основании характерной локализации. Нельзя также исключить наличие хронического лимфаденита и доброкачественной опухоли шеи.

2) Для подтверждения диагноза необходимо провести цитологическое исследование. Получение во время пункции прозрачной жидкости, подтверждает диагноз. Лечение хирургическое - удаление кисты в условиях стационара

Ситуационная задача № 2. 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 проводилась противовоспалительная терапия и физиолечение. Послеоперационная рана долго не заживала, в дальнейшем сформировался свищевой ход, из которого постоянно выделяется незначительное количество мутной жидкости.

- 1) Укажите, были ли 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.

Раздаточный материал:

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.

2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи

Практическая часть

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 свищами 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 студента - «врача» - насколько конкретно, логично и целенаправленно со знанием темы проводит обследование больного. При обследовании больных необходимо научить студента проводить оценку всех признаков: безболезненное, ограниченное образование округлой или овальной формы, эластической консистенции, не спаяно (спаяно) с кожей.

Мануальные навыки




«Взятие пунктата для цитологического исследования»




Цель: Выявление возможных атипичных клеток.

Показание: наличие новообразования (язвы).

Оснащение: больные (волонтеры), стоматологическое кресло (кушетка), зеркало, пинцет, горловой шпатель, скальпель, ножницы, шприц, анестетик, стерильное предметное стекло.

Выполнение мануального навыка.

| | | |
|---|--|--|
|  |  |  |
| 1. Посадить больного в кресло | 2. Обработать поверхность кожи (слизистой) антисептиком. | 3. Стерильным шприцом проколоть опухоль до середины и получить часть содержимого. |
| 10 | 10 | 20 |

| | | |
|---|--|---|
|  |  |  |
| 4. Осадок пунктата нанести на предметное стекло. | 5. Предметное стекло высушить. | 6. Заполнить сопроводительный лист и отправить в цитологическую лабораторию. |
| 10 | 20 | 20 |

Рекомендуемая литература

- основная:

1. Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2000 г.

- дополнительная:

1. Бернадский Ю.И. «Основы хирургической стоматологии» Киев,1998.
2. Соловьев М.М. «Онкологические аспекты в стоматологии» Ленинград,1983.
3. Рабухина Н.А. и др. «Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области»М.,1998
4. Пачес А.И. «Опухоли головы и шеи» М., 1983.
5. Шаргородский А.Г. «Атлас опухолей мягких тканей и костей лица» М. 1998.
6. Шаргородский А.Г. «Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица» М.,1999.

Тема № 8

ВРОЖДЕННЫЕ СВИЩЕВЫЕ ХОДЫ ЛИЦА И ШЕИ.

Технологическая карта практического занятия.

| | | |
|----------------------------------|---------------|-------------|
| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
| | Преподаватель | |

| | | |
|--|---|---|
| <p>1-этап</p> <p>Введение в учебное занятие</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают</p> <p>Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| <p>2- этап</p> <p>Основная часть</p> <p>15- минут</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>5- минут</p> <p>10- минут</p> <p>30- минут</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>3- этап</p> <p>Заключительный</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.. (приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие).</p> <p>Перемена</p> <p>2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов)</p> <p>3.1. Заключение. Проводится заключение по теме.</p> <p>3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> <p>Слушают</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Слушают</p> <p>Слушают сами</p> |

| | | |
|-----------|---|---------------------------------------|
| 10- минут | критерии оценивания по группе.(приложение 5) 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | себя оценивают Записывают задания. |
| Всего | | 4 часа |

Контрольные вопросы

1. Классификация врожденных свищей лица и шеи.
2. Боковые свищи шеи. Этиопатогенез.
3. Боковые свищи шеи. Клиника, диагностика и лечение.
4. Срединные (тиреоглоссальные) свищи шеи. Этиопатогенез.
5. Срединные (тиреоглоссальные) свищи шеи. Клиника, диагностика и лечение.
6. Техника проведения фистулографии.

Содержание занятия

Теоретическая часть

Классификация по В.М. Безрукову.

1. Свищи околоушной области.
 - А) предушные свищи
 - Б) свищи позадищелюстной области
2. Срединные свищи
 - В) свищи полные - наружные
 - Г) неполные - внутренние
3. Боковые свищи.
 - Б) свищи полные - наружные
 - В) свищи неполные - внутренние.

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.

Свищ- мягкий болезненный плотный, имеет 2 отверстия: наружное- над кожей, и внутреннее - на слизистой оболочке полости рта, и неполные- с одним устьем наружным или внутренним. Из отверстия выбухают грануляции, покрытая мокнущими корками. Вокруг свища гиперпигментация кожи. Различают бранхиальные(аномалия развития 1-й и 2-й жаберных щелей и дуг) и тиреоглоссальные свищи.

Дифференциальная диагностика: Специфические воспалительные процессы, лимфаденит, дермоидная киста, аденома дистопированной щитовидной железы.

Лечение: при свище - заполнение свища водным раствором метиленовым синим, и полное его отсечение вместе с ответвлениями.

Врожденные свищи лица и шеи. Среди них различают бронхиальные (от греч. *branhia* — жабры) и тиреоглоссальные свищи. Возникновение бронхиального свища связано с аномалией развития 1-й и 2-й жаберных щелей и дуг.

Тиреоглоссальный свищ образуется вследствие неполной редукции у эмбриона щитовидно-язычного протока. Врожденные свищи встречаются сравнительно редко и составляют около 5% всех новообразований лица и челюстей. Аномалия жаберных щелей наблюдается чаще тиреоглоссальной (соответственно 61 и 39% случаев). Клиническое течение бронхиальных и тиреоглоссальных свищей сходно, однако они имеют свои характерные особенности, обусловленные локализацией.

Врожденные свищи могут быть полными, при этом имеется два выводных отверстия: наружное — на коже, внутреннее — на слизистой оболочке полости рта, и неполными — с одним устьем, наружным или внутренним. В диагностике свищей имеет значение контрастная фистулография с помощью йодолипола. Она позволяет определить направление, протяженность и наличие ответвлений свища, знание которых необходимо при хирургическом лечении.

Бронхиальные свищи.

При патологии 1-й жаберной щели возникает свищ околоушной области, наружнослухового прохода и ушной раковины. Аномалия развития 2-й жаберной щели ведет к формированию бокового свища шеи. Бронхиальные свищи околоушной области встречаются значительно реже (11%) боковых свищей шеи (89%).

Свищ околоушной области. Бронхиальный свищ с выводным отверстием на коже, расположенным впереди основания завитка ушной раковины, называют предушным. Часто он бывает двусторонним. Отмечается роль наследственного фактора в его образовании.

Свищ позадичелюстной области образуется в результате самостоятельного или оперативного вскрытия нагноившейся бронхиальной кисты, наружное отверстие его располагается между углом нижней челюсти и передним краем кивательной мышцы. При полных предушном и позадичелюстном свищах второе отверстие открывается на коже хрящевого отдела наружного слухового прохода, при неполном свище стенки последнего вплетаются в него. Отмечается салоподобное отделяемое из свища, окружающая кожа нередко мацерируется. Микроскопически внутренняя выстилка свища околоушной области представлена многослойным плоским ороговевающим эпителием.

Боковой свищ шеи бывает односторонним и редко двусторонним. Обнаруживается в одних случаях при рождении ребенка, в других случаях является исходом вскрытия нагноившейся боковой кисты шеи. Наружное устье свища располагается на коже боковой поверхности шеи соответственно переднему краю кивательной мышцы. Внутреннее устье полного бокового свища имеет постоянную локализацию в верхнем полюсе небной миндалины. В глубине свищ проходит между наружной и внутренней сонными артериями. Клинически наружное устье свища может быть точечным или расширенным с выбухающими грануляциями, иногда покрытыми мокнущими корками. Определяются гиперпигментация и мацерация кожи вокруг свища вследствие постоянного выделения из него желтоватой тягучей жидкости. При наличии полного бокового свища больные часто указывают в анамнезе на рецидивирующую одностороннюю ангину, при осмотре определяется увеличение миндалины соответствующей стороны.

Боковой свищ шеи нужно дифференцировать от срединного свища, наружное устье которого иногда бывает смещенным в сторону от средней линии, и специфического воспалительного процесса. Микроскопическая картина выстилки свища соответствует строению стенки боковой кисты шеи.

Тиреоглоссальный свищ имеет типичную локализацию по средней линии шеи, в связи с чем его также называют срединным.

Тиреоглоссальный свищ возникает, как правило, после самопроизвольного или оперативного вскрытия срединной кисты шеи. Наружное устье свища располагается на коже по средней линии шеи, преимущественно между подъязычной костью и щитовидным хрящом. Кожа часто в рубцах, иногда вокруг свища разрастаются грануляции. Отделяемое скудное слизеподобное. При полном свище внутреннее устье располагается в области foramen coecum. Тиреоглоссальный свищ проходит по средней линии шеи, прорывает тело подъязычной кости и под углом 40—45° направляется к слепому отверстию языка. Пальпаторно свищевой ход, так же как и срединная киста шеи, всегда связан с телом подъязычной кости. Определяется это следующим образом. Удерживая пальцем свищ, просят больного проглотить слюну, при этом смещение вместе с подъязычной костью фиксированных образований свидетельствует о наличии тиреоглоссального свища. Дифференциальную диагностику срединного свища проводят со специфическим воспалительным процессом, лимфаденитом, дермоидной кистой, со струмой языка или аденомой дистопированной щитовидной железы.

Лечение. Иссечению свища предшествует заполнение его перед операцией 1 % водным раствором метиленового синего. При этом стенка свища окрашивается и хорошо прослеживается во время удаления. Операция заключается в иссечении свища с его ответвлениями. Проводят разрез, окаймляющий наружное устье свища, его отпрепаровывают и выделяют свищ. Удаление предушного и позадищелюстного свищей завершается иссечением хрящевого отдела наружного слухового прохода. Операция при полном боковом свище шеи сопряжена с определенными трудностями, связанными с топографическим взаимоотношением свища и сосудисто-нервного пучка шеи: свищевой ход проходит в ложе его между наружной и внутренней сонными артериями. Иссечение тиреоглоссального свища, сопровождается резекцией тела подъязычной кости.

Студент должен знать:

- этиопатогенез врожденных свищей;
- классификацию свищей лица и шеи;
- клинические проявления врожденных свищей лица и шеи;
- методы диагностики: фистулографию, цитологию;
- принципы хирургического лечения.

Студент должен уметь:

- собирать анамнез;
- пальпировать образование (консистенция, связь с окружающими тканями);
- пальпировать область регионарных лимфоузлов;
- зондировать свищевой ход, ввести контрастное вещество.

Интерактивный метод: Слабое звено.

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются:

- Е) врожденными *
- Ж) одонтогенными
- З) травматическими
- И) онкологическими
- К) воспалительными

2. Наружное отверстие срединного свища шеи располагается в:

- А) щечной области
- Б) подъязычной области
- В) в области корня языка
- Г) поднижнечелюстной области
- Д) области подъязычной кости по средней линии шеи *

3. Основным методом лечения врожденных свищей шеи является:

- Е) криотерапия
- Ж) химиотерапия
- З) лучевая терапия
- И) динамические наблюдения
- К) оперативное вмешательство *

4. При иссечении срединного свища шеи необходимо резецировать:

- А) щитовидный хрящ
- Б) небную миндалину
- В) участок подъязычной кости *
- Г) подчелюстную слюнную железу
- Д) проток подчелюстной слюнной железы

5. Основным методом лечения врожденных свищей шеи является их:

- А) перевязка
- Б) иссечение *
- В) промывание
- Г) криодеструкция
- Д) склерозирование

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются:

- Е) врожденными
- Ж) дисонтогенетическими
- З) травматическими
- И) онкологическими
- К) воспалительными

1) АБ * 2) БВГ 3) ВД 4) А

2. Отверстие бокового свища шеи открывается в:

- А) носоглотке
 - Б) шейной области
 - В) подъязычной области
 - Г) поднижнечелюстной области
 - Д) области верхнего полюса миндалины
- 1)АБ * 2)БВГ 3)ВД 4)Д

4. Отверстие срединного свища шеи открывается в:

- А) носоглотке
 - Б) шейной области
 - В) подъязычной области
 - Г) поднижнечелюстной области
 - Д) области слепого отверстия корня языка
- 1)БД * 2) БВ 3)ВГ 4) Д

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1. 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 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 необходимо 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 № 2. 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 проводилась противовоспалительная терапия и физиолечение. Послеоперационная рана долго не заживала, в дальнейшем сформировался свищевой ход, из которого постоянно выделяется незначительное количество мутной жидкости.

- 1) Укажите, были ли 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.

Раздаточный материал:

5. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
6. Тесты 1 уровня сложности.
7. Тесты 2 уровня сложности.
8. Ситуационные задачи

Рекомендуемая литература

- основная:

1. Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2000 г.

- дополнительная:

1. Бернадский Ю.И. «Основы хирургической стоматологии» Киев,1998.
2. Соловьев М.М. «Онкологические аспекты в стоматологии» Ленинград,1983.
3. Рабухина Н.А. и др. «Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области»М.,1998
4. Пачес А.И. «Опухоли головы и шеи» М., 1983.
5. Шаргородский А.Г. «Атлас опухолей мягких тканей и костей лица» М. 1998.
6. Шаргородский А.Г. «Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица» М.,1999.

Тема № 9

ПЛАНИРОВАНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПЛАНИРОВАНИЯ, ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ОБЛАСТИ ЛИЦА И ОСОБЕННОСТИ ИХ ПРОВЕДЕНИЯ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и | Деятельность | Обучающиеся |
|---------|--------------|-------------|
|---------|--------------|-------------|

| продолжительность работы | Преподаватель | |
|--|--|---|
| <p>1-этап</p> <p>Введение в учебное занятие</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают</p> <p>Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| <p>2- этап</p> <p>Основная часть</p> <p>15- минут</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>5- минут</p> <p>10- минут</p> <p>30- минут</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>3- этап</p> | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов. (приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие).</p> <p>Перемена</p> <p>2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов)</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> <p>Слушают</p> <p>Задают вопросы</p> |

| | | |
|----------------|--|--|
| Заключительный | | |
| 10- минут | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | |
| 10- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Слушают и сами себя оценивают Записывают задания. |
| Всего | | 4 часа |

Контрольные вопросы

1. Классификация дефектов и деформаций ЧЛЮ
2. Показания к восстановительным операциям
3. Противопоказания к восстановительным операциям
4. Анализ клинико-биохимических и дополнительных методов обследования больных с дефектами и деформациями ЧЛЮ
5. Количественная и качественная характеристика дефектов ЧЛЮ
6. Анализ функциональных нарушений при дефектах и деформациях ЧЛЮ
7. Планирование восстановительных операций в зависимости от:
 - а) локализации дефекта
 - б) величины дефекта
 - в) качества утраты тканей
 - г) возраста и пола больного
8. планирование выбора донорского участка, источника материала, способа переноса пластического материала к месту дефекта
9. Анатомические особенности тканей лица и шеи.
10. Методы восстановительных операций местными тканями.
11. Показания и противопоказания к пластике местными тканями.
12. Выбор метода пластики в зависимости от размера дефекта, локализации и возраста больного.

Содержание занятия

Показаниями к осуществлению восстановительных и реконструктивных операций являются различного рода анатомо-функциональные, в том числе и чисто косметические, дефекты и деформации, которые могут быть врожденными или приобретенными.

Классификация дефектов и деформаций челюстно-лицевой области. Клинико-хирургическая классификация дефектов и деформаций полости рта, челюстей, лица может быть представлена (в общих чертах) следующим образом.

По этиологии и патогенезу:

1. Травма (бытовая, производственная, спортивная, хирургическая и др.).
2. Одонтогенная инфекция (неспецифическая или специфическая).
3. Неодонтогенная инфекция (специфическая или неспецифическая).
4. Асептическое воспаление (ошибочные инъекции, аллергия).
5. Врожденные дефекты и деформации.
6. Приобретенные дефекты и деформации.
7. Старческие деформации кожи лица, носа, губ, щек, век, шеи.

По локализации:

1. Мягкие ткани лица.
2. Мягкие ткани и кости лица (челюсти, скуловые, носовые, лобная).
3. Мягкие ткани полости рта и челюсти.
4. Мягкие ткани лица, полости рта и кости лица.
5. Мягкие ткани лица и хрящи носа.
6. Мягкие ткани лица, хрящи носа и слизистая оболочка полости рта.

По характеру нарушений функций:

1. Нарушение благообразия лица и мимики; сексуальная дисфункция.
2. Невозможность или затруднение открывания рта и откусывания пищи.
3. Невозможность или затруднение разжевывания пищи и формирования пищевого комка.
4. Затруднение или невозможность глотания.
5. Затруднение или невозможность речи.
6. Затруднение или невозможность дыхания; резкий храп во сне.
7. Нарушение всех или нескольких перечисленных функций.

Врожденные дефекты и деформации челюстно-лицевой области

подразделяют на следующие классы:

- а) несращение губ (одно- и двустороннее; частичное или полное; комбинированное с другими дефектами лица и челюстей);
- б) колобомы лица или несращения частей лица (угла рта, щеки, века) односторонние, двусторонние; полные, частичные; комбинированные;
- в) несращение неба (частичное; полное; скрытое; комбинированное с дефектами губ, щек и др.);
- г) макро-, микростомия;

- д) микроотия, анотия;
- е) несращение частей носа (комбинированное; подкожное или скрытое);
- ж) деформация носа (горб, искривление и др.).

Приобретенные дефекты челюстно-лицевой области имеют самую разнообразную локализацию, протяженность и глубину, начиная от небольших изъянов поверхностного слоя кожи и кончая полным отсутствием всех костей лица и прилежащих к ним мягких тканей, век, глазных яблок и ушных раковин.

Этиологические факторы приобретенных дефектов и деформаций челюстно-лицевой области можно разделить на следующие основные группы:

- а) механические травмы (бытовые, производственные, огнестрельные, транспортные, повреждения при укусе животных);
- б) термические травмы (ожоги пламенем или горючими смесями и др., обморожения);
- в) химические травмы (жидкими кислотами, едкими щелочами);
- г) перенесенные инфекции (нома, волчанка, сифилис, остеомиелит, оспа, рожа) и некрозы тканей на почве выраженных расстройств кровообращения;
- д) операции по поводу новообразований;
- е) повреждение тканей в результате лучевой терапии;
- ж) татуировка кожи.

Противопоказания к восстановительным и реконструктивным операциям. Различают местные и общие противопоказания. К местным относятся незначительная степень дефекта или деформации (при отсутствии существенных функциональных нарушений и в тех случаях, когда косметический фактор не имеет значения, особенно у лиц пожилого и старческого возраста); пиодермия кожи лица, язвенный стоматит, гингивит, глоссит; воспалительные процессы в регионарных лимфатических узлах, верхнечелюстных пазухах, челюстях, в носу, носовой части глотки и других органах, находящихся по соседству с местом операции.

В число общих противопоказаний входят различные острые и хронические инфекционные заболевания; тяжелые расстройства функции пищеварительной системы; психические нарушения; гнойничковые поражения кожи туловища, конечностей и волосистой части головы; субфебрилитет невыясненной этиологии; общее недомогание и плохое самочувствие больного; менструация.

При субфебрилитете, возникшем на фоне туберкулеза легких или костей, необходимо предварительно провести курс специфического лечения. После этого, проконсультировавшись с фтизиатром, можно произвести нетравматическую одноэтапную операцию. Многоэтапное хирургическое лечение больных туберкулезом желательно начинать после проведения комплексного лечения в условиях стационара или санатория.

При необходимости проведения операции в зоне волчаночных рубцов нужно учитывать возможность их ракового или саркоматозного перерождения. Поэтому оттягивать иссечение такого рубца не нужно, однако перед его иссечением следует срочно провести курс специфического лечения, чтобы предупредить обострение красной волчанки. При всем этом хирург должен помнить, что иссекать волчаночные рубцы и замещать их нужно не ранее чем через полгода после окончания энергичного специфического лечения и при отсутствии в

течение этого времени рецидива заболевания, а также при достаточно высокой сопротивляемости организма больного.

Если у больного, лечившегося по поводу сифилиса, отмечается положительная серологическая реакция (при исследовании крови или спинномозговой жидкости), то его необходимо направить на повторный курс специфического лечения. Но если и после повторного курса серологическая реакция будет положительной, это не является противопоказанием к операции, так как опыт показывает, что в послеоперационном периоде в таких случаях не наблюдается ни осложнений со стороны раны, ни обострений основного заболевания.

У больных с пороками сердца или анемией одноэтапную операцию можно провести после соответствующей подготовки в терапевтическом отделении, а многоэтапные операции лучше отложить до полного излечения или существенного улучшения общего состояния и самочувствия больного.

Особенности психоневрологического статуса челюстно-лицевых больных.

Решая вопрос о показании к операции, хирург должен учитывать психоневрологический статус пациента. Обычно обезображенные больные, подвергаясь длительному психическому травмированию, страдают различного рода психогениями, неврастенией, невротами. Наряду с этим, почти все они одержимы настойчивым желанием избавиться от косметического дефекта, хотя зачастую испытывают панический страх перед хирургическим лечением.

Взрослые сравнительно легче переносят возникновение косметических дефектов в результате травмы, постепенно смиряются и приспосабливаются к своему положению. Чем моложе пострадавший от травмы или пациент с врожденным уродством, тем больше вероятность развития у него декомпенсированного психического состояния, на фоне которого хирургическое лечение может вызвать тяжелый срыв высшей нервной деятельности. Известны случаи самоубийства на почве косметических дефектов.

Некоторые больные подростки терроризируют своих родителей, упрекая их в наличии врожденного уродства, несвоевременности начала лечения его; постоянно жалуются на свою судьбу, неустроенность личной жизни, отсутствие друзей и т. д. Их агрессивная озлобленность вызывает порой конфликты в семье, в трудовом коллективе. В ряде же случаев они «самоутверждаются» тем, что демонстрируют показное безразличие по отношению к своей внешности, подсмеиваются над собой, стараются замаскировать собственную уязвимость.

Обезображенные больные по-разному относятся как к своему дефекту, так и к результатам хирургического лечения. В этом отношении всех больных можно разделить на 5 групп.

1. Больные с пониженным эстетическим чувством, которые безразличны к внешности даже тогда, когда обезображенность значительна.

2. Больные с нормальным эстетическим чувством. Они объективно оценивают степень своей обезображенности и высказывают обоснованные пожелания. В случае неудачи на том или ином этапе лечения такие больные не отчаиваются и соглашаются на продолжение лечения.

3. У больных с непостоянным уровнем эстетического чувства отношение к своему дефекту часто меняется — то они чрезмерно болезненно воспринимают свою обезображенность, то безразличны к своей внешности. После беседы они могут согласиться, что в операции нет необходимости, но через несколько дней под влиянием разговора с другим

лицом, «случайного» взгляда или реплики прохожего они впадают в другую крайность — настойчиво требуют операции и угрожают самоубийством. Дефекты у них, как правило, сугубо косметического характера, не влияющие на речь, прием пищи, дыхание. Результат операции они оценивают по-разному, прислушиваясь к мнению соседей по палате, родственников и медицинского персонала, повторяя нередко их мнение.

4. Пациенты с чрезмерно повышенным эстетическим чувством очень беспокоятся о своей внешности, постоянно и везде помнят о своем дефекте, замыкаются, чувствительны к каждому постороннему взгляду и прислушиваются к каждому слову, сказанному по поводу их дефекта; они постоянно думают о самоубийстве и грозят осуществить его, если врач откажет в лечении. Этот синдром бывает неадекватен небольшому косметическому дефекту. Результатом лечения они, как правило, не удовлетворены, и в анамнезе у них имеется указание на предшествовавшее лечение во многих клиниках. Таких больных лучше убедить в нецелесообразности дальнейших операций.

5. Больные с извращенным представлением о косметических качествах своего лица. Они требуют исправить нормальный по форме нос или подбородок, разгладить небольшие морщины и т. д. В таких случаях нужно убедить пациента (а при необходимости и его близких) в нецелесообразности операции; в частности, разъяснить недопустимость повышения спинки носа при монголоидном типе лица, резкого укорачивания носа — при восточном типе лица и т. д. Если это не помогает, следует направить больного к психиатру для психотерапевтического воздействия, а если нужно — то и для лечения.

Возрастные показания и противопоказания к операции определяются тем, насколько нарушена функция органа при наличии в нем дефекта. Необходимо как можно раньше восстановить или нормализовать функцию мимических мышц, височно-нижнечелюстного сустава, мышц мягкого неба и шеи, так как дисфункция одного органа неизбежно ведет к развитию вторичных анатомических и функциональных нарушений в соседних органах и тканях. Например, при анкилозе височно-нижнечелюстного сустава у ребенка развивается микрогения, деформируются зубные дуги; при рубцовой деформации щеки и вывороте верхней губы деформируется крыло носа, выворачивается нижнее веко; не устраненный своевременно дефект мягкого неба влечет за собой недоразвитие его мышц и небных отростков верхней челюсти; дефект твердого неба приводит к гипертрофии и воспалению носовых раковин, среднего уха, бронхов и т. д.

Операции по поводу врожденных дефектов губ желательно производить как можно раньше (даже в первые сутки после рождения), так как по мере роста ребенка развиваются и вторичные деформации костей и мягких тканей лица. Кроме того, врожденные дефекты губ препятствуют нормальному вскармливанию ребенка, а дефекты век приводят к ксерофтальмии, рубцовому поражению роговицы глаза, слепоте. Поэтому подобные дефекты и деформации необходимо устранять в грудном, дошкольном или школьном возрасте. Однако показания к ранней хейлопластике довольно ограниченные.

Устранение небольших косметических дефектов кожи лица (линейные рубцы, небольшие втянутые рубцы) следует отложить до 17—20 лет, если эта отсрочка не повлечет за собой развития вторичной деформации костей или мягких тканей.

Во всех случаях, решая вопрос об операции, врач должен исходить, прежде всего, из медицинских показаний. Вместе с тем, в ряде случаев, следует учитывать желания больного (или его близких). Согласие больного или его родителей на операцию того или иного плана нужно фиксировать в истории болезни.

При планировании операции изготавливают фотографии лица, маски, модели делают зарисовки. Врач должен знать особенности строения лица, уметь дорисовать недостающие части.

Деформации и дефекты открытых частей лица тяжело отражаются на психическом состоянии пациента. Люди, вынуждены носить защитные повязки, испытывают затруднения при контакте с окружающими и во время приема пищи, становятся раздражительными, часто замыкаются в себе. Особенно травмирует больных невозможность членораздельной речи, необходимость письменно объяснять свои желания. Находясь в состоянии постоянного напряжения, они легко выходят из равновесия, активно демонстрируя свое недовольство непонятливостью окружающих.

Поскольку пластическую операцию врач производит для больного, причем процесс восстановления утраченной ткани иногда продолжается длительное время, растягиваясь на несколько этапов, то, прежде всего, должно быть налажено взаимное сотрудничество между врачом и пациентом. Искусство хирурга оценивается по объективно регистрируемым критериям - краткости восстановительного периода, функциональным и косметическим результатам. Степень участия пациента не поддается точному определению, во многом субъективна, но нередко приобретает решающее значение. У любого хирурга, длительное время занимающегося восстановительными операциями, имеется печальный опыт послеоперационных осложнений, возникших по вине больного (отрыв Филатовского стебля, вторичный некроз пересаженных тканей из-за передавливания их при неправильном положении тела во сне, инфицировании из-за несоблюдения осторожности в период между перевязками и т.д.).

Всего этого можно избежать, если поставить пациента в известность о характере операций, их количестве и продолжительности, а также результатах промежуточного лечения. Если пациент знает, что перемещенная на область дефекта ткань вначале будет избыточна, выступать над поверхностью кожных покровов, но в дальнейшем это различие удастся нивелировать хирургическим путем, он с большим пониманием воспримет промежуточный результат операции. Больной должен представить себе, какая деформация может возникнуть на донорском участке и согласиться на выбор зоны формирования пластического материала с учетом эстетических и функциональных нарушений. Многие люди, особенно молодого возраста и женщины, легче соглашаются на функциональные потери, чем на появление рубцов на открытых участках лица и тела.

Практически всегда имеется несколько возможностей проведения пластической операции. Пациента следует в общих чертах ознакомить с их особенностями. Например, мягкотканый дефект, образующийся после иссечения кожи с подлежащими структурами, может быть устранен за счет свободной пересадки кожи, аутотрансплантации ткани с реваскуляризацией, применения Филатовского стебля. Первый способ самый простой и надежный, но не позволяет восстановить контуры поверхности (остается углубление), возможна пигментация или восстановление прежней окраски при обширных невусах и гемангиомах.

Аутотрансплантация многослойной ткани с микрососудистой техникой не имеет указанных недостатков и может быть выполнена в один этап, но при этом возможны неэстетичные рубцы в донорской зоне, всегда имеется риск неудачи и возникает необходимость в проведении новых операций. Устранение дефекта с помощью Филатовского стебля можно провести с наименьшими потерями - сформировать стебель в косметически закрытых зонах (паховая область, внутренняя поверхность плеча), но лечение длительное, сопряжено с вынужденным положением больного.

Окончательное решение остается за хирургом, так как он учитывает соматическое состояние больного, возможность его перенести сложную операцию, определяет характер повреждения окружающих дефект тканей и т.д., однако при обсуждении с пациентом способа пластики он должен побудить его, соответственно расставляя акценты, согласиться с его планом, т.е. сделаться соучастником лечения. Иногда при категоричной приверженности больного какому-то не самому эффективному, но достаточно удовлетворительному способу улучшения эстетического или функционального результата, следует не переубеждать его, а выполнить операцию ограниченного объема.

Основное правило реконструктивной хирургии - восстановление отсутствующих тканей подобными им. Для достижения наилучших функциональных и анатомических результатов каждый участок дефекта необходимо детально изучить для оценки не только наступивших качественных изменений, но и количественного измерения дефекта каждой ткани. Кожа со следами лучевого повреждения, несмотря на видимую жизнеспособность, является сомнительным пластическим материалом и во многих случаях должна быть иссечена. В.С.Дмитриева и А.Н.Алексеева (1985), изучавшие состояние кровообращения поверхностных тканей у облученных пациентов методом нанесения жидких кристаллов, установили, что фактические границы дегенеративных изменений превышают определяемые визуально. Они указывают, что бедная васкуляризация этих областей служит препятствием к прорастанию сосудов в пересаженные стебельчатые лоскуты.

Особенно сложно планировать восстановительную операцию у больных со злокачественной опухолью. В настоящее время четко прослеживается тенденция одномоментного пластического возмещения удаленной опухолевой ткани. Хирург должен решать одновременно две задачи - полноценно удалить опухоль и максимально полно закрыть дефект. Лучше, если операции производят разные специалисты. Онколог, не думая о возможном дефиците пластического материала, спокойно удаляет опухоль в надлежащих пределах, затем хирург, широко владеющий приемами пластики, устраняет дефект.

Основная задача пластических операций состоит в передвижении тканей к дефекту. Наилучшие результаты получаются при использовании местной пластики, пересадка поверхностных тканей из отдаленных областей, включая свободную пересадку кожи, часто требует последующей коррекции. Основным фактором, влияющим на приживление тканей, является степень их кровоснабжения. Наиболее понятной зависимостью тканей от кровотока становится при сравнении круглого стебля и лоскутов с осевым сосудистым рисунком.

Наряду с оценкой кровоснабжения перемещаемых тканей не меньшее значение имеет геометрическое планирование их передвижения. Одной из первых работ по геометрическому планированию пластических операций считается работа Ю.К.Шимановского (1865). Автор применил систематизацию известных в то время пластических операций по принципу формы изъянов соответственно фигурам треугольника, четырехугольника, круга и эллипса. Геометрический принцип выбора способа оперативного вмешательства значительно расширил кругозор хирургов и оказался ценным для того времени.

Более глубокое изучение основных закономерностей пластических операций показывает, что их систематизация в зависимости от форм изъянов является, тем не менее, односторонней и поэтому в настоящее время не может быть принята за основу построения системы пластических операций на поверхности тела человека вообще.

Век спустя принципы планирования местнопластических операций нашли отражение в известной работе А.А.Лимберга, вышедшей в 1946 г. под названием «Математические основы местной пластики на поверхности человеческого тела». Автор внес в пластическую хирургию точные математические расчеты. Применение математического анализа дает возможность

предвидеть и четко описывать все изменения положения тканей, которые происходят в процессе пластической операции.

В развитие своих идей А.А.Лимберг в 1963 г. опубликовал следующую монографию, посвященную этой же теме. Он критически оценил имеющийся опыт и пришел к заключению, что внедрение математики в эту область хирургии способствует созданию математически обоснованных построений и показателей, как для пластического формообразования, так и для оценки результатов пластических операций.

В течение многих десятилетий планирование восстановительных операций основывалось на эмпирических началах, опыте предшественников и личном опыте каждого хирурга. При планировании восстановительной операции необходимо решить ряд задач, какой тип ткани будет использоваться, в каком объеме требуется идентифицировать донорскую зону и как лучше подготовить реципиентную зону. Для упорядочения этих задач Е.А.Луце (1995) предлагает проводить планирование по следующей схеме: 1) оценить дефект и дисфункцию, 2) определить силы, влияющие на образование дефекта, 3) определить достигаемый идеал, 4) составить последовательный план достижения идеала, 5) согласовать требования плана с возможностями и желаниями пациента.

Одним из наиболее и широко распространенных средств планирования восстановительных операций является применение выкроек и восковых шаблонов. Двухмерные выкройки из бумаги или ткани для определения формы и размеров кожных трансплантатов использовали П.И.Емиленко (1980) и А.Г. Мамонов (1985), лоскутов на лице - В.М. Мессина (1968), регионарных и отдаленных артериализированных лоскутов - А.И.Неробеев (1988). Л.А.Брусова (1996) для определения формы и размеров силиконовых имплантатов применяла восковые шаблоны, изготовленные на масках лиц пациентов. А.И.Неробеев и соавт. для этих же целей у пациентов с гемиатрофией лица использовали восковые шаблоны, соответствующим образом формировали артериализированные лоскуты. По ним подготавливали восковые шаблоны для создания моделей утраченных тканей носа, по которым выкраивали лоскуты на лбу.

J.Pribaz и соавт. описали методику измерения трехмерных дефектов с целью определения необходимого количества тканей и ориентации эпителизированных поверхностей свободных лоскутов при выполнении реконструктивных операций. Используя слепочную массу, авторы интраоперационно устанавливали размеры и форму дефекта. После этого, обернув полученную модель тканью, переводили ее из объемной в плоскостную ориентацию. Получив выкройку, соответственно ей формировали лоскуты.

Все варианты местно-пластических операций можно объединить в несколько групп:

- 1.Закрытие дефекта за счет простого сближения его отсепарованных краев.
- 2.Закрытие дефекта путем проведения дополнительных разрезов.
- 3.Закрытие дефектов за счет взаимно перемещаемых (встречных) треугольных лоскутов по методу А.А. Лимберга.
- 4.Закрытие дефектов лоскутами на ножке.

Пластика местными тканями на лице имеет ряд достоинств. Главным из них является использование для целей пластики тканей, однородных по цвету, тургору, толщине, что обеспечивает наилучший эстетический результат. Кроме того, операция является одноэтапной при правильно составленном ее плане и атравматичной технике и, как правило, завершается гладким послеоперационным течением с заживлением раны первичным натяжением и образованием нежных малозаметных рубцов.

В пластике местными тканями различают пластику встречными треугольными лоскутами, пластику ротационными лоскутами, пластику лоскутом на одной ножке и пластику на сосудистой ножке.

Тема № 10

ПЛАСТИКА МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ: ВИДЫ МЕСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ: МОБИЛИЗАЦИЯ КРАЕВ РАНЫ И ВСТРЕЧНЫЕ ТРЕУГОЛЬНЫЕ ЛОСКУТЫ ЛИМБЕРГА.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|--|---|
| | Преподаватель | |
| 1-этап Введение в учебное занятие 10- минут 10- минут 15- минут 5- минут | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| 2- этап Основная часть 25- минут 15- минут 15- минут 5- минут | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> |

| | | |
|----------------|--|-----------------------------|
| 10- минут | задачи (приложение №3.2) | Решают тесты. |
| 50- минут | 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). | Курируют больных |
| 40- минут | Перемена | |
| 20- минут | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают |
| 3- этап | | Задают вопросы |
| Заключительный | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| 40- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| 10- минут | | |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Методы восстановительных операций местными тканями.
2. Показания и противопоказания к пластике местными тканями.
3. Выбор метода пластики в зависимости от размера дефекта, локализации и возраста больного.

Содержание занятия

МЕСТНАЯ ПЛАСТИКА ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ

Теоретическое обоснование и объективизация метода осуществлена А. А. Лимбергом в двух его монографиях (1946. 1963).

Метод основан на перераспределении, растяжении и сокращении тканей при выкраивании и перемещении встречных треугольных лоскутов. Треугольные лоскуты формируют тремя одинаковой длины разрезами, среди которых различают средний разрез и два боковых, проведенных под определенными углами от концов среднего разреза. Треугольные лоскуты могут быть с одинаковыми углами (симметричные треугольные лоскуты) и с неодинаковыми (несимметричные треугольные лоскуты). В треугольные лоскуты включают кожу и подкожную жировую клетчатку. Перемещение отслоенных от подкожной фасции треугольных лоскутов сопровождается приростом тканей в направлении среднего разреза и их убылью по направлению линии, соединяющей концы боковых разрезов.

Прирост и убыль тканей при перемещении симметричных треугольных лоскутов одинаковы по величине и равномерно распределяются в направлении концов среднего и боковых разрезов (рис. 1).

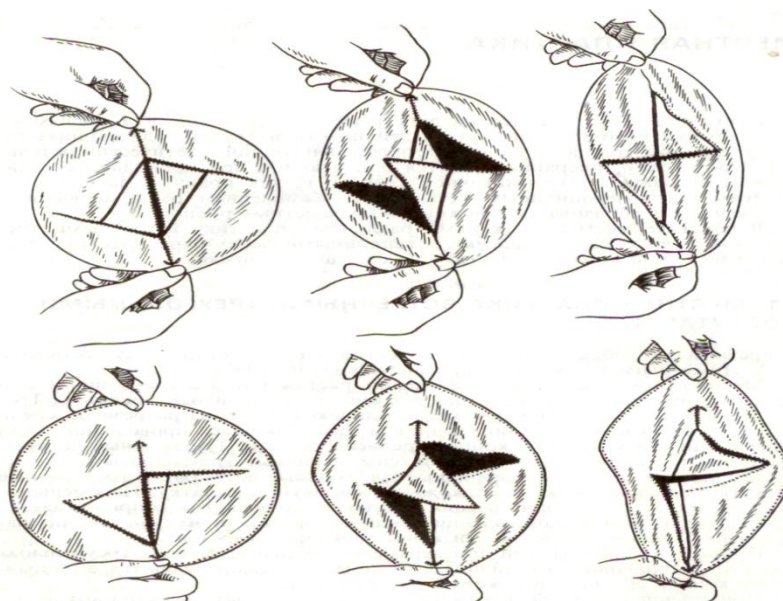


Рис. 1. Модели из полотна для показа встречного треугольных лоскутов несимметричной фигуры [Лимберг А. А., 1963].

полотна для обмена двух

Применение симметричных встречных треугольных лоскутов возможно при наличии одинаковых запасов подвижных тканей около укороченного рубца.

Перемещение треугольных лоскутов в несимметричной фигуре сопровождается неодинаковой подвижностью лоскутов и неодинаковым по величине приростом и убылью тканей на концах разрезов фигуры. Например, в фигуре с углами $30 - 90^\circ$ подвижным является лоскут с острым углом, убыль тканей в основном сосредоточивается в области, где выкроено основание лоскута, а прирост тканей произойдет главным образом в участке, куда будет перемещено основание этого лоскута с острым углом.

Отсюда следует, что несимметричные фигуры встречных треугольных лоскутов находят применение при неодинаковых, чаще односторонних запасах подвижных тканей.

Математические расчеты А.А. Лимберга показали, что прирост тканей в направлении среднего разреза возрастает по мере увеличения углов встречных треугольных лоскутов.

Следует помнить, что выкраивание и перемещение встречных треугольных лоскутов приводят к сопутствующим конусовидным изменениям рельефа поверхности, которые становятся заметными, когда величина углов лоскутов превышает $90-100$. При меньшей величине углов встречных треугольных лоскутов конусовидные изменения не выявляются из-за эластичности нормальной кожи.

Местная пластика встречными треугольными лоскутами на лице и шее применяется по следующим показаниям:

- 1) для встречного обмена тканей;
- 2) с целью удлинения в направлении среднего разреза;
- 3) для замещения явных и скрытых дефектов лица и шеи.

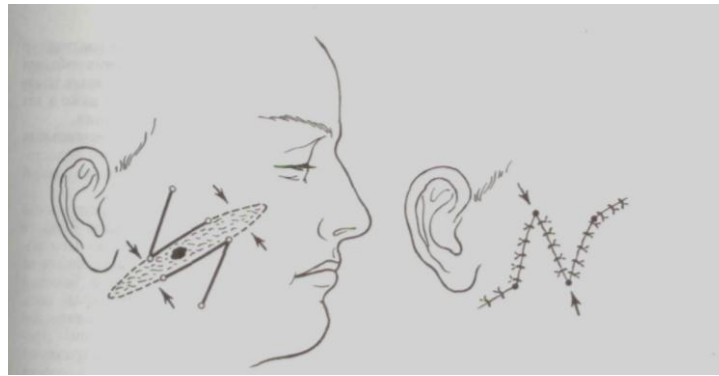


Рис. 2. Иссечение рубца со слюнным свищом с пластическим перемещением нормальных тканей [Лимберг А. А.. 1963].

Встречный обмен тканей производят, используя симметричные треугольные лоскуты с углами в пределах от $30-30^{\circ}$ до $45-45^{\circ}$. Такие лоскуты применяют для исправления положения наружного отдела брови, углов век и губ, а также с целью создания благоприятных условий для заживления вялогранулирующих ран, слюнных свищей. Удлинение по линии среднего разреза в этих фигурах невелико и не имеет практического значения.

Удлинение в направлении среднего разреза фигуры встречных треугольных лоскутов достигает значительных величин при углах $60-60^{\circ}$, $75-75^{\circ}$, $30-90^{\circ}$, и $45-90^{\circ}$ без выявления конусовидных изменений поверхности.

При устранении укороченных кожных рубцов после ожогов и механических повреждений на лице, шее, пальцах кисти положительный результат может быть усилен применением нескольких фигур встречных треугольных лоскутов.

В зависимости от запасов подвижных тканей около рубцов фигуры встречных треугольных лоскутов могут быть симметричными и несимметричными и расположены последовательно друг за другом вдоль рубца.

При резко укороченных или множественных рубцовых тяжах наиболее полно запасы подвижных тканей удастся использовать при сочетании фигур встречных треугольных лоскутов, когда средний или один из боковых разрезов фигур является общим.

При планировании операции устранения контрактуры шеи, вызванной множественными рубцовыми тяжами, надлежит учитывать физиологические особенности кожи различных ее отделов. При движении головы назад и в стороны наибольшему растяжению подвергается кожа верхнего отдела шеи выше уровня перстневидного хряща. В связи с этим, используя запасы подвижных тканей в боковых отделах шеи, наибольший прирост тканей следует сосредоточить в верхнем ее отделе. Пластика встречными треугольными лоскутами при лечении контрактур шеи может быть многоэтапной, так как по мере увеличения объема движений в шейном отделе позвоночника после первой операции выявляются новые тяжи и определяются новые запасы подвижных тканей даже в тех же местах, где они были использованы при предыдущей операции.

Замещение дефектов лица пластикой фигурами встречных треугольных лоскутов. Наибольшее распространение для устранения рубцовой недостаточности и при замещении несквозных дефектов век и губ нашли несимметричные фигуры встречных треугольных лоскутов.

При пластике нижнего века используют фигуры, в которых треугольный лоскут с острым углом выкраивают на верхнем веке, в височной области или на щеке. Для предотвращения отставания края нижнего века от глазного яблока основание узкого треугольного лоскута следует располагать на 6-10 мм выше уровня наружного угла глазной щели. Второй боковой разрез фигуры пластики располагают параллельно свободному краю века.

Для замещения рубцовых тканей губ и устранения выворота слизистой оболочки известна пластика несимметричными фигурами встречных треугольных лоскутов, при которой узкий треугольный лоскут выкраивают в области одной или двух носогубных борозд и перемещают в дефект мягких тканей, образовавшийся после иссечения рубцов и устранения выворота слизистой оболочки губы.

Иссечение на лице, голове и шее ограниченных сосудистых и пигментных пятен, доброкачественных опухолей и рубцов приводит к возникновению дефектов различной формы. Простое сближение краев не всегда может быть применено из-за опасности вызвать искажение формы соседних отделов лица. Традиционным является закрытие дефекта лоскутом на ножке, соответствующим по величине и форме дефекту.

А. А. Лимберг теоретически обосновал и внес элементы объективности в планирование операции замещения дефектов с учетом принципов пластики встречными треугольными лоскутами.

Закрытие дефекта ромбовидной формы. Оно основано на применении несимметричной фигуры встречных треугольных лоскутов с углами $60-120^{\circ}$, наложенной на край дефекта. Длина составляющей части разреза фигуры равна длине короткой диагонали, продолжением которой является средний разрез фигуры пластики. Закрытие дефекта перемещенными мобилизованными тканями происходит двумя путями: одна половина дефекта закрывается простым сближением краев раны, а вторая перемещением равностороннего треугольника с углом 60° у вершины. При планировании операции замещения дефекта важно учитывать все четыре варианта расположения фигуры пластики с углами $60-120^{\circ}$ и выбрать из них наиболее подходящий для конкретного больного.

Закрытие дефекта круглой формы

Для закрытия дефекта круглой формы план операции можно строить с учетом нескольких вариантов.

1. Закрытие дефекта планируется по типу замещения дефекта ромбовидной формы, тогда дефект круглой формы располагается в центре ромба и диаметр круга совпадает с короткой диагональю ромба. В этом случае выкраивается одна фигура встречных треугольных лоскутов с углами $60-120^{\circ}$ при длине составной части разреза, равной длине диаметра дефекта круглой формы и короткой диагонали ромба.
2. Закрытие круглого дефекта планируется по типу замещения вписанного в него правильного шестиугольника. Шестиугольник делят на три сектора в виде ромбов и замещение каждого из них планируют фигурой с углами $60-120^{\circ}$ при длине составной части, равной радиусу круга.

Возможно замещение круглого дефекта применением двух фигур с углами

$60-120^{\circ}$, третья часть изъяна может быть закрыта простым сближением краев раны в выгодном направлении.

Местная пластика ротационными лоскутами. Ротационными называют лоскуты, применяемые для замещения дефектов лица и перемещаемые к дефекту посредством вращения-ротации ножки лоскута.

Ю. К. Шимановский (1865) в своей монографии приводит схемы таких лоскутов, рассчитанных на замещение дефектов треугольной формы щек и век. Позднее способ ротации тканей нашел применение при использовании запасов подвижных тканей в поднижнечелюстной, заушной области и на шее. Объективные критерии для планирования таких операций отсутствовали.

А. А. Лимберг (1963) предложил строить план операции на основе приема пластики перемещением краев раны с боковым надрезом на конце разреза. Такой угловой разрез, названный им «разрез кочерги», позволяет удлинить край раны и передвинуть его на расстояние, вдвое превышающее длину бокового надреза. Следовательно, при замещении изъяна треугольной формы длина бокового углового разреза должна быть равна половине длины основания треугольного дефекта. При перемещении тканей щеки угловой разрез целесообразно расположить в поднижнечелюстной области. Перемещение мягких тканей при таком приеме обычно выявляет некоторое несовпадение краев раны: наружный ее край бывает несколько длиннее внутреннего. В связи с этим планом должно быть предусмотрено укорочение наружного края раны иссечением куска кожи треугольной формы.

Использование ротационных лоскутов, выкроенных перед ушной раковиной и в заушной области, позволяет заместить обширные дефекты кожных покровов щеки. При недостатке запасов местных тканей донорские поверхности могут быть замещены пересадкой расщепленных кожных трансплантатов.

Пластика нижней губы. Н. М. Александров (1966) для сохранения формы губного желобка предложил выкраивать два симметричных лоскута на верхней губе по краям желобка. Операция состоит из двух этапов, позволяет перенести из верхней губы в дефект нижней губы достаточное количество пластического материала, не вызывая деформации верхней губы.

Л.А. Estlander (1872) для замещения односторонних дефектов нижней губы предложил перемещать лоскут из верхней губы на ножке в области красной каймы. Операцию производят в один этап, так как сосудистая ножка лоскута формирует угол рта.

В НИИ травматологии и ортопедии им. Р. Р. Вредена разработана

и нашла применение модификация способа Эстландера, позволяющая закрывать дефекты прямоугольной формы, занимающие половину или $\frac{2}{3}$ нижней губы. Операцию производят в

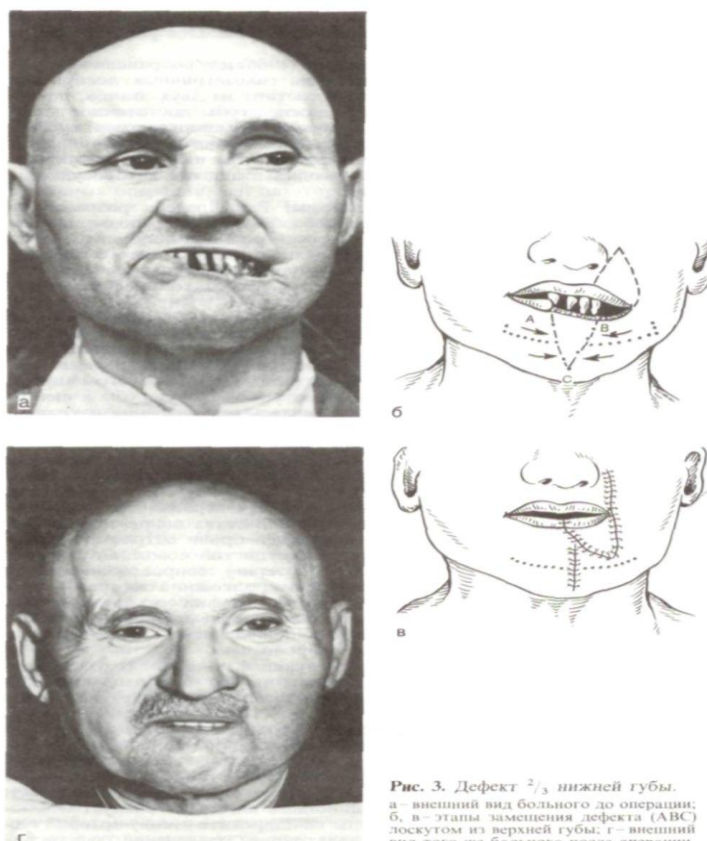


Рис. 3. Дефект $\frac{2}{3}$ нижней губы.
а – внешний вид больного до операции;
б, в – этапы замещения дефекта (АВС)
лоскутом из верхней губы; г – внешний
вид того же больного после операции.

два этапа с интервалом в 3-3,5 нед. Первый этап включает создание нижнего свода преддверия рта и восстановление подвижности тканей около дефекта пересадкой расщепленной кожи на стеновом вкладыше. Второй этап состоит в иссечении клина под нижним краем дефекта и перемещении тканей щек в направлении дефекта за счет пластики угловым разрезом «кочерга». А. А. Лимберг теоретически обосновал этот вид местной пластики и установил, что его применение позволяет переместить край раны на расстояние, превышающее в 2 раза длину бокового надреза. Такие угловые разрезы проводят через слизистую оболочку губы и щек на уровне нижнего свода преддверия рта, добиваясь перемещения сохранившихся участков нижней губы и щек в направлении дефекта с целью уменьшения его размеров и превращения в дефект треугольной формы. Как правило, дефект удается уменьшить настолько, что для его закрытия оказывается достаточным клиновидный лоскут по Эстландеру из верхней губы с шириной основания 3 см

Студент должен знать:

- классификацию дефектов и деформаций ЧЛЮ по этиологии, степени потери тканей, выраженности функциональных расстройств;
- особенности общего и местного обследования больных в предоперационном периоде;
- особенности планирования восстановительных операций челюстно-лицевой области в зависимости от локализации и величины дефектов и деформаций, возраста и пола больного.

Студент должен уметь:

- обследовать и оценить общее состояние больного;

- оценить данные клинических, биохимических, рентгенологических и др. исследований больного перед операцией;
- определять количество и качество утраченных тканей;
- на основе анамнеза, фотографий, маски больного воссоздать объемные характеристики дефекта;
- составить план лечения больного;
- провести послеоперационный уход и кормление больных.

Интерактивный метод: Аквариум.

Тесты 1-го уровня сложности

1. Для анализа величины дефекта тканей лица нужно иметь:
 - А) Общий анализ крови больного
 - Б) общий анализ мочи
 - В) величину гемоглобина крови
 - Г) группы крови и резус-фактора
 - Д) фотографии больного*

2. Для анализа величины дефекта тканей лица нужно иметь:
 - 1) Общий анализ крови больного
 - 2) общий анализ мочи
 - 3) величину гемоглобина крови
 - 4) группы крови и резус-фактора
 - 5) маску лица*

3. Показанием к восстановительной операции ЧЛЮ в связи с функциональными нарушениями является:
 - А) выворот нижнего века*
 - Б) деформирующий рубец кончика носа
 - В) лопухость
 - Г) седловидный нос
 - Д) деформация верхней губы после хейлопластики

4. Аутопластика это пересадка:
 - 1) собственных тканей*
 - 2) тканей от другого человека
 - 3) от одного близнеца другому
 - 4) ткани от животных
 - 5) искусственные ткани

5. Аллопластика это пересадка:
 - 1) собственных тканей
 - 2) тканей от другого человека*
 - 3) от одного близнеца другому
 - 4) ткани от животных
 - 5) искусственные ткани

6. Изотрансплантация это пересадка:
 - А) собственных тканей

- Б) тканей от другого человека
- В) от одного близнеца другому*
- Г) ткани от животных
- Д) искусственные ткани

7. Ксенопластика это пересадка:

- А) собственных тканей
- Б) тканей от другого человека
- В) от одного близнеца другому
- Г) ткани от животных*
- Д) искусственные ткани

8. Эксплантация это пересадка:

- 1) собственных тканей
- 2) тканей от другого человека
- 3) от одного близнеца другому
- 4) ткани от животных
- 5) искусственного материала*

Тесты 2-го уровня сложности

1. По этиологическому фактору дефекты и деформации ЧЛЮ подразделяются:

- А) травматические
 - В) одонтогенные
 - С) врожденные
 - Д) сквозные
 - Е) поверхностные
- 1) ABC* 2) ACD 3) ADE 4) BCD 5) BDE

2. Степень выраженности дефекта органов лица подразделяются на:

- А) частичные
 - В) субтотальные
 - С) тотальные
 - Д) одонтогенные
 - Е) травматические
- 1) ABC* 2) ACD 3) ADE 4) BCD 5) BDE

3. К функциональным нарушениям, сопутствующим дефектам и деформациям лица, относятся:

- А) затрудненное открывание рта
 - В) нарушение речи
 - С) отсутствие смыкания век
 - Д) макростомия
 - Е) микростомия
- 1) DE* 2) AB 3) BC 4) CD 5) BD

4. К анатомическим нарушениям, сопровождающим дефекты и деформации лица, относятся:

- А) затрудненное открывание рта
 - В) нарушение речи
 - С) отсутствие смыкания век
 - Д) макростомия
 - Е) микростомия
- 1) ABC* 2) ACD 3) ADE 4) BCD 5) BDE

5. Основными принципами восстановительных операций является:

- А) биологическая совместимость пересаживаемых тканей
 - В) косметичность
 - С) стойкость достигнутого косметического результата
 - Д) дороговизна операции
 - Е) длительность этапов операции
- 1) ABC* 2) ACD 3) ADE 4) BCD 5) BDE

6. К нежелательным свойствам пластических операций относятся:

- А) биологическая совместимость пересаживаемых тканей
 - В) косметичность
 - С) стойкость достигнутого косметического результата
 - Д) дороговизна операции
 - Е) длительность этапов операции
- 1) DE* 2) AB 3) BC 4) CD 5) AE

7. При планировании восстановительных операций необходимо предусмотреть:

- А) минимальное количество этапов операций
 - В) минимальную травматичность этапов
 - С) придание голове и рукам больного удобного положения
 - Д) профессиональную реабилитацию
 - Е) социальную реабилитацию
- 1) ABC* 2) ACD 3) ADE 4) BCD 5) BDE

8. Дефект в области крыла носа можно закрыть:

- А) по Сулову
 - Б) лоскутом с носогубной складки
 - В) индийским
 - Г) итальянским
 - Д) по Хитрову
- 1) AB* 2) AV 3) BG 4) GD 5) AG

9. Однослойные лоскуты можно выкроить при соотношении сторон:

- А) 1:3
 - Б) 1:2
 - В) 1:5
 - Г) 1:6
 - Д) 1:1.
- 1) AB* 2) BB 3) BG 4) GD 5) AG

10. Допустимый угол (в градусах) поворота лоскута на ножке:

- А) 60°
- Б) 180°

В) 90°

Г) 120°

Д) 80°

1) АВД* 2) АБВ 3) ВГД 4) БВГ 5) АБД

11. Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют при:

А) обширных келоидных рубцах

Б) линейных стягивающих рубцах

В) обширных дефектах костей лица

Г) обширных дефектах мягких тканей

Д) устранении свищевых ходов

1) БД* 2) АБ 3) ВГ 4) ГД 5) ВД

12. Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют при:

А) обширных дефектах костей лица

Б) линейных стягивающих рубцах

В) короткой уздечке языка

Г) обширных дефектах мягких тканей

Д) обширных келоидных рубцах

1) БВ* 2) АБ 3) ВГ 4) ГД 5) ВД

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1. У больного 45 лет имеется дефект крыла и кончика носа после укуса собаки.

Можно ли сделать пластику?

Какой лоскут можно использовать?

Что можно будет использовать для внутренней выстилки?

Ответ:

Да, пластику можно сделать (при свежих укушенных ранах - нельзя);

Можно использовать лоскут с носогубной складки.

Для внутренней выстилки можно будет использовать рубцовую ткань вокруг раны.

Ситуационная задача №2. У больного 35 лет имеется тотальный дефект нижней губы после травмы. Травма произошла 2 дня тому назад.

Какие лоскуты могут быть использованы для пластики такого дефекта?

Ответ:

Лоскут с носогубной складки использовать для внутренней выстилки. Лоскут с волосистой части головы по Лексеру.

Ситуационная задача № 3. У больной 15 лет с двухсторонней расщелиной верхней губы и неба имеется дефект верхней губы, а нижняя губа хорошо развита.

1) Какой лоскут можно взять и как по автору будет называться данный метод?

Ответ:

1) Можно взять лоскут на питающей ножке с нижней губы. Автором данного метода является Аббе.

4. Больному 42 года установлен диагноз: деформирующий рубец в области верхней губы справа. При обследовании установлено: дефект линейный в пределах кожи и подкожной жировой клетчатки, длиной 3 см. на слизистой оболочке без особенностей. При открывании и закрывании полости рта деформация усиливается.

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.

5. У больного 75 лет определяется дефект ушной раковины после иссечения опухоли. Срок после операции 6 месяцев. Показана ли восстановительная операция на ушной раковине: если нет, почему? Если да, какая?

Ответ:

Восстановительная операция не показана, т.к. прошло всего 6 месяцев (возможен рецидив); противопоказанием к проведению операции является возраст больного

6. У больного 35 лет имеется обширный рубец правой подглазничной области с выворотом нижнего века. Дефект образовался после ожога пламенем. Размеры дефекта 3x4 см, овальной формы. Окружающие рубец ткани мягкие, свободно обираются в складку.

- 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) Закрытие дефекта поверхностного в подглазничной области можно производить скользящим лоскутом соскуловисочной области по Ю.К. Шимановскому или же полнослойной пересадкой кожи.

Раздаточный материал

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

В практической части занятия проводится осмотр больного в стоматологическом кресле под руководством преподавателя.

Обращается внимание на последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование зубочелюстной системы.

Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз.

Процесс планирования состоит из выявления и анализа объемных характеристик дефекта или деформации, определения количества и качества утраченных тканей, решения вопроса о выборе донорского участка (при аутопластике) или источника другого материала (аллоткань, ксеноткань, эксплантический материал), способе переноса пластического материала к месту пересадки. Наконец, хирург должен себе ясно представить возможные осложнения в процессе осуществления каждого этапа лечения, предусмотреть необходимые меры для предупреждения этих осложнений и наметить их лечение.

Для получения и анализа объемных характеристик дефекта нужно сделать фотографии больного (в анфас и профиль крупным планом), снять маску лица. Желательно иметь схематический профильный рисунок, на котором можно было бы дорисовать или заштриховать недостающий участок лица (нос, подбородок). На больном и его маске из гипса нужно определить размеры дефекта (на разных уровнях и в разных плоскостях), пользуясь линейкой, циркулем и другими измерительными приспособлениями.

Мануальные навыки


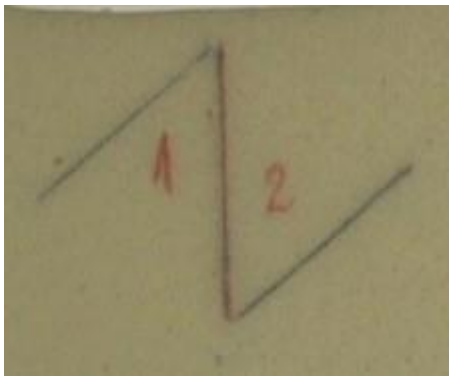
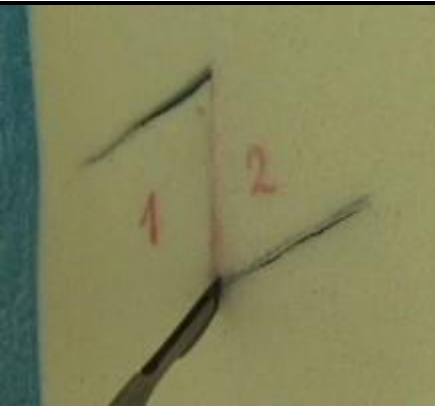
«Местная пластика встречными треугольными лоскутами»

Цель: Определить характер прироста тканей в зависимости от углов лоскутов.

Показания: наличие линейных рубцовых стяжений кожи, слизистой.

Оснащение: поролон толщиной 1 см, размером 15х30 см, линейка, транспортир, пинцет, скальпель, хирургические иглы, шовный материал, иглодержатель.

Выполнение мануального навыка.

| | | |
|---|--|---|
|  |  |  |
| 1. Определить степень рубцового укорочения тканей на больном. | 2. На поролон нанести размеры рубца и угол треугольника. | 3. По намеченным линиям расцечь поролон. |
| 15 | 15 | 20 |

| | | |
|--|---|--|
|  |  |  |
| 4. Отсепаровать треугольники и окружающие участки. | 5. Произвести взаимное перемещение треугольных лоскутов | 6. Ушить треугольники в новом положении |
| 15 | 15 | 20 |

Рекомендуемая литература

- основная

Учебник «Хирургическая стоматология» -Т.Г.Робустова.-2003 г.

- дополнительная

- 1.Руководство по хирургической стоматологии В.М.Безруков и Т.Г.Робустова.-2000.
2. Ю.И.Бернадский «Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области» Киев 1985 г., стр 102-110
3. Баллон Л.Р.; Костур Б.К. «Возмещение дефектов ЧЛЮ и органов шеи» М. 1989 г. стр. 95-117.

4. Интернет сайт:

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Тема № 11.

ВЫПОЛНЕНИЕ ПЛАСТИКИ ЛОСКУТОМ НА НОЖКЕ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|---|---|
| | Преподаватель | |
| 1-этап | | |
| Введение в учебное занятие 10- минут | 1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия. | Слушают и записывают |
| 10- минут | 1.2. Дать список литературы (приложение №1) | Слушают и записывают |
| 15- минут | 1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия. | Отвечают на вопросы |
| 5- минут | 1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2) | Слушают |
| 2- этап | | |
| Основная часть 25- минут | 2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради. | Отвечают на вопросы и обсуждают их Задают поясняющие вопросы |
| 15- минут | 2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3) | Обсуждают материалы игры Задают вопросы |
| 15- минут | 2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её. | Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему. |
| 5- минут | 2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”. | Слушают |

| | | |
|----------------|--|-------------------------------|
| 10- минут | 2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2) | Решают тесты. |
| 50- минут | 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). | Курируют больных |
| 40- минут | Перемена | Слушают |
| 20- минут | | |
| 3- этап | | Задают вопросы |
| Заключительный | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | |
| 40- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Слушают и сами себя оценивают |
| 10- минут | | Записывают задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы:

1. Особенности - преимущества и недостатки индийского и итальянского способов восстановления дефектов носа.
2. Виды лоскутов на ножке.
3. Выбор метода пластики в зависимости от размера дефекта, локализации и возраста больного.

Содержание занятия

При значительных дефектах мягких тканей лица, невозможности закрыть их смещением или перестановкой лоскутов прибегают к пластике лоскутом из окружающих тканей:

- 1) расположенных по соседству с дефектом (индийский способ);
- 2) с отдаленных участков (итальянский способ).

Выкраивание лоскутов вблизи дефекта рассматривается как самый простой способ пластики лоскутом на ножке. При таком методе основание ножки находится на продолжении линии, окаймляющей дефект. Однако из-за рубцовых деформаций в области дефекта использовать их с косметической целью невозможно. В таких случаях рубцовые деформации можно использовать как внутреннюю выстилку и на верхнюю часть можно сформировать лоскут из здоровых окружающих тканей. Первый лоскут будет опрокидывающийся, а второй

лоскут будет косметическим. Например, таким способом можно закрыть дефекты губ, носа, век, щек, но при этом необходимо всегда учитывать соответствие питающей ножки к длине выкраиваемого лоскута. Питающая ножка не должна быть меньше длины лоскута в 3 раза и поворот ножки должен быть тупой, что производится для обеспечения отсутствия напряжения и лучшего оттока. Различают следующие виды лоскутов на ножке;

- лоскуты на одной ножке;

- лоскуты на двух ножках (мостовидные);

В таких лоскутах питание тканей происходит с помощью двух ножек, рабочей частью же лоскута является только его середина. Например, лоскут Г.А.Лапчинского и Лексера. К лоскутам на двух питающих ножках может быть отнесен и филатовский стебель.

- опрокидывающиеся лоскуты используются для образования внутреннего слоя. Такие лоскуты выкраивают у краев дефекта и поворачивают на 180°.

- удвоенные. Для закрытия сквозных дефектов лица применяются удвоенные лоскуты, образованные из двух однослойных лоскутов, соприкасающихся своими раневыми поверхностями (лоскут по Клаппу, Рауэру).

- артериализированные лоскуты относятся к однослойным. Особенность их заключается в том, что в толще лоскутов обязательно должен быть крупный питающий сосуд.

Пластика местными тканями на лице имеет ряд достоинств. Главным из них является использование для целей пластики тканей, однородных по цвету, тургору, толщине, что обеспечивает наилучший эстетический результат. Кроме того, операция является одноэтапной при правильно составленном ее плане и атравматичной технике и, как правило, завершается гладким послеоперационным течением с заживлением раны первичным натяжением и образованием нежных малозаметных рубцов.

При планировании операции устранения контрактуры шеи, вызванной множественными рубцовыми тяжами, надлежит учитывать физиологические особенности кожи различных ее отделов. При движении головы назад и в стороны наибольшему растяжению подвергается кожа верхнего отдела шеи выше уровня перстневидного хряща. В связи с этим, используя запасы подвижных тканей в боковых отделах шеи, наибольший прирост тканей следует сосредоточить в верхнем ее отделе. Пластика встречными треугольными лоскутами при лечении контрактур шеи может быть многоэтапной, так как по мере увеличения объема движений в шейном отделе позвоночника после первой операции выявляются новые тяжи и определяются новые запасы подвижных тканей даже в тех же местах, где они были использованы при предыдущей операции.

Местная пластика лоскутом на сосудистой ножке. Первоначальным типом таких операций, которые за рубежом называют типом Сабаттини-Эстландера, являлась пластика клиновидным лоскутом, выкроенным из боковой части одной губы во всю толщу. Ножка лоскута образована за счет красной каймы губы, в которой проходит губная артерия. Лоскут на этой ножке перемещают в дефект другой губы. Модификацией этого типа лоскута является лоскут, предложенный R. Abbe, который в 1898 г. подробно описал технику операции; под его именем этот способ пластики известен в отечественной литературе.

G. H. Monks (1898) предложил перенести островок кожи лба на скрытой артериальной ножке для создания верхнего века.

Позднее J. F. Esser (1918) более детально разработал метод и ввел в литературу название «артериальные лоскуты» или лоскуты на биологической ножке. Ф. Буриан (1967)

биологические, или артериализированные лоскуты определяет как выкроенные куски кожи на ножке, образованной нейрососудистым пучком. Он полагает, что довольно большие лоскуты можно выкраивать на лбу, виске, темени, в области поверхностной височной артерии; лоскуты меньших размеров - на надблоковой и надглазничной артериях.

Нашла распространение пластика лоскутом на сосудистой ножке при перемещении лоскутов во всю толщу с одной губы на другую и перемещение на скрытой сосудистой ножке лоскута волосистой кожи головы в дефект брови.

Пластика верхней губы лоскутом из нижней губы на ножке, содержащей нижнюю губную артерию. Показанием к этой операции является частичный центральный дефект верхней губы или ее сужение и укорочение, возникшее после глубоких ожогов, механических повреждений или как следствие неудачных операций при двусторонней расщелине верхней губы.

Перемещение лоскута во всю толщу из нижней губы в дефект верхней производят на ножке, содержащей нижнюю губную артерию и вену. План операции составляют заранее, а при его выполнении на коже нижней губы метиленовым синим обозначают границы намеченного к перемещению лоскута, основание которого по свободному краю не должно превышать 4 см. Операцию производят под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором новокаина с добавлением адреналина. Операция состоит из двух этапов: на первом этапе перемещают лоскут на сосудистой ножке в дефект губы, а на втором через 12-14 дней пересекают ножку лоскута и формируют красную кайму губ.

Первый этап включает следующие моменты. Операцию начинают с формирования ложа для лоскута. Для этого скальпелем рассекают верхнюю губу через все ее слои в направлении от красной каймы к перегородке носа, кровоточащие сосуды перевязывают. Край раны расходится в стороны, образуется дефект треугольной формы. По намеченным границам выкраивают треугольный лоскут на нижней губе. Сначала рассекают все слои губы в направлении от свободного ее края к вершине лоскута, а затем делают второй боковой разрез от вершины лоскута к красной кайме. Разрез не доводят до каймы на расстоянии 2-3 мм во избежание повреждения нижней губной артерии, расположенной на заднем крае круговой мышцы рта. Перевязывают кровоточащие сосуды, треугольный лоскут на ножке поворачивают на 180° и укладывают в рану верхней губы. Первыми кетгутовыми швами соединяют слизистую оболочку краев раны и лоскута, а затем накладывают несколько погружных кетгутовых швов. При наложении швов нитью на атрауматичной игле на кожные края раны надлежит добиваться точного сопоставления красной каймы верхней губы и перемещенного лоскута. Рану нижней губы послойно зашивают наглухо до уровня ножки лоскута. Накладывают на губы легкую асептическую повязку. Больному рекомендуют соблюдать покой и питание жидкой пищей через трубочку.

Второй этап производят через 12-14 дней. Под местной анестезией рассекают ножку треугольного лоскута и тщательно формируют красную кайму верхней и нижней губ.

В зависимости от характера и формы дефекта верхней губы применяют модификации операции, описанной R. Abbe. М. М. Слуцкая (1945) предложила для закрытия одностороннего дефекта губы использовать треугольный лоскут, выкроенный не из среднего отдела губы, а сбоку. Треугольный лоскут иссекают следующим образом: на нижней губе, отступя 1-2 см от угла рта, в направлении от красной каймы вниз проводят разрез через все слои губы. Затем от его конца производят второй разрез, идущий вверх и на 1-2 см в сторону от угла рта; третий разрез проводят от конца второго к углу рта. Лоскут на ножке из красной каймы, включающей нижнюю губную артерию, перемещают в дефект верхней губы. Обе раны послойно зашивают.

Пластика брови на скрытой сосудистой ножке. Операция показана при дефектах

бровей после глубоких ожогов и механических повреждений. Она состоит в перемещении на место отсутствующей брови островка волосистой кожи из височно-теменной области на сосудистой ножке. Сосудистая ножка включает поверхностную височную артерию, сопровождающие ее вены и небольшое количество окружающей их подкожной жировой клетчатки. Успех операции определяется знанием топографии сосудов височной области, правильным проведением анестезии и атравматичной техникой при выделении сосудисто-нервного пучка и проведение его через туннель в подкожной жировой клетчатке к изъяду брови.

Накануне операции волосы на соответствующей половине головы сбривают. Перед операцией метиленовым синим на коже обозначают ход артерии и той ее ветви, в области которой будет взят лоскут кожи для брови. Для установления длины сосудистой ножки сантиметровой лентой определяют расстояние от козелка уха до медиального конца надбровной дуги. Затем не отнимая руки от козелка уха, другой конец ленты переносят по ходу артерии на волосистую часть головы, где раствором метиленового синего обозначают границы волосистого лоскута, подлежащего переносу.

При проведении местной инфильтрационной анестезии следует соблюдать осторожность, чтобы при вколе иглы не повредить стенку артерии или вены, так как образующаяся гематома затруднит выделение сосудистой ножки и может привести к неудаче операции. Вколы иглы при проведении анестезии следует проводить не по ходу артерии, а, начав ее на уровне козелка уха, продолжать вверх кпереди от линии, обозначающей ход артерии. Разрез кожи начинают на уровне козелка уха и продолжают вверх параллельно линии, обозначающей расположение артерии. Края раны отсепаровывают в стороны, выделяют сосудистый пучок вместе с небольшим слоем окружающей его подкожной жировой клетчатки. Отступя на 1-1,5 см от основного пучка, рассекают отходящие от него сосудистые ветви и перевязывают их. Затем выкраивают лоскут из волосистой кожи головы, соответствующий изъяду брови, отделяют от подлежащей фасции и его конец прошивают ниткой, которая будет служить держалкой. Кожный лоскут заворачивают в стерильную салфетку и делают соответствующей длины разрез кожи в области надбровной дуги. Края раны раздвигают марлевыми шариками, а затем узким остроконечным скальпелем формируют под кожей туннель в направлении из этой раны к козелку уха. Туннель расширяют разведением браншей кохеровского зажима с тем, чтобы сосудистая ножка поместилась в нем свободно и без перегиба. Кровоостанавливающим зажимом захватывают нитку-держалку и с ее помощью кожный лоскут выводят в рану в области надбровной дуги. Причинами неудач при этой операции могут быть травма сосудистого пучка при его выделении, недостаточное выделение основания сосудистой ножки, что при повороте ее в туннель вызывает натяжение и сжатие просвета сосудов.

Местная пластика лоскутом на одной ножке. Лоскут на одной ножке представляет участок кожи с подкожной жировой клетчаткой, выкроенный таким образом, что связь его с окружающей кожей сохраняется через неширокий мостик, называемый ножкой лоскута. На лице применяют для замещения дефектов и рубцово-измененных тканей, используя при этом запасы подвижных тканей вблизи дефекта. Лоскут на ножке выкраивают в соответствии с величиной и формой дефекта и перемещают в область дефекта поворотом ножки лоскута на различные углы, чаще от $60-70^{\circ}$ до 180° .

Представлению «пластика лоскутом на одной ножке» соответствуют фигуры пластики, где активный лоскут с острым углом α перемещается на угол, равный или превышающий $90 + \alpha/2$. Именно при таких соотношениях углов лоскут с широким основанием остается неподвижным, а перемещается лишь узкий лоскут.

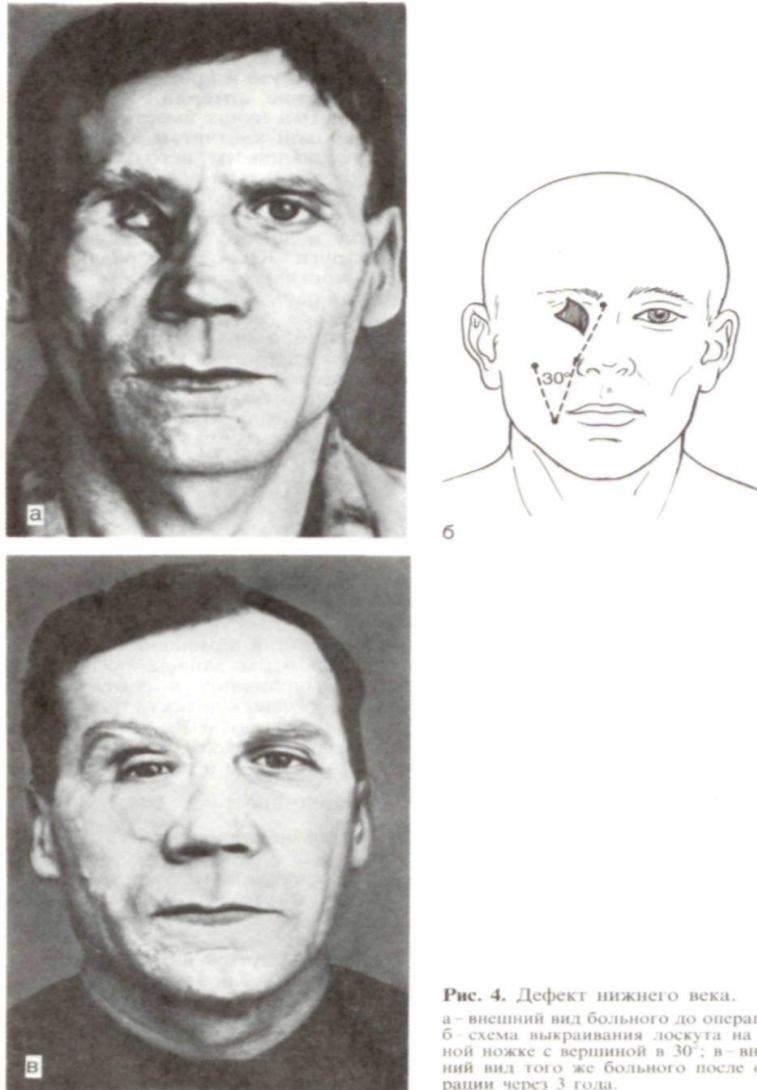


Рис. 4. Дефект нижнего века.
 а – внешний вид больного до операции;
 б – схема выкраивания лоскута на одной ножке с вершиной в 30°; в – внешний вид того же больного после операции через 3 года.

При меньших величинах углов широких лоскутов имеет место встречный, но неодинаковый по величине обмен лоскутов, соответствующий представлению о пластике несимметричными фигурами встречных треугольных лоскутов.

При составлении плана операции пластики лоскутом на ножке учитывают направление крупных артериальных и венозных кровеносных сосудов, рельеф лица. Это позволяет при выкраивании лоскута избежать повреждения ветвей крупных сосудов и создать условия для образования малозаметного послеоперационного рубца.

Пластика лоскутом на одной ножке осуществляется в наиболее выгодных условиях, когда в ножку лоскута включаются концевые артерии: например, при ринопластике лоскутом со лба. Лоскут на одной ножке на лице и шее допустимо выкраивать при соотношении ширины ножки лоскута к его длине как 1:3.

Питание лоскута на ножке, включающего кожный покров и подкожную жировую клетчатку, после его перемещения поддерживается через ножку лоскута, но уже в ближайшие часы начинает восстанавливаться и через новые соустья на месте соприкосновения раневых поверхностей. Грубое механическое воздействие, сдавливание или натяжение тканей лоскута, в особенности в области его ножки, приводит к затруднению оттока и притока крови, что вызывает гибель лоскута.

При перемещении лоскута в область дефекта происходит поворот ножки на различные углы. Надлежит учитывать, что поворот лоскута на угол, превышающий $85-90^{\circ}$, сопровождается искажением формы поверхности: у ножки лоскута образуется выпуклый бугорок- стоящий конус по теории А.А. Лимберга. Искажения поверхности можно избежать, выбирая меньший угол поворота ножки лоскута. В тех случаях, когда использование запасов подвижных тканей делает необходимым поворот ножки лоскута на угол более 90° выпуклый бугорок-конус - можно устранить после приживления лоскута. Для этого иссекают вершину бугорка веретенообразным разрезом или исправляют пластикой несимметричной фигурой встречных треугольных лоскутов.

Отрицательной стороной однослойных лоскутов на ножке является неполное использование ножки, когда широкая часть ножки остается открытой и, следовательно, может инфицироваться. Поэтому обнаженная часть ножки должна быть закрыта антисептическими повязками.

Студент должен знать:

- анатоми-топографические особенности тканей лица, полости рта и шеи;
- методы обследования больного, анализ и выбор метода пластики в зависимости от локализации дефекта, пола и возраста больного и общего состояния организма;
- особенности планирования восстановительных операций лоскутами на питающей ножке с отдаленных и близлежащих участков лица и шеи;
- особенности метода пластики встречными треугольными лоскутами;
- особенность индийского и итальянского методов пластики дефектов носа и ихположительные и отрицательные стороны.

Студент должен уметь:

- провести опрос больного, пальпировать область дефекта и определять степень подвижности окружающих тканей, измерить величину и глубину дефекта;
- определить метод закрытия дефектов ротацией с близлежащих участков тканей, показания к применению треугольных лоскутов, лоскутов на ножке, однослойных, опрокидывающихся удвоенных, на одной питающей ножке, на двух питающих ножках (мостовидные), и выполнять его на поролоне.

Интерактивный метод: Метод снежков.

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Лоскут на ножке, выкроенный в области носогубной складки, называется:
 - А) однослойным *
 - Б) двухслойным
 - В) многослойным
 - Г) опрокидывающимся
 - Д) филатовским
2. Лоскут, выкроенный с краев дефекта, называется:
 - А) опрокидывающимся *

- Б) однослойным
- В) мостовидным
- Г) Лексера
- Д) Филатова

3. Лоскут, выкроенный с краев дефекта, опрокидывающийся, поворачивается на:

- А) 180° *
- Б) 90°
- В) 45°
- Г) 360°
- Д) 30°

4. Соотношение ширины питающей ножки к длине лоскута:

- А) 1:2 *
- Б) 1:3
- В) 1:5
- Г) 1:4
- Д) 1:1

5. Пластика по методу Лексера называется пластикой, взятой с:

- А) волосистой части головы *
- Б) носогубной складки
- В) лба
- Г) краев дефекта
- Д) носа

6. Метод Аббе - это метод пластики лоскутом, взятым с:

- А) нижней губы *
- Б) носогубной складки
- В) лба
- Г) волосистой части головы
- Д) носа

7. Пластику брови нужно провести лоскутом:

- А) артериализированным *
- Б) однослойным
- В) удвоенным
- Г) двухслойным
- Д) дублированным

8. При пластике носа можно использовать лоскут на ножке, взятый со лба, который называется:

- А) индийский *
- Б) итальянский
- В) российский
- Г) хитровский
- Д) лексеровский

9. Методику пластики встречными треугольными лоскутами предложил:

- А) Лимберг *
- Б) Миллард
- В) Седилло
- Г) Шимановский
- Д) Лапчинский

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Дефект в области крыла носа можно закрыть:

- А) по Суслову
- Б) лоскутом с носогубной складки
- В) индийским
- Г) итальянским
- Д) по Хитрову

1) АБ *2) АВ 3) ВГ 4) ГД 5) АГ

2. Однослойные лоскуты можно выкроить при соотношении сторон:

- А) 1:3
- Б) 1:2
- В) 1:5
- Г) 1:6

Д) 1:1.

1)АБ* 2)БВ 3)ВГ 4)ГД 5)АГ

3. Операция по методу Лексера может быть:

- А) на одной питающей ножке
- Б) на двух питающих ножках
- В) без питающей ножки
- Г) с опрокидывающейся ножкой
- Д) с треугольной ножкой.

1) Б *2) БВ 3) ВГ 4) ГД 5) ВД

4. При итальянском способе пластики используются лоскуты:

А) с краев дефекта

Б) с внутренней поверхности плеча

В) свободной кожей

Г) расщепленной кожей

Д) кожей по Ривердену

1)Б *2) БВ 3) ВГ 4) АГ 5) ГД

5. Пластика лоскутом на ножке проводится:

А) при небольших однослойных дефектах

Б) при устранении выворота век

В) при глубоких дефектах

Г) при сквозных дефектах

Д) при отсутствии дефектов

1) АБ* 2) БВ 3) ВГ 4) ГД 5) ВД

6. Допустимый угол (в градусах) поворота лоскута на ножке:

А) 60°

Б) 180°

В) 90°

Г) 120°

Д) 80°

1) АВД * 2) АБВ 3) ВГД 4) БВГ 5) АБД

7. Лоскут на сосудистой ножке на лице используется чаще при:

А) пластике носа по Хитрову

Б) пластике губы по Аббе

В) пластике брови

Г) пластике уха

Д) хейлопластике по Обуховой

1) БВ *2) АБ 3) ВГ 4) ГД 5) ВД

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1. У больного 45 лет имеется дефект крыла и кончика носа после укуса собаки.

Можно ли сделать пластику?

укушенных ранах - нельзя;

Можно использовать лоскут с носогубной складки.

Для внутренней выстилки можно будет использовать рубцовую ткань вокруг раны.

Ситуационная задача №2. У больного 35 лет имеется тотальный дефект нижней губы после травмы. Травма произошла 2 дня тому назад.

Какие лоскуты могут быть использованы для пластики такого дефекта?

Ответ:

Лоскут с носогубной складки использовать для внутренней выстилки. Лоскут с волосистой части головы по Лексеру.

Ситуационная задача № 3. У больной 15 лет с двухсторонней расщелиной верхней губы и неба имеется дефект верхней губы, а нижняя губа хорошо развита.

1) Какой лоскут можно взять и как по автору будет называться данный метод?

Ответ:

1) Можно взять лоскут на питающей ножке с нижней губы. Автором данного метода является Аббе.

Раздаточный материал.

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

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 различным дефектом, другой - обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания), осмотр (визуальный и пальпаторный, соответствующие измерения в области дефекта и вокруг него – в покое и движении и т.д.). 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.

Мануальные навыки


«Местная пластика лоскутом на ножке»

Цель: Определить показания к пластике лоскутом на ножке.

Показания: наличие дефектов мягких тканей ЧЛЮ.

Оснащение: больные (волонтеры) с дефектом ЧЛЮ, поролон толщиной 1 см, размером 15х30 см, линейка, пинцет, скальпель, хирургические иглы, иглодержатель, шовный материал.

Выполнение мануального навыка.

| | | |
|---|--|---|
|  |  |  |
| 1. Определить размер дефекта ЧЛЮ. | 2. Освежить края дефекта, отсепаровать и раздвинуть ткани. | 3. Выкроить лоскут на ножке под прямым углом к дефекту. |
| 25 | 25 | 25 |

| |
|--|
|  |
| 4. Отсепаровать лоскут на ножке 1:2, повернуть на 90° и ушить. |
| 25 |

Рекомендуемая литература

- основная

Т.Г. Робустова “Хирургическая стоматология”. - М; Медицина, 2003 г.

- дополнительная

1. Н.М. Михельсон “Восстановительные операции ЧЛЮ”.-М; Медицина, 1962, стр. 31-37.
2. Ю.И. Бернадский “Травматология и восстановительная хирургия ЧЛЮ”.- Киев, 1990, стр.215-222, 242-244.
5. Неробеев А.И., Плотников Н.А. «Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области».- М.; Медицина. 1997г. с.17-25

6. Интернет сайт:

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 12

ПЛАСТИКА МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ:

ВСТРЕЧНЫЕ ТРЕУГОЛЬНЫЕ ЛОСКУТЫ ПО ЛИМБЕРГУ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|--|---|
| | Преподаватель | |
| 1-этап Введение в учебное занятие 10- минут 10- минут 15- минут 5- минут | 1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия. 1.2. Дать список литературы (приложение №1) 1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия. 1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2) | Слушают и записывают Слушают и записывают Отвечают на вопросы Слушают |
| 2- этап Основная часть 25- минут 15- минут 15- минут | 2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради. 2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3) 2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её. 2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”. | Отвечают на вопросы и обсуждают их Задают поясняющие вопросы Обсуждают материалы игры Задают вопросы Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему. Слушают |

| | | |
|----------------|--|-------------------------------|
| 5- минут | 2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2) | Решают тесты. |
| 10- минут | 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). | Курируют больных |
| 50- минут | Перемена | |
| 40- минут | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают |
| 20- минут | | Задают вопросы |
| 3- этап | | |
| Заключительный | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | |
| 40- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Слушают и сами себя оценивают |
| 10- минут | | Записывают задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Основание применения пластики местными тканями с помощью встречных треугольных лоскутов.
2. Преимущества и недостатки пластикиместными тканями с помощью встречных треугольных лоскутов.
3. Техника выкраивания симметричных и несимметричныхтреугольных лоскутов.

Содержание занятия

МЕСТНАЯ ПЛАСТИКА ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ

Теоретическое обоснование и объективизация метода осуществлена А. А. Лимбергом в двух его монографиях (1946. 1963).

Метод основан на перераспределении, растяжении и сокращении тканей при выкраивании и перемещении встречных треугольных лоскутов. Треугольные лоскуты формируют тремя одинаковой длины разрезами, среди которых различают средний разрез и два боковых, проведенных под определенными углами от концов среднего разреза. Треугольные лоскуты могут быть с одинаковыми углами (симметричные треугольные лоскуты) и с неодинаковыми (несимметричные треугольные лоскуты). В треугольные лоскуты включают кожу и подкожную жировую клетчатку. Перемещение отслоенных от подкожной фасции треугольных лоскутов сопровождается приростом тканей в направлении среднего разреза и их убылью по направлению линии, соединяющей концы боковых разрезов.

Прирост и убыль тканей при перемещении симметричных треугольных лоскутов одинаковы по величине и равномерно распределяются в направлении концов среднего и боковых разрезов (рис. 1).

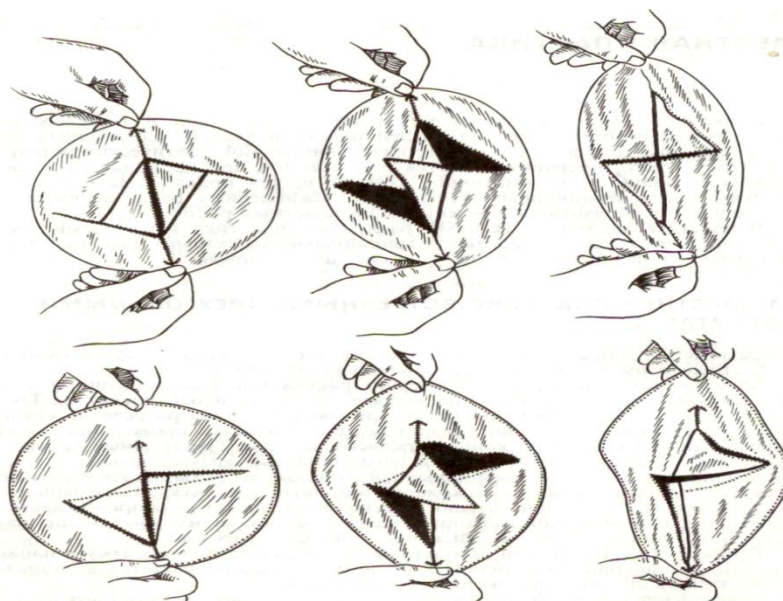


Рис. 1. Модели из полотна для показа встречного треугольных лоскутов несимметричной фигуры [Лимберг А. А., 1963].

полотна для обмена двух

Применение симметричных встречных треугольных лоскутов возможно при наличии одинаковых запасов подвижных тканей около укороченного рубца.

Перемещение треугольных лоскутов в несимметричной фигуре сопровождается неодинаковой подвижностью лоскутов и неодинаковым по величине приростом и убылью тканей на концах разрезов фигуры. Например, в фигуре с углами $30 - 90^\circ$ подвижным является лоскут с острым углом, убыль тканей в основном сосредоточивается в области, где выкроено основание лоскута, а прирост тканей произойдет главным образом в участке, куда будет перемещено основание этого лоскута с острым углом.

Отсюда следует, что несимметричные фигуры встречных треугольных лоскутов находят применение при неодинаковых, чаще односторонних запасах подвижных тканей.

Математические расчеты А.А. Лимберга показали, что прирост тканей в направлении среднего разреза возрастает по мере увеличения углов встречных треугольных лоскутов.

Следует помнить, что выкраивание и перемещение встречных треугольных лоскутов приводят к сопутствующим конусовидным изменениям рельефа поверхности, которые становятся заметными, когда величина углов лоскутов превышает $90-100$. При меньшей величине углов встречных треугольных лоскутов конусовидные изменения не выявляются из-за эластичности нормальной кожи.

Местная пластика встречными треугольными лоскутами на лице и шее применяется по следующим показаниям:

- 1) для встречного обмена тканей;
- 2) с целью удлинения в направлении среднего разреза;
- 3) для замещения явных и скрытых дефектов лица и шеи.

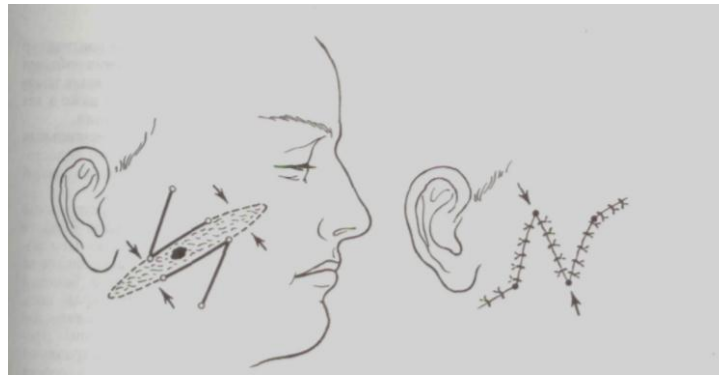


Рис. 2. Иссечение рубца со слюнным свищом с пластическим перемещением нормальных тканей [Лимберг А. А.. 1963].

Встречный обмен тканей производят, используя симметричные треугольные лоскуты с углами в пределах от $30-30^{\circ}$ до $45-45^{\circ}$. Такие лоскуты применяют для исправления положения наружного отдела брови, углов век и губ, а также с целью создания благоприятных условий для заживления вялогранулирующих ран, слюнных свищей. Удлинение по линии среднего разреза в этих фигурах невелико и не имеет практического значения.

Удлинение в направлении среднего разреза фигуры встречных треугольных лоскутов достигает значительных величин при углах $60-60^{\circ}$, $75-75^{\circ}$, $30-90^{\circ}$, и $45-90^{\circ}$ без выявления конусовидных изменений поверхности.

При устранении укороченных кожных рубцов после ожогов и механических повреждений на лице, шее, пальцах кисти положительный результат может быть усилен применением нескольких фигур встречных треугольных лоскутов.

В зависимости от запасов подвижных тканей около рубцов фигуры встречных треугольных лоскутов могут быть симметричными и несимметричными и расположены последовательно друг за другом вдоль рубца.

При резко укороченных или множественных рубцовых тяжах наиболее полно запасы подвижных тканей удастся использовать при сочетании фигур встречных треугольных лоскутов, когда средний или один из боковых разрезов фигур является общим.

При планировании операции устранения контрактуры шеи, вызванной множественными рубцовыми тяжами, надлежит учитывать физиологические особенности кожи различных ее отделов. При движении головы назад и в стороны наибольшему растяжению подвергается кожа верхнего отдела шеи выше уровня перстневидного хряща. В связи с этим, используя запасы подвижных тканей в боковых отделах шеи, наибольший прирост тканей следует сосредоточить в верхнем ее отделе. Пластика встречными треугольными лоскутами при лечении контрактур шеи может быть многоэтапной, так как по мере увеличения объема движений в шейном отделе позвоночника после первой операции выявляются новые тяжи и определяются новые запасы подвижных тканей даже в тех же местах, где они были использованы при предыдущей операции.

Замещение дефектов лица пластикой фигурами встречных треугольных лоскутов. Наибольшее распространение для устранения рубцовой недостаточности и при замещении несквозных дефектов век и губ нашли несимметричные фигуры встречных треугольных лоскутов.

При пластике нижнего века используют фигуры, в которых треугольный лоскут с острым углом выкраивают на верхнем веке, в височной области или на щеке. Для предотвращения отставания края нижнего века от глазного яблока основание узкого треугольного лоскута следует располагать на 6-10 мм выше уровня наружного угла глазной щели. Второй боковой разрез фигуры пластики располагают параллельно свободному краю века.

Для замещения рубцовых тканей губ и устранения выворота слизистой оболочки известна пластика несимметричными фигурами встречных треугольных лоскутов, при которой узкий треугольный лоскут выкраивают в области одной или двух носогубных борозд и перемещают в дефект мягких тканей, образовавшийся после иссечения рубцов и устранения выворота слизистой оболочки губы.

Иссечение на лице, голове и шее ограниченных сосудистых и пигментных пятен, доброкачественных опухолей и рубцов приводит к возникновению дефектов различной формы. Простое сближение краев не всегда может быть применено из-за опасности вызвать искажение формы соседних отделов лица. Традиционным является закрытие дефекта лоскутом на ножке, соответствующим по величине и форме дефекту.

А. А. Лимберг теоретически обосновал и внес элементы объективности в планирование операции замещения дефектов с учетом принципов пластики встречными треугольными лоскутами.

Закрытие дефекта ромбовидной формы. Оно основано на применении несимметричной фигуры встречных треугольных лоскутов с углами $60-120^{\circ}$, наложенной на край дефекта. Длина составляющей части разреза фигуры равна длине короткой диагонали, продолжением которой является средний разрез фигуры пластики. Закрытие дефекта перемещенными мобилизованными тканями происходит двумя путями: одна половина дефекта закрывается простым сближением краев раны, а вторая перемещением равностороннего треугольника с углом 60° у вершины. При планировании операции замещения дефекта важно учитывать все четыре варианта расположения фигуры пластики с углами $60-120^{\circ}$ и выбрать из них наиболее подходящий для конкретного больного.

Закрытие дефекта круглой формы

Для закрытия дефекта круглой формы план операции можно строить с учетом нескольких вариантов.

1. Закрытие дефекта планируется по типу замещения дефекта ромбовидной формы, тогда дефект круглой формы располагается в центре ромба и диаметр круга совпадает с короткой диагональю ромба. В этом случае выкраивается одна фигура встречных треугольных лоскутов с углами $60-120^{\circ}$ при длине составной части разреза, равной длине диаметра дефекта круглой формы и короткой диагонали ромба.
2. Закрытие круглого дефекта планируется по типу замещения вписанного в него правильного шестиугольника. Шестиугольник делят на три сектора в виде ромбов и замещение каждого из них планируют фигурой с углами $60-120^{\circ}$ при длине составной части, равной радиусу круга.

Возможно замещение круглого дефекта применением двух фигур с углами

$60-120^{\circ}$, третья часть изъяна может быть закрыта простым сближением краев раны в выгодном направлении.

Местная пластика ротационными лоскутами. Ротационными называют лоскуты, применяемые для замещения дефектов лица и перемещаемые к дефекту посредством вращения-ротации ножки лоскута.

Ю. К. Шимановский (1865) в своей монографии приводит схемы таких лоскутов, рассчитанных на замещение дефектов треугольной формы щек и век. Позднее способ ротации тканей нашел применение при использовании запасов подвижных тканей в поднижнечелюстной, заушной области и на шее. Объективные критерии для планирования таких операций отсутствовали.

А. А. Лимберг (1963) предложил строить план операции на основе приема пластики перемещением краев раны с боковым надрезом на конце разреза. Такой угловой разрез, названный им «разрез кочерги», позволяет удлинить край раны и передвинуть его на расстояние, вдвое превышающее длину бокового надреза. Следовательно, при замещении изъяна треугольной формы длина бокового углового разреза должна быть равна половине длины основания треугольного дефекта. При перемещении тканей щеки угловой разрез целесообразно расположить в поднижнечелюстной области. Перемещение мягких тканей при таком приеме обычно выявляет некоторое несовпадение краев раны: наружный ее край бывает несколько длиннее внутреннего. В связи с этим планом должно быть предусмотрено укорочение наружного края раны иссечением куса кожи треугольной формы.

Использование ротационных лоскутов, выкроенных перед ушной раковиной и в заушной области, позволяет заместить обширные дефекты кожных покровов щеки. При недостатке запасов местных тканей донорские поверхности могут быть замещены пересадкой расщепленных кожных трансплантатов.

Пластика нижней губы. Н. М. Александров (1966) для сохранения формы губного желобка предложил выкраивать два симметричных лоскута на верхней губе по краям желобка. Операция состоит из двух этапов, позволяет перенести из верхней губы в дефект нижней губы достаточное количество пластического материала, не вызывая деформации верхней губы.

Л.А. Estlander (1872) для замещения односторонних дефектов нижней губы предложил перемещать лоскут из верхней губы на ножке в области красной каймы. Операцию производят в один этап, так как сосудистая ножка лоскута формирует угол рта.

В НИИ травматологии и ортопедии им. Р. Р. Вредена разработана и найдена модификация способа Эстландера, позволяющая закрывать дефекты

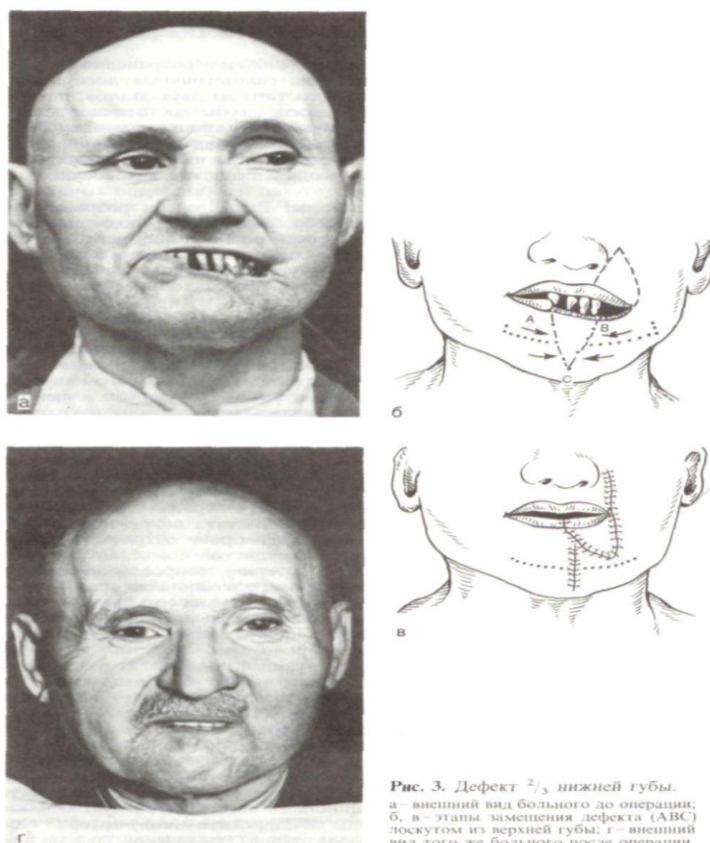


Рис. 3. Дефект $\frac{2}{3}$ нижней губы. а - внешний вид больного до операции; б, в - этапы замещения дефекта (АВС) лоскутом из верхней губы; г - внешний вид того же больного после операции.

прямоугольной формы, занимающие половину или $\frac{2}{3}$ нижней губы. Операцию производят в два этапа с интервалом в 3-3,5 нед. Первый этап включает создание нижнего свода преддверия рта и восстановление подвижности тканей около дефекта пересадкой расщепленной кожи на стентовом вкладыше. Второй этап состоит в иссечении клина под нижним краем дефекта и перемещении тканей щек в направлении дефекта за счет пластики угловым разрезом «кочерга». А. А. Лимберг теоретически обосновал этот вид местной пластики и установил, что его применение позволяет переместить край раны на расстояние, превышающее в 2 раза длину бокового надреза. Такие угловые разрезы проводят через слизистую оболочку губы и щек на уровне нижнего свода преддверия рта, добиваясь перемещения сохранившихся участков нижней губы и щек в направлении дефекта с целью уменьшения его размеров и превращения в дефект треугольной формы. Как правило, дефект удается уменьшить настолько, что для его закрытия оказывается достаточным клиновидный лоскут по Эстландеру из верхней губы с шириной основания 3 см

Студент должен знать:

- классификацию дефектов и деформаций ЧЛЮ по этиологии, степени потери тканей, выраженности функциональных расстройств;
- особенности общего и местного обследования больных в предоперационном периоде;
- особенности планирования восстановительных операций челюстно-лицевой области в зависимости от локализации и величины дефектов и деформаций, возраста и пола больного.

Студент должен уметь:

- обследовать и оценить общее состояние больного;

- оценить данные клинических, биохимических, рентгенологических и др. исследований больного перед операцией;
- определять количество и качество утраченных тканей;
- на основе анамнеза, фотографий, маски больного воссоздать объемные характеристики дефекта;
- составить план лечения больного;
- провести послеоперационный уход и кормление больных.

Интерактивный метод: Аквариум.

Тесты 1-го уровня сложности

1. Для анализа величины дефекта тканей лица нужно иметь:
 - Е) Общий анализ крови больного
 - Ж) общий анализ мочи
 - З) величину гемоглобина крови
 - И) группы крови и резус-фактора
 - К) фотографии больного*

2. Для анализа величины дефекта тканей лица нужно иметь:
 - б) Общий анализ крови больного
 - 7) общий анализ мочи
 - 8) величину гемоглобина крови
 - 9) группы крови и резус-фактора
 - 10) маску лица*

3. Показанием к восстановительной операции ЧЛЮ в связи с функциональными нарушениями является:
 - Е) выворот нижнего века*
 - Ж) деформирующий рубец кончика носа
 - З) лопухость
 - И) седловидный нос
 - К) деформация верхней губы после хейлопластики

4. Аутопластика это пересадка:
 - б) собственных тканей*
 - 7) тканей от другого человека
 - 8) от одного близнеца другому
 - 9) ткани от животных
 - 10) искусственные ткани

5. Аллопластика это пересадка:
 - б) собственных тканей
 - 7) тканей от другого человека*
 - 8) от одного близнеца другому
 - 9) ткани от животных
 - 10) искусственные ткани

6. Изотрансплантация это пересадка:
 - Е) собственных тканей

- Ж) тканей от другого человека
- З) от одного близнеца другому*
- И) ткани от животных
- К) искусственные ткани

7. Ксенопластика это пересадка:

- Е) собственных тканей
- Ж) тканей от другого человека
- З) от одного близнеца другому
- И) ткани от животных*
- К) искусственные ткани

8. Эксплантация это пересадка:

- б) собственных тканей
- 7) тканей от другого человека
- 8) от одного близнеца другому
- 9) ткани от животных
- 10) искусственного материала*

Тесты 2-го уровня сложности

1. По этиологическому фактору дефекты и деформации ЧЛЮ подразделяются:

- А) травматические
 - В) одонтогенные
 - С) врожденные
 - Д) сквозные
 - Е) поверхностные
- 1) ABC* 2) ACD 3) ADE 4) BCD 5) BDE

2. Степень выраженности дефекта органов лица подразделяются на:

- А) частичные
 - В) субтотальные
 - С) тотальные
 - Д) одонтогенные
 - Е) травматические
- 1) ABC* 2) ACD 3) ADE 4) BCD 5) BDE

3. К функциональным нарушениям, сопутствующим дефектам и деформациям лица, относятся:

- А) затрудненное открывание рта
 - В) нарушение речи
 - С) отсутствие смыкания век
 - Д) макростомия
 - Е) микростомия
- 1) DE* 2) AB 3) BC 4) CD 5) BD

4. К анатомическим нарушениям, сопровождающим дефекты и деформации лица, относятся:

- А) затрудненное открывание рта
 - В) нарушение речи
 - С) отсутствие смыкания век
 - Д) макростомия
 - Е) микростомия
- 1) ABC* 2) ACD 3) ADE 4) BCD 5) BDE

5. Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют при:

- А) обширных келоидных рубцах
- Б) линейных стягивающих рубцах
- В) обширных дефектах костей лица
- Г) обширных дефектах мягких тканей
- Д) устранении свищевых ходов

1) БД* 2) АБ 3) ВГ 4) ГД 5) ВД

6. Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют при:

- А) обширных дефектах костей лица
- Б) линейных стягивающих рубцах
- В) короткой уздечке языка
- Г) обширных дефектах мягких тканей
- Д) обширных келоидных рубцах

1) БВ*2) АБ 3) ВГ 4) ГД 5) ВД

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1. У больного 45 лет имеется дефект крыла и кончика носа после укуса собаки.

Можно ли сделать пластику?

Какой лоскут можно использовать?

Что можно будет использовать для внутренней выстилки?

Ответ:

Да, пластику можно сделать (при свежих укушенных ранах - нельзя);

Можно использовать лоскут с носогубной складки.

Для внутренней выстилки можно будет использовать рубцовую ткань вокруг раны.

2. Больному 42 года установлен диагноз: деформирующий рубец в области верхней губы справа. При обследовании установлено: дефект линейный в пределах кожи и подкожной жировой клетчатки, длиной 3 см. на слизистой оболочке без особенностей. При открывании и закрывании полости рта деформация усиливается.

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.
3. У больного 75 лет определяется дефект ушной раковины после иссечения опухоли. Срок после операции 6 месяцев. Показана ли восстановительная операция на ушной раковине: если нет, почему? Если да, какая?

Ответ:

Восстановительная операция не показана, т.к. прошло всего 6 месяцев (возможен рецидив); противопоказанием к проведению операции является возраст больного

Раздаточный материал

5. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
6. Тесты 1 уровня сложности.
7. Тесты 2 уровня сложности.
8. Ситуационные задачи.

Практическая часть

В практической части занятия проводится осмотр больного в стоматологическом кресле под руководством преподавателя.

Обращается внимание на последовательность этапов обследования: осмотр, пальпация, инструментальное обследование зубочелюстной системы.

Анализируя полученные данные, студент самостоятельно ставит предварительный диагноз.

Процесс планирования состоит из выявления и анализа объемных характеристик дефекта или деформации, определения количества и качества утраченных тканей, решения вопроса о выборе донорского участка (при аутопластике) или источника другого материала (аллоткань, ксеноткань, эксплантический материал), способе переноса пластического материала к месту пересадки. Наконец, хирург должен себе ясно представить возможные осложнения в процессе осуществления каждого этапа лечения, предусмотреть необходимые меры для предупреждения этих осложнений и наметить их лечение.

Для получения и анализа объемных характеристик дефекта нужно сделать фотографии больного (в анфас и профиль крупным планом), снять маску лица. Желательно иметь схематический профильный рисунок, на котором можно было бы дорисовать или заштриховать недостающий участок лица (нос, подбородок). На больном и его маске из гипса нужно определить размеры дефекта (на разных уровнях и в разных плоскостях), пользуясь линейкой, циркулем и другими измерительными приспособлениями.

Мануальные навыки


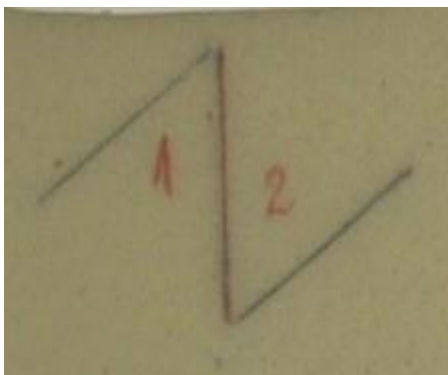
«Местная пластика встречными треугольными лоскутами»

Цель: Определить характер прироста тканей в зависимости от углов лоскутов.

Показания: наличие линейных рубцовых стяжений кожи, слизистой.

Оснащение: поролон толщиной 1 см, размером 15х30 см, линейка, транспортир, пинцет, скальпель, хирургические иглы, шовный материал, иглодержатель.

Выполнение мануального навыка.

| | | |
|---|--|---|
|  |  |  |
| 1. Определить степень рубцового укорочения тканей на больном. | 2. На поролон нанести размеры рубца и угол треугольника. | 3. По намеченным линиям расечь поролон. |
| 15 | 15 | 20 |

| | | |
|---|--|---|
|  |  |  |
| 4. Отсепаровать треугольники и окружающие участки. | 5. Произвести взаимное перемещение треугольных лоскутов | 6. Ушить треугольники в новом положении |
| 15 | 15 | 20 |

Рекомендуемая литература

- основная

Учебник «Хирургическая стоматология» -Т.Г.Робустова.-2003 г.

- дополнительная

1.Руководство по хирургической стоматологии В.М.Безруков и Т.Г.Робустова.-2000.

2. Ю.И.Бернадский «Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области» Киев 1985 г., стр 102-110

3. Баллон Л.Р.; Костур Б.К. «Возмещение дефектов ЧЛЮ и органов шеи» М. 1989 г. стр. 95-117.

4. Интернет сайт:

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Тема № 13

СВОБОДНАЯ ПЕРЕСАДКА ТКАНЕЙ: ПОКАЗАНИЯ К СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКЕ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ПРИНЦИПЫ ИХ ПРОВЕДЕНИЯ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|---|---|
| | Преподаватель | |
| 1-этап Введение в учебное занятие 10- минут 10- минут 15- минут 5- минут | 1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия. 1.2. Дать список литературы (приложение №1) 1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия. 1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2) | Слушают и записывают Слушают и записывают Отвечают на вопросы Слушают |
| 2- этап Основная часть 25- минут 15- минут | 2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради. 2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3) | Отвечают на вопросы и обсуждают их Задают поясняющие вопросы Обсуждают материалы игры Задают вопросы |

| | | |
|----------------|---|---|
| 15- минут | 2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её. | Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему. |
| 5- минут | 2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”. | Слушают |
| 10- минут | 2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2) | Решают тесты. |
| 50- минут | 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). | Курируют больных |
| 40- минут | Перемена | |
| 20- минут | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают Задают вопросы |
| 3- этап | | |
| Заключительный | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| 40- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают и сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| 10- минут | | |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы:

1. Анатомические особенности тканей лица
2. Виды пересадок тканей их отличительные особенности
3. Показания к свободной пересадке тканей в ЧЛО
4. Пересадка хряща, кости др. тканей
5. Способы взятия лоскутов кожи с помощью дерматома и ручным способом
6. Пересадка кожи на инфицированную рану - показания и особенности проведения
7. Способы фиксации лоскутов и профилактика осложнений

Содержание занятия

Трансплантация мягких тканей без сохранения кровотока.

В восстановительной хирургии лица значительное место занимает свободная пересадка мягкотканых биологических трансплантатов. К ним относится пересадка жировой ткани, фасции, деэпидермизированной кожи. Первоначально нашли применение аутогенные трансплантаты из жировой ткани и фасции. В современных условиях наряду с аутогенными тканями применяют аллогенный жир и аллогенную фасцию.

Фасциальные трансплантаты, аутогенные и аллогенные, хорошо переносят свободную пересадку. Это обусловлено несложностью анатомического строения фасции, бедностью кровоснабжения, маловыраженной иннервацией, что обеспечивает устойчивость фасциальных трансплантатов к неблагоприятным условиям при ее пересадке. Антигенные свойства фасции выражены слабо, что важно при пересадке аллогенных фасциальных трансплантатов. Фасциальные трансплантаты в восстановительной хирургии лица используют в качестве пластического материала с целью статического подвешивания отвисающих тканей лица, век, щеки, нижней губы вследствие паралича мимических мышц; для исправления объемных нарушений лица, обусловленных недоразвитием мягких тканей (гемиатрофия лица, синдром I и II жаберных дуг) или гибелью подкожной жировой клетчатки при механических ее повреждениях и воспалительных заболеваниях, а также для интерпозиции между рассеченными поверхностями кости при оперативном лечении анкилоза височно-нижнечелюстного сустава.

Пересадка аутогенных и аллогенных фасциальных трансплантатов хорошо изучена в эксперименте и в клинической практике. Изменения в пересаженной фасции зависят от локализации и назначения трансплантата, а при аллогенных пересадках - от способа консервирования.

Фасциальные трансплантаты, пересаженные без натяжения в подкожную жировую клетчатку, медленно перестраиваются, замещаясь соединительной и жировой тканью. Фасциальные трансплантаты, примененные в качестве межкостной прокладки при оперативном лечении анкилоза височно-нижнечелюстного сустава, медленно перестраиваются и замещаются рубцовой тканью.

Аутогенные фасциальные трансплантаты в зависимости от назначения применяют в виде полосок или кусков, при этом для межкостных прокладок и восполнения мягких тканей лица куски фасции используют вместе со слоем подкожной жировой клетчатки.

Аллогенные фасциальные трансплантаты, применяемые для контурной пластики лица, используют без слоя подкожной жировой клетчатки. Фасциальные трансплантаты иссекают из широкой фасции бедра.

Заемствование свободных трансплантатов фасции и жировой клетчатки.

Наиболее часто для пересадки используют трансплантаты из широкой фасции бедра, обладающей значительной прочностью и обширным запасом тканей.

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;

5. Вживление неживых материалов, называемых имплантатами, если они полностью погружаются в ткани, и эксплантатами, если они погружаются в ткани частично.

Однако алло-,ксенопластика и имплантация не всегда дают положительный эффект, так как проявляется несовместимостью тканей и очень часто приходится преодолевать реакцию несовместимости, что не всегда оканчивается успешно. Наиболее перспективной является аутопластика. Возможна заготовка трансплантатов в условиях консервации или лиофилизации, которая проводится в специальных лабораторных условиях.

8 декабря 1869 года принято считать началом современного метода свободной пересадки кожи-метода Ревердена. Пересадку кожи возможно произвести на свежую или гранулирующую рану, на кожу лица или слизистую оболочку.

В зависимости от места и величины дефекта берутся лоскуты различной толщины (с помощью скальпеля или дерматома):

А) тонкие эпидермальные лоскуты по методу Яценко-Тирша толщиной 0,2-0,4мм. Эти лоскуты малоэластичны, подвергаются сморщиванию и косметически неудовлетворительны.

Б) расщепленные трансплантаты толщиной 0,5-0,7мм (Педжет, Блейер, Браун). Особенно широко применяются после появления дерматомов.

В) толстый лоскут (Яценко, Краузе, Лоусон) толщиной свыше 0,8мм, который включает все слои кожи.

Применение различных видов лоскутов имеет свои показания и особенности. Так, приживается лучше всего тонкий лоскут, хуже всего — толстый. Но в косметическом отношении результаты противоположны. Кожная пластика бывает первичная и вторичная. Результаты операции зависят от техники операции, толщины лоскута и подготовки материнского ложа, а также послеоперационного ухода, тщательной фиксации и профилактики нагноения.

Пластика кожи на лице требует тщательного подбора места взятия трансплантата с учетом эстетических особенностей лица. Не желательно использовать пересадку по Ревердену.

Пересадка кожи может быть проведена сразу после удаления опухоли или на чистую рану, но может быть выполнена на гранулирующую рану для профилактики образования грубых рубцов.

Для контурной и опорной пластики в восстановительной хирургии широко используется хрящ. Он обладает особым биологическим свойством - будучи бессосудистым образованием, питается путем диффузии тканевых соков. Применяются консервированные 0,5% раствором формалина трупная кость, хрящ и т.д., а также замороженная до -70°C и высушенная в вакууме до -20°C .

Оперативное вмешательство выполняют под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором новокаина с добавлением 0,1% раствора адреналина из расчета одна капля адреналина на 20 мл новокаина.

Перед операцией сбривают волосы с передней и наружной поверхностей бедра. В зависимости от величины подлежащего иссечению трансплантата производят разрез в средней трети бедра по наружнопредней его поверхности. При иссечении только фасциального трансплантата разрез проводят через кожу и подлежащую подкожную жировую клетчатку

дофасции. Раздвинув края раны крючками, останавливают кровотечение и тупо отделяют подкожную жировую клетчатку от фасции. Затем намечают границы подлежащего иссечению трансплантата, рассекая фасцию двумя продольными разрезами, соединенными в верхнем отделе поперечным разрезом. Верхний конец фасции захватывают двумя зажимами и, натягивая его в направлении нижнего отдела бедра, тупо отделяют отподлежащих мышц и отсекают в нижнем конце раны. Поврежденные при этом мышечные артериальные ветви, идущие к фасции, тщательно перевязывают кетгутовыми лигатурами.

При зашивании раны на бедре накладывают погружные кетгутовые швы на подкожную жировую клетчатку, а на кожу - узловые швы полиамидной нитью или конским волосом. Для предупреждения образования гематомы в нижнем отделе раны оставляют на 2 сут резиновый выпускник. Рану защищают асептической давящей повязкой. Швы снимают на 10-12-е сутки после операции.

Трансплантаты из жировой ткани берут из наружной поверхности бедра, ягодичной области или с передней поверхности живота. При пересадке жировой ткани необходимы строжайшее соблюдение асептики и минимальное травмирование трансплантата. Инфицирование жировой ткани и развитие в ней гнойного процесса приводят к неудаче пересадки.

Иссечение жировой ткани из наружной поверхности бедра производят в верхней или средней трети через передненаружный разрез. После линейного разреза кожи рану разводят крючками в стороны и острым скальпелем иссекают необходимое количество жировой ткани. Рану затем послойно зашивают. Иссечение большого объема жировой клетчатки может сопровождаться образованием подкожной гематомы, которая часто нагнаивается. Чтобы избежать образования гематомы, на место иссечения клетчатки накладывают валик из нескольких слоев марли и туго его прибинтовывают мягким бинтом. Давящую повязку на бедре сохраняют в течение 6-7 дней, швы снимают через 10-12 дней после операции.

Свободная пересадка жировой ткани на фасции. Используют этот способ для исправления нарушенной конфигурации лица, вызванной недоразвитием или атрофией мягкотканых структур лица, что имеет место при гемиатрофии, липодистрофии лица, синдроме I и II жаберных дуг.

Оперативное вмешательство выполняют под местной анестезией. После обычной предоперационной подготовки кожи обозначают границы западения щеки и через разрез в поднижнечелюстной области формируют ложе для трансплантата. Для лога ножницами отслаивают кожу с небольшим слоем подкожной жировой клетчатки в области западения. Возникшее кровотечение останавливают лигированием доступных сосудов помещением в подкожный карман тампонов, пропитанных 5% раствором аминокaproновой кислоты или 2% раствором перекиси водорода. Трансплантат из жировой клетчатки с фасцией предпочтительно иссекать в верхней или средней трети передненаружной поверхности бедра по методике, приведенной ранее. Учитывая последующую атрофию фасциально-жирового трансплантата, его иссекают в 2 раза большим по объему, чем величина западения щеки. Трансплантат после удаления тампона вводят в подкожный карман, закрепляют в нем матрацными швами, выведенными на поверхность кожи и завязанными над марлевыми шариками. Кожную рану в поднижнечелюстной области зашивают, оставив резиновый дренаж на 48 ч. Целесообразно в конце операции в ткани вокруг раны и пересаженного трансплантата ввести раствор антибиотиков. Швы снимают на 8-10-е сутки после операции.

Атрофия фасциально-жировых трансплантатов становится заметной спустя 2—3 мес после операции, повторную операцию можно рекомендовать не ранее чем через 5-6 мес после первой. Несмотря на атрофию и рассасывание пересаженного жира, оперативное

вмешательство оказывается полезным, так как часть пересаженных тканей, перестроившись, сохраняется.

Пересадка деэпидермизированной кожи и подкожной жировой клетчатки. В современных условиях этот способ пластики - пересадка подкожной жировой клетчатки на слое дермы кожи-нашел широкое распространение для восполнения мягких тканей лица. Способ имеет преимущество перед пересадкой жировой клетчатки на фасции, так как в деэпидермизированных кожно-жировых трансплантатах в процессе перестройки происходит меньшая потеря массы жира. Это обусловлено наличием широкой дермальной сосудистой сети, обеспечивающей более быстрое восстановление сосудистых связей с воспринимающим ложем и кровоснабжение пересаженной жировой клетчатки. Исследования в эксперименте и клинике, выполненные А. К. Агеевым и В. Д. Чернышем (1975). показали, что жировая клетчатка трансплантатов рассасывается только частично по периферии, где она была повреждена при взятии трансплантата, а эпидермальные кисты на месте волосяных фолликулов со временем рассасываются, атеромы и кисты из сальных и потовых желез вовсе не образуются.

Пересадка деэпидермизированной кожи с жировой клетчаткой показана для исправления деформаций и замещения дефектов лица, вызванных линодистрофией, гемиатрофией, удалением опухолей, врожденным недоразвитием мягких тканей лица или последствиями механических повреждений. Вмешательство проводят под местной анестезией.

Методика операции. Разрезы для формирования ложа для трансплантата производят в височной, околоушной и поднижнечелюстной областях в зависимости от зоны западения с учетом расположения послеоперационного рубца в малозаметных участках лица. Раневой подкожный карман готовят аналогично, как описано при пластике фасциально-жировым трансплантатом. Донорским местом может явиться передняя и наружная поверхность бедра, у женщин предпочтительна область бедренно-ягодичной складки, где послеоперационный рубец мало заметен. Кроме того, плотная мелкозернистая жировая ткань ягодичной области при пересадке меньше теряет в объеме, чем крупнозернистый жир брюшной области. Эпидермис с донорского участка на бедре удаляют дерматомом: при необходимости этот трансплантат может быть использован для закрытия донорской раны.

Если донорский участок расположен в области бедренно-ягодичной складки, эпидермис кожи удаляют скальпелем. Затем иссекают трансплантат, включающий деэпидермизированную кожу с подлежащим слоем подкожной жировой клетчатки несколько больших размеров, чем величина западения на лице.

Трансплантату придают форму дефекта, подлежащего замещению. Края трансплантата в нескольких местах прошивают полиамидными нитями, вводят в подготовленный подкожный раневой карман и закрепляют с помощью полиамидных нитей, которые через кожу выводят наружу и завязывают над валиками из йодоформной марли. Если возможно, трансплантат фиксируют в кармане и кетгутowymi швами.

А.Г.Мамонов (1980) скальпелем перфорирует дерму трансплантата частыми насечками, расположенными в шахматном порядке, в расчете на достижение большего растяжения трансплантата и создания препятствия к сокращению дермы. Кроме этого, через перфоративные отверстия в трансплантате предполагаются более быстрое прорастание тканей из глубины раны и закрепление трансплантата в приданом положении.

Рану на лице зашивают послойно: кетгутые швы накладывают на подкожную жировую клетчатку, швы полиамидной нитью или конским волосом- на кожу, оставив в нижнем углу раны под кожей дренаж на 48 ч. После операции накладывают давящую повязку

на 10-15 дней. Швы снимают на 12-13-й день. Корректирующую операцию для удаления избытка трансплантата надлежит выполнять не ранее чем через 1-1,5 года после операции.

Свободная пересадка сложных трансплантатов

Термин «сложный трансплантат» или лоскут в отечественной литературе постепенно получает признание. До недавнего времени сложный трансплантат определяли под такими названиями, как «комбинированный», «сочетанный», «костно-тканевой», «составной» трансплантат и др. Наиболее подходящим и общепризнанным за рубежом является термин «сложный трансплантат», под которым понимают трансплантат или лоскут, состоящий из тканей различного зародышевого происхождения, например кожно-жировой или слизисто-мышечный трансплантаты, где кожа является эктодермального, жировая клетчатка и хрящ-мезодермального, а слизистая оболочка-энтодермального происхождения.

Пересадки сложных трансплантатов имеют ряд преимуществ по сравнению с пересадками однородных тканей, прежде всего благодаря возможности одномоментно восполнить покровную и опорную ткань, близкую по фактуре и цвету к потерянным.

Первая в мире свободная пересадка сложного трансплантата была осуществлена в 1898 г. русским хирургом К. П. Суловым. Он взял кусочек завитка ушной раковины, состоящей из кожи и хряща, и пересадил в область носа больного с тем, чтобы заместить дефект крыла.

Главные преимущества, существенно расширяющие возможности пластики сложными трансплантатами из ушной раковины, согласно нашему опыту, состоят в том, что здесь можно получать гораздо большие по величине трансплантаты при сохранении размеров донорской ушной раковины, в то время как любой ранее известный способ неизбежно ведет к уменьшению ушной раковины. Поэтому указанный путь является качественно новым, имеющим большие перспективы. Теперь, помимо сложных трансплантатов из уха, известно много вариантов сложных трансплантатов, взятых из разных тканей, например кожно-жировой, слизисто-хрящево, кожно-мышечный, кожно-волосистый, костно-мышечный, кожно-мышечно-слизистый, слизисто-мышечный, кожно-сосудистый и др.

Студент должен знать:

- анатомические особенности строения кожи, хряща, кости, жира и др. тканей ЧЛЮ;
- виды трансплантатов используемых в ЧЛЮ;
- особенности различных трансплантатов используемых в ЧЛЮ;
- показания к применению свободного кожного лоскута;
- показания к применению хрящевых трансплантатов;
- преимущества и недостатки пересаживаемых трансплантатов;
- показания к использованию костных трансплантатов (ауто-, аллотрансплантатов).

Студент должен уметь:

- провести опрос больного, обследовать область дефекта;
- определить показания для свободной пересадке кожи;
- накладывать повязки после проведения свободной пластики тканей;
- проводить уход и кормление больных после пластических операций.

Интерактивный метод: Кто больше? Кто быстрее?

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Для создания формы носа при седловидной форме необходима операция:

- A) хондропластика *
- B) костная пластика
- C) кожная пластика
- D) пластика лоскутом на ножке
- E) нет правильного ответа

2. При гемиатрофии лица хороший эффект дает:

- A) свободная пластика жира *
- B) хондропластика
- C) костная пластика
- D) кожная пластика
- E) нет правильного ответа

3. Толщина кожного лоскута по Тиршу:

- A) 0,2-0,3 мм *
- B) 0,1 мм
- C) 0,4-0,5 мм
- D) во всю толщину
- E) нет правильного ответа

4. Толщина кожного лоскута по Краузе:

- A) 0,1 мм
- B) 0,2-0,3 мм
- C) 0,4-0,5 мм
- D) вся толща кожи *
- E) нет правильного ответа

5. Толщина кожного расщепленного лоскута:

- A) 0,4-0,5 мм *
- B) 0,2-0,3 мм
- C) на всю толщину
- D) 0,1 мм

- D) нет правильного ответа
6. Особенность пересадки кожного лоскута по Ривердену:
- A) кусочками размером 0,5-0,7 см *
 - B) во всю толщину
 - C) поверхностный слой кожи
 - D) кусочками размером 5-7 см
 - E) нет правильного ответа
7. Автор метода пластики кончика носа с ушной раковины:
- A) Суслов *
 - B) Кбяндский
 - C) Лимберг
 - D) Вернадский
 - E) Реверден
8. Свободной пересадкой кожи называется:
- A) пересадка кожного ауто трансплантата*
 - B) перенос кожи стебельчатого лоскута
 - C) перемещение кожного лоскута на ножке
 - D) перемещение кожного лоскута ни микроанастомозе
 - E) перемещение встречных треугольных лоскутов

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Особенности лоскута по Тиршу:
- A) тонкий 0,2-0,4 мм
 - B) на всю толщину кожи
 - C) хорошо приживается
 - D) плохо приживается
 - E) расщепленный лоскут
- 1) AC* 2) AB 3) AD 4) AE 5) DE
2. Особенности лоскута по Краузе:
- A) эластичный
 - B) плохо приживается
 - C) хорошо приживается

D) тонкий

E) расщепленный

1) АВ* 2) ВС 3) CD 4) DE 5) BD

3. Для хорошего приживления лоскута необходимо:

A) ровное прилегание

B) нормированное давление

C) неравномерное давление

D) отсутствие давления

E) нет правильного ответа

1) АВ* 2) ВС 3) CD 4) DE 5) BD

4. На кожу лица нельзя пересаживать лоскут:

A) по Ревердену

B) перфорированный

C) по Педжету

D) по Тиршу

E) расщепленный

1) АВ* 2) ВС 3) CD 4) DE 5) BD

5. Пересадку свободного лоскута кожи можно проводить:

A) при дефекте кожи

B) при дефекте слизистой

C) в костную полость

D) в кистозную полость

E) при сквозных дефектах

1) АВ* 2) ВС 3) CD 4) DE 5) BD

6. Дерматомы для взятия лоскута кожи называются:

A) дерматом Колокольцева

B) дерматом Педжета

C) дерматом Рауэра

D) дерматом Михельсона

E) дерматом Вернадского

1) АВ* 2) ВС 3) CD 4) DE 5) BD

7. Кожная пластика свободным лоскутом кожи может быть:

- A) первичной
- B) вторичной
- C) третичной
- D) двухэтапной
- E) трехэтапной

1)AB* 2)BC 3)CD 4)DE 5)BD

8. Биологические особенности хряща:

- A) бессосудистый
- B) обменные процессы снижены
- C) обменные процесс повышены
- D) быстро инфицируется
- E) развита сосудистая сеть

1)AB* 2)BC 3)CD 4)DE 5)BD

9. При свободной пересадке кожи используются методы:

- A) Тирша
- B) Педжета
- C) Блер-Бровна
- D) Лимберга
- E) Обуховой

1) ABC* 2) ABD 3) ABE 4) BCD 5) BDE

10. Показанием к применению свободной пересадки кожи являются:

- A) послеоперационные дефекты кожи
- B) дефекты кожи и подкожной клетчатки при свежей травме
- C) гранулирующая ожоговая рана
- D) сквозные дефекты
- E) дефекты тканей до кости

1) ABC* 2) ABD 3) ABE 4) BCD 5) BDE

11. Показанием для проведения первичной костной пластики является дефект челюсти после:

- A) удаления доброкачественных опухолей челюсти

- В) перелома нижней челюсти с дефектом кости
 - С) устранения нижней микрогнатии
 - Д) постлучевой некрэктомии
 - Е) удаления злокачественных опухолей
- 1) ABC* 2) ABD 3) ABE 4) BCD 5) BDE

Ситуационные задачи:

1. Больному 60 лет по поводу рака нижней губы T₃N₁M₀ в онкологическом диспансере произведена операция удаления опухоли губы, резекция переднего отдела нижней челюсти, фасциально – футлярное иссечение шейной клетчатки с перевязкой наружных сонных артерий.

После операции прошло два года. Рецидива нет.

При осмотре: тотальный дефект нижней губы, при пальпации отсутствует подбородочный отдел нижней челюсти и ткани подъязычной области. Отмечается слюнотечение. Боковые фрагменты нижней челюсти удерживаются шиной Ванкевич.

Определите возможность восстановления дефицита тканей нижнего отдела лица методом пластической микрохирургии.

Ответ: Операция переноса тканей на сосудистой ножке возможна, если функционирует верхняя щитовидная артерия. Для выяснения этого за 2-3 недели до операции делают ангиографию сонной артерии.

2. В клинику поступил больной со скальпированной раной лобно-теменной области.

При осмотре в лобно-теменной области имеется рана, дефект тканей размером 10x13 см. Края раны в виде лоскутов. Дном раны является кортикальная пластинка черепной кости.

Произведена первичная хирургическая обработка раны с возмещением тканей кожно-фасциальным лоскутом из паховой области справа.

Поверхностные паховые артерии и вены ушиты с предварительно обнаженными поверхностной височной артерией и веной.

Какие клинические проявления характеризуют жизнеспособность лоскута?

Какие осложнения могут возникнуть в послеоперационном периоде?

Ответ: температура, цвет, пульсация сосудов.

К осложнениям послеоперационного периода относят: нагноение раны, некроз лоскута, кровотечение.

3. Поступила больная 20 лет с обширной капиллярной гемангиомой правой половины лица, а) Составьте план лечения, б) определите способ лечения, в) определите толщину пересаживаемого лоскута.

Ответы: а) обследование больной, выбор места взятия донорской кожи, б) удаление опухоли с одномоментной пересадкой кожи, в) по косметическим и функциональным соображениям толщина лоскута должна составлять 0,5-0,7 мм (расщепленный лоскут).

4. У больной с дефектом носа заготовлен филатовский стебель на левой боковой поверхности живота размером 10x24 см. В послеоперационном периоде произошло расхождение на материнской почве образовалась гранулирующая рана размером 5x7 см. а) Определите способ закрытия раны, б) Определите материнскую почву для взятия лоскута кожи, в) определите метод свободной пересадки кожи.

Ответы: а) закрытие дефекта свободной кожей, б) кожу нужно взять с правой стороны живота, в) пересадка кожи по Ривердену.

5. У больной на коже лба имеется невус размером 2x2 см, который в последнее время стал увеличиваться в размере и травмироваться, а) Наметьте план лечения, б) определите место взятия трансплантата, в) определите толщину трансплантата и метод фиксации.

Ответы: а) удаление опухоли отступя от края 1-2 мм с пересадкой кожи, б) подготовить место взятия кожи - позадиушная область, так как там по качеству кожа соответствует коже лба. в) из эстетических соображений используется толстый лоскут по Краузе.

Раздаточный материал

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

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 дефекта, другой - обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр (визуальный, пальпаторный - 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 анализу дефекта; определению глубины и величины дефекта; выявление нарушений функции органов т.е. открывание рта, глаз, век и т.д.; проводить измерения с помощью линейки.

Мануальные навыки

«Свободная кожная пластика дефектов ЧЛО»

Цель: Определить показания к кожной пластике.

Показания: наличие рубцов, дефектов кожи при травме, опухолях кожи.

Оснащение: больные (волонтеры), поролон толщиной 1 см, размером 15x30 см, линейка, пинцет, скальпель, хирургические иглы, шовный материал, отмытая рентгеновская пленка, иглодержатель.

Выполнение мануального навыка.



1. Определить размер дефекта кожи.

8



2. Иссечь рубец.

10



3. Размер образовавшегося дефекта перенести на прозрачную рентгеновскую пленку или стерильную салфетку.

16



4. В зависимости от размера дефекта и локализации определить толщину трансплантата.

20



5. Перенести размер дефекта на донорскую часть.

10



6. Иссечь кожу по размеру дефекта.

8



7. Перенести свободный



8. Концами лигатур фиксировать давящую

| | | | |
|--------------------------------|--|-----------------|--|
| лоскут на рану и ушить. | | повязку. | |
| 14 | | 14 | |

Рекомендуемая литература

- основная

Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2003 г.

- дополнительная

1. Михельсон Н.М. «Восстановительные операции ЧЛЮ».-М.; Медицина. 1962г. с.197-213

3. Бернадский Ю.И. «Травматология и восстановительная хирургия челюстно – лицевой области».-Киев, 1995г., стр. 113-124

2. Неробеев А.И., Плотников Н.А. «Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области».- М.; Медицина. 1997г. с.64-68

3. Ю.И.Бернадский «Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области» Киев 1985 г., стр 102-110

4. Баллон Л.Р.; Костур Б.К. «Возмещение дефектов ЧЛЮ и органов шеи» М. 1989 г. стр. 95-117

Тема № 14

ПЛАСТИКА ФИЛАТОВЫМ СТЕБЛЕМ: ПОКАЗАНИЯ К ПОДГОТОВКЕ ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ. ЭТАПЫ МИГРАЦИИ СТЕБЛЯ К ОБЛАСТИ ДЕФЕКТА. РАСПЛАСТЫВАНИЕ СТЕБЛЯ. ОСЛОЖНЕНИЯ.

Технологическая карта практического занятия.

| | | |
|----------------------------------|---------------|-------------|
| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
| | Преподаватель | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>1-этап</p> <p>Введение в учебное занятие</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают</p> <p>Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
|--|--|---|

| | | |
|----------------|---|---|
| 2- этап | 2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Даётся заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради. | Отвечают на вопросы и обсуждают их |
| Основная часть | | |
| 25- минут | | Задают поясняющие вопросы |
| 15- минут | 2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3) | Обсуждают материалы игры Задают вопросы |
| 15- минут | 2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её. | Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему. |
| 5- минут | 2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”. | Слушают |
| 10- минут | 2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2) | |
| 50- минут | 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). | Решают тесты. |
| 40- минут | | Курируют больных |
| 20- минут | Перемена | |
| | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают |
| 3- этап | | Задают вопросы |
| Заключительный | | |
| 40- минут | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| 10- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Особенности строения кожи и подкожной жировой клетчатки челюстно-лицевой области.

2. Показания и противопоказания к применению стебля Филатова

3. Выбор места формирования стебля Филатова на теле
4. Методика и техника заготовки стебля Филатова
5. Модификации стебля Филатова
6. Способы миграции стебля к месту дефекта
7. Острый и ускоренный стебель Филатова, показания к их использованию
8. Уход за больным в послеоперационном периоде
9. Осложнения и ошибки при заготовке стебля Филатова

Содержание занятия

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 в 1935 году, но так как впервые опубликовал Филатов, то приоритет данного метода остался за Филатовым.

Показанием к применению данного метода являются обширные и сквозные дефекты лица.

Выбор места для образования стебля зависит от ряда факторов, среди которых основными являются следующие: величина дефекта, цвет кожи и наличие волос, косметические соображения, естественные запасы кожи. При этом следует учитывать и удобство перемещения стебля к месту дефекта с целью уменьшения этапов миграции.

При замещении обширных дефектов лица, требующих значительного количества пластического материала, для образования стебля наиболее удобна боковая поверхность живота. В этом месте имеются большие запасы кожи и подкожной клетчатки. При сильно выраженном волосяном покрове на коже живота и потребности в стебле больших размеров его можно образовать на боковой поверхности груди параллельно ребрам. Небольшой стебель можно сформировать на внутренней поверхности плеча или предплечья. От образования стебля на шее, особенно у женщин, следует воздержаться по косметическим соображениям. Не следует формировать стебельчатые лоскуты в области суставов, так как образующиеся рубцы в дальнейшем могут значительно ограничить подвижность конечности. Стебель со спины не получил широкого применения из-за трудности перемещения к месту дефекта и положения в послеоперационном периоде, неудобного для больного.



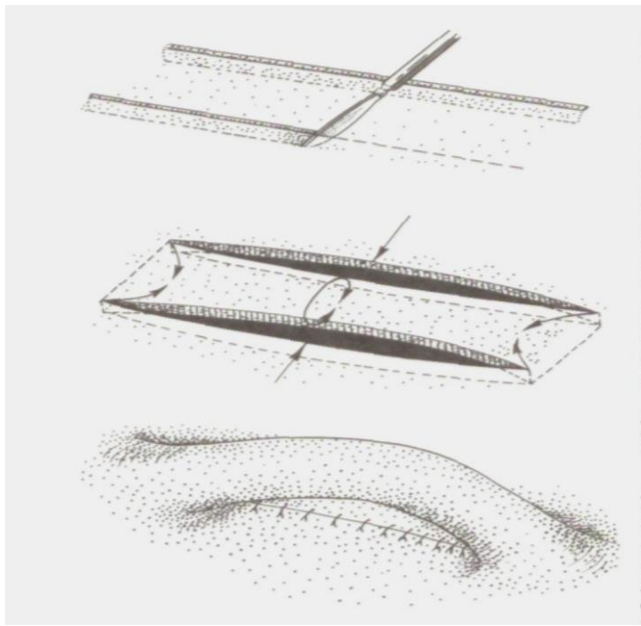
На рис. показаны участки тела, которые могут быть использованы для формирования стебельчатого лоскута.

Естественные запасы тканей на месте формирования стебля определяют, захватывая складку кожи двумя пальцами. Этим способом устанавливают максимальную ширину кожно-жировой ленты, которую можно иссечь на данном участке тела. При формировании стебля кожно-жировую ленту выкраивают так, чтобы отношение длины к ширине было 3:1. Такое соотношение обеспечивает достаточное питание стебля как непосредственно после его формирования, так и при переносе одной из ножек на новое место. При образовании ускоренного стебля, когда одну ножку сразу же переносят на новое место, отношение длины к ширине должно составлять 2:1.

При планировании операций с использованием стебля очень важно определить необходимое количество пластического материала. Это особенно важно, когда требуется воссоздать сразу несколько органов лица. В этих случаях перед началом восстановительных операций необходимо провести тщательный анализ дефекта. Этот анализ включает в себя как объемное представление о дефекте, так и подсчет суммарной площади потери покровов кожи и слизистых оболочек. Площадь дефекта слизистых оболочек, как правило, приравнивается к площади дефекта кожного покрова. Кожная поверхность стебля с учетом потери тканей во время этапов пластики, по нашим данным, должна быть примерно на 15-20% больше площади замещаемого дефекта.

Таким образом, предварительное поэтапное планирование включает как определение количества пластического материала, очередность восстановления утраченных органов, так и подготовку тканей краев дефекта. Важное течение в планировании восстановительных операций имеет рациональный выбор первичного места вшивания стебля, чтобы последний как можно более анатомично вписался в общую конфигурацию лица.

Из всех существующих методов формирования стебля наиболее часто применяют классический метод, предложенный В.П.Филатовым. Формирование стебля начинают с выкраивания кожной ленты необходимой длины и ширины (см. рис.). Ее ширина может быть от 2 до 10 см, длина - от 5 до 40 см.



На планируемом участке (обязательно до обезболивания) кожа собирается в складку и намечается в первую очередь ширина лоскута, которая является питающей, и от намеченных точек проводятся два параллельных разреза необходимых размеров, рассекая только кожу. По сокращению кожи рассекают подкожную жировую клетчатку. Если для пластики необходимо много жира, то подкожную жировую клетчатку берут во всю ее толщину до фасции. В этом случае отслойка жирового слоя от фасции может быть произведена тупым инструментом. У тучных больных приходится расслаивать клетчатку и брать только необходимую толщину.

При расслоении нужно следить, чтобы толщина жировой клетчатки на всем протяжении была одинаковой. С целью предупреждения нарушения кровоснабжения стебля не следует производить отслойку жировой клетчатки за пределы концов ленты. Включить в состав стебля фасцию, как показывает опыт большинства клиник, нет необходимости.

После образования кожно-жировой ленты на двух питающих ножках мобилизуют края раны на донорском участке и производят тщательный гемостаз. На донорский участок (у основания ножек и в центре) накладывают три направляющих шва шелком, после чего кожно-жировую ленту свертывают в стебель и наглухо зашивают. Если ширина выкроенной ленты превышает ширину складки кожи, которая свободно собирается между двумя пальцами, то при сшивании краев раны на донорском участке возникает значительное натяжение. В этих случаях наносят послабляющие разрезы или закрывают дефект свободной пересадкой расщепленного кожного трансплантата. Наиболее трудным моментом операции образования стебля является наложение швов под ножками стебля, особенно при значительном натяжении тканей. Операция образования стебля заканчивается наложением повязки.

Во избежание мацерации стебля от соприкосновения с донорским участком под него подводят марлевые салфетки в три-четыре слоя. По обе стороны от стебля располагают ватно-марлевые валики, которые предохраняют его от сдавления. Стебель покрывают легкой повязкой из двух-трех слоев марли и укрепляют ее клеолом или пластырем. Как правило, стебель не бинтуют из-за опасности его сдавления. Стебельчатые лоскуты могут быть сформированы с тремя или четырьмя ножками. Такие стебли носят название многолопастных и применяются в основном при пластике носа. Одной из разновидностей стебельчатого лоскута является прерывистый стебель, имеющий промежуточные питающие ножки. Прерывистый стебель применяют в тех случаях, когда требуется получить жизнеспособный длинный стебель. В настоящее время для получения большого количества пластического материала преимущественно пользуются несколькими стеблями.

За последние годы предложены и разработаны новые методы формирования стеблей, получивших название плоских. В основе образования плоских стеблей положена комбинированная кожная пластика.

В 1956 г. А. К. Тычинкина предложила закрывать раневую поверхность стебля и материнского ложа свободными кожными трансплантатами. Эта идея в последующем нашла многих сторонников [Хитров Ф. М., 1966; Чудаков О. П., 1972. и др.]. В 1976 г. В. С. Бондарь описал оригинальный способ формирования плоских ромбовидных стеблей, где внутренняя поверхность лоскута создавалась за счет выкраивания двух треугольных лоскутов. Суть модификации сводится к следующему. На соответствующем участке кожи намечают мостовидный лоскут необходимой длины и ширины. С обеих сторон этого лоскута выкраивают два треугольных лоскута. Основание этих треугольных лоскутов равно ширине мостовидного лоскута. После отсепаковки кожи с включением в неё необходимой толщины подкожной жировой клетчатки треугольные лоскуты подворачивают под мостовидный лоскут и сшивают между собой. Таким образом, получается уплощенная форма стебля с удвоенной кожной поверхностью. Рана на материнской почве закрывается местными тканями, а основная ее часть покрывается свободным кожным трансплантатом.

Плоские эпителизированные лоскуты нашли применение при замещении сквозных дефектов лица, неба и особенно глотки и шейной части пищевода.

В послеоперационном периоде из-за значительного натяжения кожи, особенно под ножками стебля, иногда имеют место мацерация и расхождение швов с последующим заживлением раны вторичным натяжением. В основу наиболее рациональных методов положено выкраивание у ножек стебля на материнской почве дополнительных треугольных лоскутов (Шефтель, Лимберг, Кьянский, Жак). Эти лоскуты, перемещенные под ножку стебля, не только устраняют совпадение линии швов стебля и материнской почвы, но и снимают натяжение кожи, чем способствуют улучшению кровоснабжения тканей стебля.

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:

- на двух питающихся ножках (в виде чемоданной ручки);
- острый стебель, когда одна из ножек сразу подшивается к раневой поверхности;
- ускоренный, когда одна из ножек переносится к предплечью (1:2).

В послеоперационном периоде стебель требует тщательного ухода. Первая перевязка должна быть произведена на 2-й день после операции и удалена повязка, пропитанная кровью. При хорошем заживлении стебель в послеоперационном периоде остается теплым, нормальной окраски. Первые осложнения могут быть связаны с нарушением кровообращения в стебле: появляется цианоз кожи стебля, образуются пузыри (отслойка эпидермиса) или наступает его омертвление. При значительном напряжении кожи- плотности тканей стебля необходимо сразу же нанести несколько небольших продольных насечек на его поверхности.

Для предупреждения нарушений кровообращения применяют в первые 3-4 дня после операции гипотермию, обкладывая стебель резиновыми пузырями со льдом. При охлаждении в стебле замедляются обменные процессы, что делает его ткани менее чувствительными к нарушению питания. Если возникают воспалительные явления в области стебля или на донорском участке, то необходимо снять один-два шва и края раны немного развести.

Гематому в стебле немедленно опорожняют. В случае частичного поверхностного некроза стебля после демаркации следует иссечь омертвевшую кожу и закрыть дефект кожи лоскутом на ножке с донорского участка по Рауэру.

При неосложненном послеоперационном периоде швы на донорском участке снимают на 9- 10-й день. При значительном натяжении швы оставляют до 12 - 14-го дня. Швы на стебле снимают на 10-12-й день.

Миграция стебля. Сроки пересадки стебля тесно связаны со сроками восстановления артериальных анастомозов между сосудами его ножек. Первые 4- 5 дней жизнеспособность стебля обеспечивается сосудами, которые включены в ножки и расположены преимущественно на границе кожи с подкожной жировой клетчаткой. В дальнейшем начинается образование новых анастомозов между сосудами ножек стебля.

Эти анастомозы появляются на 4-5-е сутки. Через 7 сут артериальная сеть хорошо выражена. К 14 - 18-м суткам развивается мощная артериальная сеть, которая обеспечивает достаточное кровоснабжение тканей стебля через одну ножку. Эти сроки могут быть признаны оптимальными для переноса стебля. Однако, учитывая индивидуальные особенности восстановления сосудистых анастомозов, большинство клиницистов рекомендуют производить пересадку стебля через 21 сут после операции.

Кровоснабжение острого стебля обеспечивается также артериями питающей ножки и постепенно развивающейся артериальной сетью. По данным Е. В. Груздковой (1967), анастомозы между сосудами ложа и мигрированной ножкой острого стебля видны на рентгенограммах к 13-м суткам, а к 21-м суткам содержат равномерно развитую сеть на всем протяжении.

Для улучшения кровообращения и оттока после снятия швов больному проводится тренировка стебля и подготовка стебля к следующему этапу операции. 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 31⁰С. 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.

Способ перемещения стебля к месту дефекта зависит от места его формирования. При образовании стебля на верхней конечности, шее или груди после его созревания одна из ножек сразу же переносится к краю дефекта на лицо. С отдаленных участков тела для переноса стебля пользуются промежуточным этапом, вшивая одну ножку стебля на руку (кисть или предплечье). Эта методика дает возможность быстро перемещать стебли к месту дефекта. Миграция стебля гусеничным шагом, т.е. постепенное перемещение его к месту дефекта, в настоящее время почти не применяется, так как при этом затрачивается много времени на промежуточные этапы и, что очень важно, стебель значительно укорачивается в результате рубцевания.

Вшивание ножек стебля на новое место производят полулунным разрезом. При вшивании ножки на новое место необходимо на конце стебля оставить некоторое количество жировой клетчатки, которая, подобно пробке, входит в образованное ложе. Такое мероприятие уменьшает возможность образования гематомы и в дальнейшем создает более благоприятные условия для быстрого восстановления сосудистых связей между ложем и стеблем.

Заключительным этапом пластики является распластывание стебля для замещения дефекта и формирования органа.

После окончательного формирования органа из стебельчатого лоскута восстановление чувствительности начинается через 4 - 6 нед и происходит от периферии к центру со стороны окружающих нормальных тканей. Сначала восстанавливается болевая, затем тактильная и, наконец, температурная чувствительность.

Студент должен знать:

- анатомию-топографические особенности кожи и подкожно- жировой клетчатки;
- показания и противопоказания к заготовке стебля Филатова;
- методы заготовки стебля Филатова;
- место заготовки стебля на теле;
- размеры стебля, необходимые для устранения дефекта;
- особенности пластики носа по Хитрову;
- подготовка стебля к миграции (тренировка).

Студент должен уметь:

- провести опрос больного, обследовать область дефекта и определить его величину;
- определить размеры формируемого стебля Филатова в зависимости от величины дефекта;
- по одной из методик сформировать стебельчатый лоскут на поролоне;
- провести надежную фиксацию стебля при его миграции;
- ухаживать за стеблем и подготовить его к миграции.

Интерактивный метод: Паутина.

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Обширные дефекты мягких тканей лица восстанавливают?
 - A) путем перемещения треугольных лоскутов по краю дефекта
 - B) путем перемещения лоскутов на ножке
 - C) тканями стебля Филатова *
 - D) свободной кожной пластикой
 - E) путем освежения краев дефекта и ушивания их стягиванием
2. Соотношение длины к ширине стебля, заготовленного на двух ножках:

A) $1/3$ *

B) $1/4$

C) $1/5$

D) $1/10$

E) $1/6$

3. Соотношение длины к ширине стебля при заготовке ускоренного стебля:

A) $1/2$ *

B) $1/4$

C) $1/5$

D) $1/3$

E) $1/6$

4. Круглый стебель был впервые предложен:

A) Филатовым *

B) Бернадским

C) Хитровым

D) Шефтелем

E) Лимбергом

5. Методика заготовки стебля Филатова была описана в?

A) 1916 году *

B) 1912

C) 1898

D) 1906

E) 1896

6. При заготовке ускоренного стебля операция сокращается на:

A) 1 этап *

B) 2 этапа

C) 3 этапа

D) 4 этапа

E) нет правильного ответа

7. Филатовский стебель одномоментно формирующийся и подшивающийся к месту дефекта называется

- A) острым *
- B) шагающим
- C) ускоренным
- D) классическим
- E) прерывистым

8. Назовите автора метода пластики суб – и тотальных дефектов носа стеблем Филатова

- A) Хитров Р.М. *
- B) Бернадский Ю.И.
- C) Кабаков Б.Д.
- D) Шефтель М.П.
- E) Лимберг А.А.

ТЕСТЫ II-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Круглый стебель Филатова содержит:

- A) кожу
- B) подкожную жировую клетчатку
- C) хрящ
- D) кость
- E) апоневроз

1) АВ * 2) АС 3) AD 4) АЕ 5) ED

2. Соотношение сторон при заготовке стебля Филатова может быть:

- A) 1/3
- B) 1/2
- C) 1/5
- D) 1/4
- E) 1/1

1) АВ * 2) АС 3) AD 4) АЕ 5) ED

3. Методы миграции стебля Филатова:

- A) шагающий
- B) по Парину (используя «табакерку»)
- C) по Хитрову
- D) по Лимбергу
- E) по Бернадскому

1) АВ* 2) АС 3) AD 4) АЕ 5) ED

4. Некроз стебля может наступить при:

- A) нарушении техники операции
- B) излишнем натяжении тканей
- C) правильном соблюдении соотношения длины к ширине
- D) миграции ножки стебля позже 5 недель
- E) тренировке стебля

1) AB * 2) AC 3) AD 4) AE 5) ED

5. Отрицательной стороной метода Филатовского стебля является:

- A) многоэтапность
- B) дешевизна
- C) техническая простота
- D) косметичность
- E) возможность переноса только кожи и подкожной клетчатки

1) AE * 2) AB 3) AC 4) AD 5) DE

6. Стебель Филатова чаще всего формируют на:

- A) спине
- B) внутренней поверхности плеча
- C) предплечье
- D) внутренней поверхности бедра
- E) передне – боковой поверхности живота

1) BE * 2) ABC 3)AD 4)AE 5)ED

Ситуационные задачи:

Ситуационная задача №1. Больной 40 лет поступил с диагнозом «субтотальный дефект нижней губы справа» после онкологической операции 3 года назад. Величина дефекта 5см по длине и 4см по высоте.

1. Определите методику возмещения дефекта тканей губы и размеры предполагаемого стебельчатого лоскута.
2. Определите, сколько этапов операций предстоит для завершения пластики губы.
3. Какой вид заготовки Филатовского стебля можно использовать для уменьшения этапности?

Ответ:

1. Если величина дефекта составляет 5см по длине и 4см по высоте, то размер предполагаемого стебля составляет 12:6см.

2. Первый этап – заготовка стебля, второй – перенос стебля на руку, третий – перенос стебля к месту дефекта, четвертый – отсечение стебля от предплечья, пятый – закрытие дефекта, шестой этап и последующие операции для коррекции губы.

3. Использование ускоренного стебля сомнительно. Необходимо заготовить стебель на 2-х ножках.

Ситуационная задача №2. У больного субтотальный дефект носа после травмы. Необходимо закрыть дефект с помощью круглого стебля Филатова.

1. Какого размера стебель необходимо заготовить?
2. Сколько этапов операции предстоит сделать?
3. Как обозначаются ножки стебля Филатова при его миграции?

Ответ:

1. Стебель по Хитрову 10*24 см
2. 4 этапа
3. одна – питающая, другая – мигрирующая

Ситуационная задача №3. У больного после заготовки стебля Филатова на животе с выраженной подкожной клетчаткой отмечаются побледнение и похолодание его.

1. Какие погрешности операции могут привести к нарушению питания стебля?
2. Какие мероприятия необходимо провести для улучшения состояния стебля?

Ответ:

1. Нарушение техники формирования стебля, неравномерное рассечение подкожно – жировой клетчатки.
2. Распутить швы, выпустить гематому, ввести дренаж в рану, постельный режим.

Раздаточный материал

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

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" – насколько корректно, логично целенаправленно со знанием темы проводит обследование больного. Каждой группе даётся задание сформировать стебель Филатова на поролоне по методике Лимберга А.А., Баллон Л.Р., Мухина М.В.

Мануальные навыки

«Формирование стебля Филатова по Мухину»

Цель: Освоить способы формирования стебельчатого лоскута.

Показания: наличие дефекта мягких тканей ЧЛЮ.

Оснащение: поролон толщиной 1 см, размером 15х30 см, линейка, пинцет, скальпель, хирургические иглы, иглодержатель, шовный материал.

Выполнение мануального навыка.

| | | |
|---|--|---|
|  |  |  |
| 1. Нанести параметры стебля. На концах параллельных разрезов начертить треугольники по Мухину. | 2. Рассечь ткани по начерченным линиям | 3. Отсепаровать ленту и треугольники. |
| 20 | 15 | 15 |

| | | |
|--|---|--|
|  |  |  |
| 4. Свернуть ленту в трубочку и ушить. | 5. Ушить материнскую почву. | 6. Наложить асептическую повязку |
| 15 | 20 | 15 |

Рекомендуемая литература

- основная

Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 1999 г. с. 550-559

- дополнительная

1. Михельсон Н.М. «Восстановительные операции ЧЛО».-М.; Медицина. 1962г. с.197-213
 3. Бернадский Ю.И. «Травматология и восстановительная хирургия челюстно – лицевой области».-Киев, 1995г., стр. 113-124

2. Неробеев А.И., Плотников Н.А. «Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области».- М.; Медицина. 1997г. с.64-68

3. Ю.И.Бернадский «Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области» Киев 1985 г., стр 102-110

4. Баллон Л.Р.; Костур Б.К. «Возмещение дефектов ЧЛЮ и органов шеи» М. 1989 г. стр. 95-117.

Практическое занятие № 15

ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДОВ МИКРОХИРУРГИИ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|---|---|
| | Преподаватель | |
| 1-этап | | |
| Введение в учебное занятие 10- минут | 1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия. | Слушают и записывают |
| 10- минут | 1.2. Дать список литературы (приложение №1) | Слушают и записывают |
| 15- минут | 1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия. | Отвечают на вопросы |
| 5- минут | 1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2) | Слушают |
| 2- этап | | |
| Основная часть 25- минут | 2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради. | Отвечают на вопросы и обсуждают их |
| 15- минут | 2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3) | Задают поясняющие вопросы Обсуждают материалы игры Задают вопросы |
| | 2.3. Самостоятельный анализ концептуальной | Самостоятельно |

| | | |
|----------------|---|--|
| 15- минут | таблицы органоайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её. | заполняют лист анализа, решают проблему. |
| 5- минут | 2.4. Презентация концептуальной таблицы органоайзера “Рыбьего скелета”. | Слушают |
| 10- минут | 2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2) | Решают тесты. |
| 50- минут | 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). | Курируют больных |
| 40- минут | Перемена | |
| 20- минут | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают |
| 3- этап | | Задают вопросы |
| Заключительный | | |
| 40- минут | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| 10- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают и сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы:

1. История развития метода перемещения лоскутов с применением микрососудистой техники.
2. Техническое оснащение пластической микрохирургии.
3. Показания к пересадке тканей на микрососудистых анастомозах.
4. Основные принципы операций пересадки лоскута на сосудистой ножке.
5. Этапы операции.
6. Виды лоскутов для замещения дефектов ЧЛЮ.
7. Определение жизнеспособности пересаженных лоскутов.

Содержание занятия

Операции свободного перемещения сложных лоскутов с применением

микрососудистой техники

Краткая история развития метода

Обнаружение в организме участков регионарного, или замкнутого кровообращения, а также усовершенствование микрохирургической техники, используемой при сшивании сосудов малого диаметра, позволили отказаться от питающей ножки и выполнять свободный перенос сложных лоскутов с донорских участков с немедленной реваскуляризацией на новом месте.

Впервые операционный микроскоп для сшивания сосудов диаметром 1—1,5 мм применили J. Jacobson и E. Suarez (1960), доказав, что наложение швов под оптическим увеличением не вызывает сужения просвета сосуда и, следовательно, не влияет на количество протекающей через него крови. Главное условие, необходимое для свободного переноса сложного лоскута с микрососудистыми анастомозами—строго осевой характер строения донорского участка. Если лоскут способен к перемещению на узкой сосудистой ножке, то его можно перенести свободно и после временного пересечения сосудов с немедленным сшиванием их вновь с сосудами на другом участке.

T. Krizek и соавт. (1965) в эксперименте на собаках удалось перенести кожно-фасциальные лоскуты с живота размером 20x14 см. включавшие молочные железы, на раневую поверхность, созданную в области шеи. Анастомозы были наложены между нижней поверхностной надчревной артерией, идущей в лоскут (для облегчения оперативной техники она была взята вместе с частью бедренной артерии), и сонной артерией, яремной вены и веной лоскута. В 19 случаях из 20 авторы добились полного приживления пересаженной ткани. В. Strauch и D. Murray (1967) выполнили аналогичную операцию в опытах на крысах, и в 10 случаях из 13 лоскут успешно прижил, несмотря на то что диаметр сосудов был меньше 1 мм.

В 1971 г. N. Anita и соавт. впервые произвели пересадку реваскуляризированной подкожной жировой клетчатки с передней стенки живота на лицо. Жировой лоскут был выкроен вместе с нижней надчревной артерией, наложены микрососудистые анастомозы между артерией и веной лоскута и наружной сонной артерией и яремной веной. Через несколько месяцев отмечено значительное рассасывание жира, очевидно, вследствие тромбоза сосудов (использован недостаточно совершенный шовный материал — нить 7/0). В 1972 г. для закрытия обширного дефекта теменной области D. M. Lean и H. Buncke пересадили большой сальник с питающими сосудами, после наложения микроанастомозов между сосудами сальника и височными артерией и веной кровоснабжение в пересаженной ткани было восстановлено, лоскут прижил. Основополагающими следует считать операции по свободному переносу кожно-фасциальных лоскутов из паховой области с микрососудистыми анастомозами, проведенные в 1973 г. независимо друг от друга хирургами в Японии, США и Австралии [Nagii K. et al., 1973; Taylor J. et al., 1973; Kaplan E. et al., 1973; McO'Brien B., 1973]. Авторам удалось одновременно устранить значительные дефекты мягких тканей на отдаленных от донорской зоны участках лица, верхних конечностях. Кровоснабжение тканей паховой области к тому времени оказалось наиболее изученным.

К 1974 г. K. Nagii и соавт. сообщили об успешной пересадке 10 паховых лоскутов, в 1975 г. — 47; K. Ohno-gi и K. Nagii к 1975 г. произвели 70 пересадок. Первое сообщение о свободной пересадке паховых лоскутов в нашей стране опубликовано Б. В. Петровским и соавт. (1980). В качестве реципиентных использовались различные участки поверхности тела — верхние и нижние конечности [Крылов В. С и др., 1981 — 1985; Дрюк Н. Ф. и др., 1983; Белоусов А. Е., Губочкин И. Г., 1984; Виткус К., Олекас Ю., 1985; Гришин И. Г. и др., 1985; Степанов Г. А. и др., 1983, 1985]. В различные отделы головы и шеи, включая полость рта и глотку, паховые лоскуты пересаживали В. С. Крылов и соавт. (1980—1985), K. Nagii (1983).

Н. Anderl (1979) поделился опытом 3-летних наблюдений за больными после пересадки жировой ткани из паховой области, взятой с сохранением осевых сосудов подсаженной под кожу лица при гемиатрофии. В течение всего времени наблюдения у обеих больных сохранялась симметрия лица. R. David и E. Tan (1978) опубликовали сообщение об одуханалогичных операциях под черкнув, что контроль за приживлением лоскута при его подкожной фиксации затруднен.

A. Tweed и соавт. (1984) для устранения западения тканей лица при болезни Ромберга проводили подкожное введение дезэпителизированных паховых лоскутов с двух сторон. В трансплантате оставляют недеэпителизованный участок, который выводят в виде «окна» в иссеченный фрагмент кожи скуловой области, что позволяет контролировать кровообращение в лоскуте.

В первые 5-7 лет осуществления операций реваскуляризации сложных лоскутов были апробированы все известные к тому времени донорские зоны, кровообращение в которых происходит по осевому типу. K. Nagii и соавт. (1974) выполнили 6 операций пересадки дельтопекторального лоскута со средним размером 9X19 см. Снабжение лоскута кровью происходило из перфорантных ветвей внутренней грудной артерии, исходивших из второго межреберного промежутка. Авторы отметили в большинстве случаев недостаточность венозного дренажа. M. Poole и соавт. (1975) пересадили дельтопекторальный лоскут на лоб, наложив микроанастомозы между второй межреберной артерией и веной и дополнительно между плечегрудной веной у дистального края лоскута и поверхностными височными и лобными артериями и венами. Венозный отток оказался полноценным, результаты операции хорошие.

T. Fujino и S. Saito (1975) закрыли свободным дельтопекторальным лоскутом глоточно-пищевой свищ. K. Nagahara и соавт. (1976) использовали такой лоскут для реконструкции гортани после гемиларингэктомии. Лоскут размером 3x5 см был уложен кожей в просвет гортани, наружная же его выстилка сформирована из кожи шеи, были наложены микроанастомозы с верхней щитовидной артерией и веной.

T. Fujino и соавт. (1975) после выделения дельтопекторального лоскута дерматомом снимали с него кожу, а оставшиеся ткани на сосудистой ножке пересаживали на лицо для устранения гемиатрофии. R. Rus-sel и соавт. (1985) применяют этот вид пластики для реконструкции культей конечностей.

Используя особенности распределения сосудов на волосистой части головы, K. Nagii и соавт. (1980) провели перекрестную пересадку лоскута с затылочной области на лобно-теменную для создания естественной линии волос. Размер самого большого из пересаженных лоскутов составил 13X 13,5 см, маленького — 5X2 см. С этой же целью K. Ohmori (1980) пересаживал лоскуты размером 4XЮ см на ветвях затылочных сосудов, сшивая их с ветвями поверхностной височной артерии. Операции реваскуляризации лоскутов с волосистой части головы выполняли И. М. Александров и Г. И. Прохвятилов (1984) В. М. O'Brien (1979), O. Cole (1980), S. Tamai (1980), V. Hentz и соавт. (1981).

Практически одновременно с установлением факта зависимости кровообращения кожи от подлежащих мышц и обнаружением мышц с основной, или доминантной, сосудистой ветвью начаты свободные пересадки сложных кожно-мышечных лоскутов с микроанастомозами. J. Vaudet и соавт. (1976) сообщили о двух случаях успешной пересадки сложного кожно-мышечного лоскута с включением широчайшей мышцы спины. J. Watson и соавт. (1979) пересадили такой кожно-мышечный лоскут у 6 больных, в одном случае лоскут некротизировался. J. Maxwell (1980) отметил, что лоскут данного вида пересаживать легче, чем другие, так как его сосуды имеют диаметр до 2 мм. J. Maxwell и соавт. (1979) сообщили, что из 13 подобных пересадок сложного лоскута он некротизировался в 2 случаях. Авторы

указали, что этот лоскут удобен для пересадки, и отметили как недостаток его избыточную толщину. Опытом пересадки лоскутов с широчайшей мышцей спины поделились В. С. Крылов и соавт. (1982, 1985), Г. А. Степанов и соавт. (1985), J. Bostwick и соавт. (1979), T. Hester (1982).

Сложный лоскут с включением широчайшей мышцы спины получил наиболее широкое распространение в пластической микрохирургии из-за относительной простоты выделения, крупного диаметра сосудов и больших размеров. K. Narii и соавт. (1982) доказали возможность пересадки на одном сосудистом пучке блока широчайшей мышцы спины и зубчатой мышцы вместе с подлежащими ребрами. Удалось получить единый кожно-мышечный массив размером 25x30 см, которым замещены обширные дефекты на черепе и голени.

Хорошее кровоснабжение мышц, большие и длинные сосудистые ножки и постоянство анатомических взаимоотношений тканей обусловили поиск новых донорских зон и привели к появлению многих видов новых кожно-мышечных лоскутов. С использованием микрохирургической ткани свободно перемещали кожные лоскуты подчеркнув, что контроль за приживлением лоскута при его подкожной фиксации затруднен.

Тщательное исследование мышечно-кожных сосудистых связей позволило установить неравнозначность перфорантных сосудов, отходящих от мышц. Часть из них имеет диаметр, достаточный для наложения микрохирургических анастомозов, что позволяет либо выделить кожно-жировой слой и пересадить его отдельно как, например, в дельтопекторальном лоскуте, либо взять обширный участок кожи с очень небольшим фрагментом мышцы, окружающим перфорантные сосуды (прямая мышца живота, мышца, напрягающая широкую фасцию бедра, большая ягодичная мышца). В этих условиях уменьшаются принципиальные различия между двумя видами сложных лоскутов, кроме того, открыто кровоснабжение кожи из перегородочно-кожных артерий, отходящих от крупных сосудов в межмышечных перегородках или проходящих между отдельными мышцами. На этом основано формирование лоскутов на внутренней и боковой поверхностях плеча и бедра, дельтовидного кожно-фасциального и лопаточного лоскутов [Неробеев А. И., 1985, Hamilton S., Morrison W., 1982].

Примером того, насколько сложно дифференцировать лоскуты, включающие подобные артерии, может служить кожный лоскут с переднебоковой поверхности голени, который, по данным Yu-Long-Ju (1985), в зависимости от индивидуальной изменчивости снабжается то кожной, то мышечно-кожной артерией, отходящей от малоберцовой артерии.

H. Shaw (1983) продолжает выделять в отдельную группу лоскуты, формируемые не на прямых кожных артериях, а на сосудах, которые в виде топких ветвей отходят от основных магистральных стволов. Автор отмечает, что правильнее было бы их назвать участками кожи, связанными напрямую с подлежащими крупными артериями. К таким лоскутам относят лоскут с предплечья [Tamberty V., Cormack G., 1982, Fenton O., Roberts J., 1985], базирующийся на лучевой артерии, поперечный шейный лоскут [Morris R. et al., 1983], включающий поперечную артерию шеи. Скорее всего это выделение условно, так как в конечном итоге «перегородочные» артерии тоже являются конечными ветвями крупных сосудов, разница лишь в том, что они подходят к кожно-жировому слою разными путями.

Ранееобщепринятая концепция о постоянстве сосудистых территорий, снабжаемых определенными артериями, под влиянием новых сведений начинает терять убедительность. На одном и том же месте можно не только формировать кожно-фасциальные лоскуты различных размеров, но и включать в них кость и ткани соседней области, примером могут служить паховая область, боковая поверхность грудной клетки, внутренняя и боковая поверхности бедра.

Благодаря учету сосудистой архитектоники и применению микрохирургической техники стало возможным пересаживать не только единый компонент ткани в виде кожнофасциальных лоскутов, но и многокомпонентные участки с включением мышцы, нерва, кости. В ряде случаев сосуды, проходящие через кость, питают расположенные над ними ткани например в области гребня подвздошной кости [BitterK-, 1980; SalibanA. et al., 1980] и ребер [ArijanS-, 1980; HariiK-, 1983]. Чаще кость получает питание от покрывающей ее мышцы, например плюсневые кости стопы, ребра под зубчатой, малой и большой грудной мышцами, лопаточная ость, покровные кости черепа.

Кожно-мышечно-костным блоком ткани можно одномоментно восстановить утраченные зоны лица — подбородок, нижнюю губу, фрагмент челюсти и дно полости рта [BellM., BarronP., 1980; RichardsM. et al., 1985]. К- Ohmori и S. Ohmori (1979) продемонстрирован возможность одномоментной ринопластики при тотальном дефекте носа, пересадив кожно-костный лоскут с тыла стопы.

Основные принципы переноса аутогенной кости на сосудистых анастомозах сформулировал L. Ostrup (1975): 1) выживаемость изолированного костного трансплантата обеспечивается сохранением питающих сосудов; 2) формирование новой кости из трансплантата не зависит от местной ишемии; 3) качество реципиентного ложа при наличии пригодных для анастомозов сосудов не оказывает решающего влияния на приживание трансплантата.

Мнение о более быстром образовании костной мозоли за счет активного участия ревааскуляризованного трансплантата [TaylorJ. et al., 1979] до сих пор разделяют не все хирурги. В эксперименте на собаках проведена сравнительная оценка скорости приживания кости с сосудистыми анастомозами и обычного костного аутогенного трансплантата [PuckettCh. et al., 1979], отмечено лишь незначительное ускорение костеобразования в первой группе, характер же костной мозоли был одинаковым. По мнению G. Guedon и соавт. (1984), жизнеспособность сохраняют только наиболее поверхностно расположенные костные клетки, что все же дает некоторое преимущество по сравнению с невааскуляризованной костью. Им противоречат D. Nauben и J. vanderMeulen (1984), в эксперименте и в клинике подтвердившие значительное преимущество васкуляризованного костного трансплантата. Ускоренное приживание кости после ее ревааскуляризации отмечают В. Г. Голубев и соавт. (1985), С. Cutting и J. McCarthy (1983).

Используя в эксперименте радиоизотопную методику, гистологическое изучение и биомеханические модели, Л. Weiland и соавт. (1984) доказывают, что ревааскуляризованная кость по скорости вживления, величине образующейся костной мозоли и биомеханической прочности существенно превосходит остальные виды костных аутогенных трансплантатов. Авторы уточняют, что циркуляция крови происходит не во всех отделах костной ткани, однако она полностью восстанавливается через 3 мес после ревааскуляризации, в то время как у обычных трансплантатов процесс восстановления кровообращения не заканчивается и через 6 мес.

J. Teissier и соавт. (1984), основываясь на результатах не менее сложных и убедительных экспериментов, приходят к выводу, что ревааскуляризованная кость благодаря хорошему автономному питанию перестраивается медленнее, поэтому ее механическая прочность ниже, чем у обычного костного трансплантата. Скорость сращения с воспринимающим ложем, по мнению авторов, принципиально не различается в обеих группах.

Пытаясь примирить столь различные взгляды, R. As-land (1985), ссылаясь на данные M. Arata и соавт. (1984), высказывает мнение, что «жизнеспособность ревааскуляризованной кости выше, чем у обычного костного трансплантата, но ниже, чем у нормальной, неповрежденной кости». Расчет на приживание кости по обычному типу в случае тромбоза питающих сосудов не оправдался [GomisR. et al., 1979]. Экспериментальный анализ неудач при

перенесении сложного костного лоскута [показал Д Воэ К., 1979] отсутствие образования костной мозоли в случаях тромбоза сосудов. Вероятно, костный трансплантат, окруженный некротизированными мягкими тканями — надкостницей и мышцей, не может принять активного участия в формировании новой кости из-за нарушения гармоничного процесса рассасывания костного вещества и прорастания новых сосудов из материнского ложа. Отмечалась постепенная rareфикация тромбированного костного трансплантата, лишенного питания.

Weiland и Н. Dorfman (1982) в экспериментах установили, что остеоциты и остеобласты сохраняют жизнеспособность при ишемии до 25 ч. в последующем способность костеобразующих клеток к воспроизводству резко снижается.

Наиболее достоверным методом изучения судьбы костного трансплантата и эффективности сосудистых анастомозов служит применение радиоактивных изотопов $^{99\text{Tc}}$ -дифосфата и $^{99\text{Tc}}$ -полифосфата [Bos K., 1979]. Эти изотопы быстро фиксируются в кости, на сканограмме можно видеть накопление изотопа, что свидетельствует о проходимости анастомоза. Сканирование кости позволяет определить проходимость сосудистых анастомозов лишь в первые 3 нед после операции, так как затем в трансплантат начинают проникать сосуды из окружающих тканей, через которые также поступает изотоп.

Ch.Panckett и соавт. (1979) с осторожностью относятся к пересадке реваскуляризированной кости, рекомендуя использовать этот метод пластики как можно реже, только в тех случаях, когда невозможно применить традиционный костный трансплантат.

Следует отметить неодинаковое количество научных публикаций о разных видах сложных лоскутов. Многие из них носят характер констатации факта, и впоследствии их не используют ни сам автор, ни в других клиниках. Так, за последние 5 лет мы не встретили новых публикаций о свободном переносе дельтопекторального лоскута, лоскута на ветвях боковой грудной артерии, задней ушной артерии и т. д.

Несмотря на бурное развитие пластической микрохирургии [по данным М. Shaw (1983), на конец 1980 г. в мире выполнено 2233 операции свободной пересадки сложных лоскутов], на открытие практически ежемесячно новых донорских зон, которых к настоящему времени насчитывается несколько сотен, основными по своему значению были следующие виды лоскутов: паховый, с включением широчайшей мышцы спины, с тыльной поверхности стопы и сложный лоскут с включением кости. Кожно-жировая ткань из паховой области была впервые пересажена с реваскуляризацией. Достоинством этого вида пластики является то, что лоскут расположен в косметически благоприятной зоне. Лоскут с включением широчайшей мышцы спины — первый кожно-мышечный и самый большой сложный лоскут, который перемещают с применением микротехники, до сих пор остается, судя по публикациям, излюбленным объектом пластической микрохирургии. Лоскут с тыла стопы — первый самый топкий лоскут на ветвях крупной артерии, а появление кожно-костных лоскутов означало переход от восстановления поверхностных тканей к реконструкции целых отделов лица или сегментов конечностей.

Общие принципы операций пересадки сложного лоскута с применением микрохирургической техники

Пластические операции с использованием микрососудистых анастомозов технически сложны, состоят из четырех самостоятельных этапов: подготовки реципиентного ложа, формирования лоскута и перемещения его к дефекту, наложения микрососудистых анастомозов, ушивания донорской рапы и краев лоскута. Среднюю продолжительность операции установить трудно. Первые 8 произведенных нами операций, во время которых

осваивалась методика, продолжались от 8 до 13 ч, в последующем длительность вмешательства уменьшилась до 4¹/₂—6 ч.

Одна группа хирургов подготавливают дефект и выделяют реципиентные сосуды, другая — формируют лоскут. Однако подобную систему нельзя применять во всех случаях. Бригадный метод целесообразно использовать, если: 1) дефект достаточно простой и во время планирования можно точно установить размеры требуемого трансплантата; 2) положение больного позволяет работать одновременно двум хирургическим бригадам: реципиентный участок на лице и шее, конечностях, донорская зона — паховая область, тыл стопы; 3) имеется твердая уверенность в наличии вблизи дефекта сосудов, пригодных для наложения анастомозов. В остальных случаях этапы операции выполняют последовательно.

Планирование операции. Оценку дефекта проводят, используя общие положения пластической хирургии: учитывают величину, форму, глубину поражения, состояние окружающих тканей. Выясняют причины возникновения деформации, характер предшествующих операций и прочие методы лечения (лучевая терапия, криовоздействие и т. д.). Состояние сосудов вблизи дефекта является решающим условием при выборе метода операции. Неповрежденные артериальная и венозная системы лица позволяют положить анастомозы практически на все ветви наружной сонной артерии, лицевую и зачелюстную вены. Предварительную перевязку наружной сонной артерии не всегда можно рассматривать как противопоказание к микрососудистой операции. С помощью селективной ангиографии сонной артерии устанавливают уровень облитерации сосуда, наличие и пригодность для анастомозирования оставшихся ветвей.

Ангиография, проведенная нами у 4 больных с анатомически доказанной перевязкой наружной сонной артерии, во всех случаях позволила обнаружить достаточные для выполнения сосудистого этапа ветви: у 2 больных сохранилась верхняя щитовидная артерия, у одного — верхняя щитовидная и язычная. В одном случае выявлена проходимость верхней щитовидной, язычной, затылочной и лицевой артерий. Если лоскут переносят на шею, то существует дополнительная возможность использовать артерии щитошейного ствола.

Учитывая определенную травматичность ангиографии, мы проводили ее только у больных, у которых была перевязана наружная сонная артерия, за 2 нед до операции.

Схема проведения операции. Подготовка реципиентного ложа. Первоначально обнаруживают воспринимающие сосуды диаметром 0,8 мм и более; надо найти такую артерию, в которой наблюдается большой, объемный кровоток, достаточный для питания будущего лоскута, и сосудистая стенка которой не изменена. Склеротические уплотнения стенки, отслойка внутренней оболочки и рыхлость средней, наблюдаемые иногда у пожилых больных, усложняют технику наложения анастомоза. Концы сосудов иссекают до появления неповрежденных участков. Воспринимающие сосуды выпрепаровывают на 2-3 см, что облегчает их перемещение во время микрохирургического этапа операции. Первую часть операции, как правило, выполняют под визуальным контролем без оптического увеличения, так как диаметр артерий и вен на лице и шее достаточно большой. Микроскоп используют только при грубых рубанных изменениях, распространяющихся вплоть до сосудистой стенки.

Окончив предварительное выделение сосудов, приступают к подготовке воспринимающей раневой поверхности. При наличии у больного инфицированной язвы рану над сосудами надежно изолируют, пораженные ткани иссекают на всю глубину. Если воспринимающие сосуды находятся на некотором расстоянии от раны, то формируют туннель под кожей. Ширина туннеля должна быть достаточной для свободного проведения сосудистой ножки лоскута. Мы стремились не накладывать анастомозы над выступающими костными образованиями, в частности над краем нижней челюсти. Во избежание послеоперационного отека и сдавления сосудов при наложении анастомозов с лицевой артерией в подчелюстном

треугольнике предварительно удаляли подчелюстную слюнную железу. После удаления железы удается не только создать широкий, безопасный туннель, но и удлинить лицевую артерию, выпрепаровав ее петлю из железистой ткани. Если локализация дефекта не позволила создать широкий туннель, рассекали кожную перемычку и лоскут выкраивали с дополнительным участком кожи, необходимыми для закрытия всей раны. Окончив подготовку реципиентного ложа, на рану накладывают целлофановую пленку, поролон или плотную материю, по которым выкраиваем образец. Над проекцией сосудистой ножки на образце делают треугольную насечку, определяющую ось будущего лоскута.

Формирование лоскута. Форма и величина лоскута зависят от донорской раны. Выкраиваемый участок ткани должен быть несколько больших размеров, чем дефект, с учетом сократимости кожи. Определяющее значение в выборе донорской зоны, кроме размеров, имеют глубина дефекта и расстояние между предполагаемым уровнем наложения анастомозов на сосуды и краем раны. Для закрытия глубоких дефектов используют лоскут с включением широчайшей мышцы спины, для закрытия неглубоких поверхностных дефектов — лоскут с тыла стопы. Паховый лоскут применяют при локализации реципиентных сосудов в непосредственной близости от раны. Толщина пересаживаемого трансплантата должна быть несколько больше, чем глубина дефекта. По имеющемуся образцу, который укладывают в соответствии с сосудистой осью донорской зоны и воспринимающего ложа, рассекают кожу со всех сторон, в результате чего лоскут приобретает «островной» характер.

На ранних этапах работы для лучшего определения кровообращения в донорском участке мы проводили предварительное исследование области с помощью ультразвукового флоуметра. С накоплением опыта мы отказались от дооперационного флоуметрического исследования по следующим соображениям:

1) возможность применения флоуметрии ограничена. За исключением паховой и боковой грудной областей, в других донорских участках сосуды расположены либо слишком глубоко (под мышцей) и не доступны для прослушивания, либо поверхностно (тыл стопы) и легко пальпируются через кожу;

2) сосудистая сеть кожно-фасциальных лоскутов достаточно постоянна, при выделении лоскута с центра обнаруживается доминантный сосуд, дальнейший подъем проводят под визуальным контролем за пучком;

3) чрескожное прослушивание сосудов приводит к ошибкам, когда за артерию принимается передаточная венозная пульсация.

Во время формирования лоскута особое внимание уделяют состоянию сосудистой ножки. Короткие сосуды затрудняют наложение анастомозов, выпрепаровка должна быть продолжена до основного сосудистого ствола, иногда для увеличения просвета отсекают фрагмент стенки главной артерии в месте отхождения питающей ветви, и все-таки в ряде случаев необходимо пластическое удлинение сосудистой ножки трансплантатом из аутоvene. Вовремя мобилизации лоскута контролируют капиллярное кровотоечение по его краям. По окончании выделения выбирают сосуды, пригодные для сшивания. В тех случаях, когда имеются две артерии, а можно использовать только одну, для наложения анастомоза выбирают большую. Можно предварительно провести функциональную пробу: зажать микроклипсой один из стволов и через 10—15 мин определить, как изменилось кровоснабжение лоскута. На анастомозируемые артерию и вену накладывают разные по форме микроклипсы. При длинной сосудистой ножке клипсы или зажим накладывают лишь на центральные концы сосудов. Клипсы обязательны при короткой сосудистой ножке, так как возникают трудности при идентификации спазмированных сосудов. Лоскут отсекают, переносят к дефекту или заворачивают во влажную салфетку и помещают на операционный столик. Культы сосудов в донорской зоне перевязывают и прошивают.

Если положение больного на операционном столе не позволяет перейти к выполнению микрососудистого этапа, то донорскую рану ушивают, закрывают ее стерильной повязкой и поворачивают больного. В остальных случаях микроэтап проводят одновременно с ушиванием донорского участка.

Наложение микрососудистых швов. Техника наложения микрососудистого шва детально описана в специальных руководствах [Петровский Б. В., Крылов В. С, 1977; Кирпатовский И. Д., Смирнов Э. Д., 1978; О'Брай-ен В., 1981].

Вначале проводят окончательную обработку реципиентных сосудов по правилам микрососудистой хирургии. Для уменьшения спазма удаляют адвентицию центрального конца сосуда. При возникновении сомнения в пригодности артерии для питания массивного лоскута проводят прямое наблюдение за ней, с какой силой вытекает струя крови после пересечения артерии. Иногда пульсация артерии хорошо выражена, но струя крови слабая либо быстро прекращается — через 1—2 с. Надо принять меры против спазма артерии (механическая дилатация, лекарственное воздействие и т. д.). Если после перечисленных манипуляций активность кровотока не увеличивается, то данный уровень следует признать неблагоприятным для наложения сосудистого шва и артерию обнажают дальше в проксимальном направлении.

На подготовленные реципиентные сосуды (артерия и вена) накладывают микроклипсы, лоскут переносят в дефект и фиксируют в правильном положении несколькими швами-держалками за кожу или подкожную жировую клетчатку. Концы сосудов лоскута и реципиентного ложа максимально сближают, иногда фиксируют биполярной клипсой. Особое внимание уделяют предотвращению натяжения сосудистой ножки. С этой целью в случае необходимости дополнительно широко выпрепаровывают воспринимающие артерию и вену или используют аутовенозную вставку, полученную из подкожной вены тыла стопы или голени и перевернутую на 180° с учетом тока крови и положения клапанов.

Анастомозы проводят с максимальным количеством сосудов; если в лоскуте имеются две артерии и три вены и можно сшить их с реципиентными сосудами, то выполняют все пять анастомозов. Чаще всего, однако, анастомозы можно наложить лишь на одну артерию и вену, но диаметр вены должен быть адекватным или больших размеров. Соотношение количества артериальных и венозных анастомозов определяют по принципу преимущества венозного оттока: на одну артерию — одна—две вены. Перед началом сшивания концы сосудов промывают гепаринизированным изотоническим раствором хлорида натрия и растягивают специальным полированным пинцетом. Метод наложения сосудистого шва зависит от диаметра и положения реципиентных и донорских сосудов. При равном диаметре накладывают анастомозы конец в конец, технически более легко выполнимые и физиологичные для тока крови. С крупными реципиентными артериями и венами сосуды лоскута сшивают по принципу конец в бок. М. Godina (1979) и W. Shaw (1983) отдают предпочтение этому виду анастомозов.

Анастомозы накладывают по стандартной методике атравматической круглой иглой нитью 8—10/0 отдельными узловыми швами. На сосуд диаметром 1,5 мм накладывают 8—10 швов. Сначала сшивают сосуды, расположенные более глубоко, затем — поверхностные. После окончания наложения анастомозов снимают клипсы с артерии, а через несколько секунд и с вены. Проприетность анастомозов определяют по пульсации артерии дистальнее линии швов, венозному оттоку также за пределами швов, появляющейся кровотоочивости лоскута и реакции капиллярного наполнения при надавливании на кожу лоскута. Бледное пятно, исчезающее в течение 3 с, свидетельствует о хорошем сбалансированном кровотоке в лоскуте. Отсутствие перечисленных признаков указывает на сосудистый спазм или техническую ошибку. Измерение кожной температуры также помогает оценить

жизнеспособность лоскута: при хорошем кровоснабжении градиент с нормальной кожей не превышает 2°.

Ушивание донорской раны, окончательная фиксация лоскута. Донорский дефект закрывают, либо сближая края после широкой распреепаровки, либо ротационно перемещая кожно-фасциальный лоскут, либо используя свободный лоскут расщепленной кожи, взятой с помощью дерматома.

При подшивании лоскута на новом месте нужно избегать натяжения или перекручивания сосудистой ножки. Под лоскутом оставляют несколько резиновых выпускников и слегка придавливают лоскут марлевой асептической повязкой. В центре повязки вырезают «окно» для наблюдения за состоянием трансплантата.

Во время операции и в течение первых 3—5 сут в целях борьбы со спазмом сосудов и для уменьшения вязкости крови переливают 400—800 мл реополиглокина. Эффективность введения антикоагуляторов для профилактики тромбообразования в работах последнего времени отрицается. В ранних публикациях отдельные авторы, так же как и мы, указывали на целесообразность промывания лоскута гепарином, но позднее отказались от этой методики. Однако W. Voesckx (1979) перед восстановлением кровотока вводил внутривенно 5000 ЕД гепарина в артерии диаметром меньше 1,5 мм. Лучшим средством борьбы с венозным спазмом, по мнению N. Nishikawa и I. Jonekawa (1979), является комбинация внутривенного введения гепарина и местного увлажнения сосудов 1 % раствором прокаина (новокаин). Авторы экспериментально проверили эффективность действия изотонического раствора хлорида натрия, местного орошения сосуда гепарином, папаверином, магниезией, прокаином, а также эффективность гепарина, введенного внутривенно.

По вопросу об оценке роли местного орошения концов сосудов раствором гепарина во время операции также имеются разногласия. При сравнении проходимости мелких артерий после наложения анастомоза с промыванием концов сосудов раствором гепарина 10 ЕД/мл (I группа) и изотоническим раствором хлорида натрия (II группа) S. Sinclair (1980) отметил большое преимущество использования гепарина. В других экспериментах [Servant J. et al., 197G], поставленных для определения эффекта орошения сосудов гепарином в дозе 10 ЕД/мл с последующим электронным микроскопированием, установлено, что местное применение гепарина не защищает от адгезии даже нормальной эндотелии.

Успех операции во многом зависит от квалификации анестезиологов, проводящих наркоз. А. А. Бунатян и В. А. Светлов (1985) центральной задачей анестезиологической помощи считают контроль за регионарным кровообращением и предупреждение вазоспазма; О. М. Михайлова и соавт. (1985) рекомендуют постоянно исследовать системы гемостаза во время операции.

Студент должен знать:

- анатомические особенности строения кожи, хряща, кости, жира и др. тканей ЧЛО;
- виды трансплантатов используемых в ЧЛО;
- особенности различных трансплантатов используемых в ЧЛО;
- показания к применению свободного кожного лоскута;
- показания к применению хрящевых трансплантатов;
- преимущества и недостатки пересаживаемых трансплантатов;
- показания к использованию костных трансплантатов (ауто-, аллотрансплантатов).

Студент должен уметь:

- провести опрос больного, обследовать область дефекта;
- определить показания для свободной пересадки кожи;
- накладывать повязки после проведения свободной пластики тканей;
- проводить уход и кормление больных после пластических операций.

Интерактивный метод: Аквариум

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Основными условиями успеха микрохирургической операции является:
 1. тщательность гемостаза в ране *
 2. глубина обезболивания
 3. уровень асептики, антисептики
 4. кратность увеличения изображения объекта
 5. хорошая освещенность операционного поля
2. Основными условиями успеха микрохирургической операции является:
 1. минимальная травма ткани *
 2. глубина обезболивания
 3. уровень асептики, антисептики
 4. кратность увеличения изображения объекта
 5. хорошая освещенность операционного поля
3. Основными условиями успеха микрохирургической операции является:
 1. равномерность наложения сосудистых швов *
 2. глубина обезболивания
 3. уровень асептики, антисептики
 4. кратность увеличения изображения объекта
 5. хорошая освещенность операционного поля
4. Основными условиями успеха микрохирургической операции является:
 1. использование во время операции антикоагулянтов, спазмолитиков *
 2. глубина обезболивания
 3. уровень асептики, антисептики
 4. кратность увеличения изображения объекта
 5. хорошая освещенность операционного поля
5. Основным тестом успешности микрохирургической операции служит:
 1. изменение цвета пересаженной кожи *
 2. удовлетворительное состояние больного
 3. нормальная функция органов ССС
 4. нормальная функция органов дыхания
 5. нормальная функция органов выделения слюны
6. Основным тестом успешности микрохирургической операции служит:
 1. изменение температуры пересаженной кожи
 2. удовлетворительное состояние больного
 3. нормальная функция органов ССС

4. нормальная функция органов дыхания
5. нормальная функция органов выделения слюны

7. Основным тестом успешности микрохирургической операции служит:

1. Характер пульсации сосуда анастомоза *
2. удовлетворительное состояние больного
3. нормальная функция органов ССС
4. нормальная функция органов дыхания
5. нормальная функция органов выделения слюны

8. Основным тестом успешности микрохирургической операции служит:

1. Отсутствие отека пересаженного лоскута *
2. удовлетворительное состояние больного
3. нормальная функция органов ССС
4. нормальная функция органов дыхания
5. нормальная функция органов выделения слюны

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Для проведения микрохирургической операции необходимо:

- A) операционный микроскоп
- B) микрохирургические инструменты
- C) иглы и нити толщиной не более 25мКм
- D) наркозный аппарат
- E) операционный стол

1)ABC * 2)BCD 3)CDE 4)ACD 5)ADE

2. Шовные нити для микрососудистой хирургии должны быть:

- A) Абсолютно гладкие
- B) обладать высокой степенью несмачиваемости
- C) обладать ареактивностью
- D) дорогостоящими
- E) заграничными

1)ABC * 2)BCD 3)CDE 4)ACD 5)ADE

3. 10-14 часовая длительность микрохирургических операций обеспечиваются сменой работы:

- A) 2-3 бригад хирургов
- B) 4-7 бригад хирургов
- C) 5-6 бригад хирургов
- D) 6 бригад хирургов
- E) 1 бригады хирургов

1) AB * 2) BC 3) CD 4) DE 5) AE

4. Длительность непрерывной работы одной бригады хирургов при микрохирургических операциях составляет:

- A) 3 часа
- B) 4 часа
- C) 5 часов
- D) 6 часов

Е) 7 часов

1) АВ * 2) ВС 3) CD 4) DE 5) АЕ

5. Наиболее быстрым и оптимальным методом устранения обширных дефектов и деформаций лица является:

А) пластика местными тканями

В) пластика лоскутом на ножке

С) пластика стеблем Филатова

Д) свободная пересадка кожи

Е) пересадка лоскута на питающей ножке с наложением межваскулярного анастомоза

1) Е * 2) АВ 3) ABC 4) BC 5) AC

6. Наиболее дорогостоящим методом устранения обширных дефектов и деформаций лица является:

А) пересадка лоскута на питающей ножке

В) пластика местными тканями

С) пластика лоскутом на микрососудистой ножке

Д) пластика стеблем Филатова

Е) свободная пересадка кожи

1) С * 2) АВ 3) BC 4) CD 5) DE

Ситуационные задачи:

1. Больному 60 лет по поводу рака нижней губы T₃N₁M₀ в онкологическом диспансере произведена операция удаления опухоли губы, резекция переднего отдела нижней челюсти, фасциально – футлярное иссечение шейной клетчатки с перевязкой наружных сонных артерий.

После операции прошло два года. Рецидива нет.

При осмотре: тотальный дефект нижней губы, при пальпации отсутствует подбородочный отдел нижней челюсти и ткани подъязычной области. Отмечается слюнотечение. Боковые фрагменты нижней челюсти удерживаются шиной Ванкевич.

Определите возможность восстановления дефицита тканей нижнего отдела лица методом пластической микрохирургии.

Ответ: Операция переноса тканей на сосудистой ножке возможна, если функционирует верхняя щитовидная артерия. Для выяснения этого за 2-3 недели до операции делают ангиографию сонной артерии.

2. В клинику поступил больной со скальпированной раной лобно-теменной области.

При осмотре в лобно-теменной области имеется рана, дефект тканей размером 10x13 см. Края раны в виде лоскутов. Дном раны является кортикальная пластинка черепной кости.

Произведена первичная хирургическая обработка раны с возмещением тканей кожно-фасциальным лоскутом из паховой области справа.

Поверхностные паховые артерии и вены ушиты с предварительно обнаженными поверхностной височной артерией и веной.

Какие клинические проявления характеризуют жизнеспособность лоскута?

Какие осложнения могут возникнуть в послеоперационном периоде?

Ответ: температура, цвет, пульсация сосудов.

К осложнениям послеоперационного периода относят: нагноение раны, некроз лоскута, кровотечение.

3. Поступила больная 20 лет с обширной капиллярной гемангиомой правой половины лица, а) Составьте план лечения, б) определите способ лечения, в) определите толщину пересаживаемого лоскута.

Ответы: а) обследование больной, выбор места взятия донорской кожи, б) удаление опухоли с одномоментной пересадкой кожи, в) по косметическим и функциональным соображениям толщина лоскута должна составлять 0,5-0,7 мм (расщепленный лоскут).

4. У больной с дефектом носа заготовлен филатовский стебель на левой боковой поверхности живота размером 10x24 см. В послеоперационном периоде произошло расхождение на материнской почве образовалась гранулирующая рана размером 5x7 см. а) Определите способ закрытия раны, б) Определите материнскую почву для взятия лоскута кожи, в) определите метод свободной пересадки кожи.

Ответы: а) закрытие дефекта свободной кожей, б) кожу нужно взять с правой стороны живота, в) пересадка кожи по Ривердену.

5. У больной на коже лба имеется невус размером 2x2 см, который в последнее время стал увеличиваться в размере и травмироваться, а) Наметьте план лечения, б) определите место взятия трансплантата, в) определите толщину трансплантата и метод фиксации.

Ответы: а) удаление опухоли отступя от края 1-2 мм с пересадкой кожи, б) подготовить место взятия кожи - позадиушная область, так как там по качеству кожа соответствует коже лба. в) из эстетических соображений используется толстый лоскут по Краузе.

Раздаточный материал

5. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
6. Тесты 1 уровня сложности.
7. Тесты 2 уровня сложности.
8. Ситуационные задачи.

Практическая часть

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 дефекта, другой - обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр (визуальный, пальпаторный - 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 анализу дефекта; определению глубины и величины дефекта; выявлению нарушений функции органов т.е. открывание рта, глаз, век и т.д.; проводить измерения с помощью линейки.

Мануальные навыки


«Свободная кожная пластика дефектов ЧЛО»


Цель: Определить показания к кожной пластике.

Показания: наличие рубцов, дефектов кожи при травме, опухолях кожи.

Оснащение: больные (волонтеры), поролон толщиной 1 см, размером 15x30 см, линейка, пинцет, скальпель, хирургические иглы, шовный материал, отмытая рентгеновская пленка, иглодержатель.

Выполнение мануального навыка.

| | | |
|---|--|---|
|  |  |  |
| <p>1. Определить размер дефекта кожи.</p> | <p>2. Иссечь рубец.</p> | <p>3. Размер образовавшегося дефекта перенести на прозрачную рентгеновскую пленку или стерильную салфетку.</p> |
| <p>8</p> | <p>10</p> | <p>16</p> |

| | | |
|---|--|---|
|  |  |  |
| <p>4. В зависимости от размера дефекта и локализации определить толщину трансплантата.</p> | <p>5. Перенести размер дефекта на донорскую часть.</p> | <p>6. Иссечь кожу по размеру дефекта.</p> |
| <p>20</p> | <p>10</p> | <p>8</p> |

| | |
|---|--|
|  |  |
| 7. Перенести свободный лоскут на рану и ушить. | 8. Концами лигатур фиксировать давящую повязку. |
| 14 | 14 |

Рекомендуемая литература

- основная

Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2003 г.

- дополнительная

1. Михельсон Н.М. «Восстановительные операции ЧЛЮ».-М.; Медицина. 1962г. с.197-213

3. Бернадский Ю.И. «Травматология и восстановительная хирургия челюстно – лицевой области».-Киев, 1995г., стр. 113-124

2. Неробеев А.И., Плотников Н.А. «Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области».- М.; Медицина. 1997г. с.64-68

3. Ю.И.Бернадский «Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области» Киев 1985 г., стр 102-110

4. Баллон Л.Р.; Костур Б.К. «Возмещение дефектов ЧЛЮ и органов шеи» М. 1989 г. стр. 95-117

Практическое занятие № 16

НЕВРИТ И НЕВРАЛГИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА. ПАРАЛИЧ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ.

Технологическая карта практического занятия.

| | | |
|----------------------------------|---------------|-------------|
| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
| | Преподаватель | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>1-этап</p> <p>Введение в учебное занятие</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают</p> <p>Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| <p>2- этап</p> <p>Основная часть</p> <p>25- минут</p> <p>15- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> <p>10- минут</p> <p>50- минут</p> <p>40- минут</p> <p>20- минут</p> <p>3- этап</p> <p>Заключительный</p> | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие).</p> <p>Перемена</p> <p>2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов)</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> <p>Слушают</p> <p>Задают вопросы</p> |

| | | |
|-----------|--|-------------------------------|
| 40- минут | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| 10- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают и сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Анатомическое строение лицевого нерва.
2. Невриты лицевого нерва.
3. Оперативные методы лечения невралгий и невритов лицевого нервов, показания, методика.
4. Физиотерапевтические методы лечения.
5. Иглорефлексотерапия - показания.

Содержание занятия.

В практике хирургической стоматологии часто наблюдаются те или иные проявления поражений нервной системы в области лица и челюстей, чаще всего — в болевых синдромах. Существует ряд классификаций, систематизирующих болевые синдромы, в том числе лицевые боли. Все они в целом соответствуют принятой в 1988 г. Международной классификации лицевой, головной боли и черепных невралгий. Вместе с тем М.Н. Пузин, придерживаясь этой классификации, считает необходимым выделять нейростоматологические заболевания и синдромы (соматические, вегетативные и вегетативно-сосудистые формы, синдром болевой дисфункции) височно-нижнечелюстного сустава (миофасциальный болевой синдром лица), судороги и гиперкинезы лица. Среди различных по этиологии и патогенезу лицевых болей В.А. Карлов и О.Н. Савицкая (1990) различают две группы прозопалгий - соматогенные и неврогенные. Соматогенные лицевые боли связаны с заболеваниями зубов, слизистых оболочек полости рта, ЛОР-органов, глаз, а также могут быть отраженными при заболеваниях внутренних органов. Неврогенные лицевые боли бывают типичными и атипичными прозопалгиями.

Типичные прозопалгии наблюдаются в виде пароксизмальных невралгий черепных нервов — тройничного, языкоглоточного, верхнегортанного. Атипичные прозалгии проявляются в виде симпаталгии, вегетативно-сосудистых поражений при краниальной невропатии, интракраниальных процессах, заболеваниях ЦНС.

При диагностике заболеваний, связанных с болевыми синдромами, большое значение имеют психологическое обследование и изучение личности пациента. Изучение преморбидных факторов, личностного восприятия болезни, социальной адаптации пациента, а также особенностей вегетативной иннервации лица способствует распознаванию неврологических заболеваний лица и дифференциальной диагностике сходных с ними болезней. Наблюдаются также такие неврологические синдромы, как невралгический, невропатический, полиневрический и другие синдромы стволового, надствольного уровня.

В стоматологической практике чаще всего приходится лечить типичные прозалгии — пароксизмальные невралгии тройничного, языкоглоточного и других нервов, невриты и

повреждения нервов, выражающиеся в потере проводимости и приводящие к парезам и параличам мимической мускулатуры. Лечат такие поражения различными способами, в том числе хирургическими.

Неврит лицевого нерва

Лицевой нерв содержит в себе волокна различного функционального предназначения (двигательные, чувствительные, вегетативные). В связи с этим и повреждения его влекут за собой целый ряд разнохарактерных симптомов. Неврит характеризуется изменениями интерстиция, миелиновой оболочки и осевых цилиндров. Проявляется симптомами раздражения и (или) выпадения функций в соответствующей зоне иннервации.

Этиология невритов лицевого нерва различная. Могут наблюдаться невриты без нарушения целостности нерва (при воспалительных процессах, опухолях, псевдотуберкулезе, синдроме Мелькерссона-Розенталя и др.) и при его травматических повреждениях (при оперативных вмешательствах, травме и др.). Тот или иной этиологический фактор вызывает нарушение сосудистого тонуса с склонностью к спазмам в системе наружной сонной или позвоночной артерии. Спазмы ведут к ишемии ствола нерва с его набуханием и геморрагическими петехиями на его поверхности. Набухание ствола лицевого нерва приводит к его повреждению в узком костном канале.

Обычная форма проявления поражения лицевого нерва - паралич иннервируемых им мышц. Заболевание впервые детально описано Ch.Bell в 1836 г. В настоящее время известны ишемические, инфекционные, отогенные, травматические парезы, а также идиопатические - точную этиологию которых установить не удастся. Периферические поражения лицевого нерва следует считать полиэтиологичным заболеванием. В настоящее время патогенез прозопорезов большинство авторов считает единым.

В практической деятельности врачу-стоматологу приходится сталкиваться с периферическим типом неврита лицевого нерва. В результате этого возникают двигательные расстройства в виде пареза и паралича мимической мускулатуры лица.

Парез (*paresis*; греч. - ослабление) – уменьшение силы и (или) амплитуды произвольных движений, обусловленное нарушением иннервации соответствующих мышц.

Паралич (*paralysis*, греч. - расслаблять) – расстройство двигательных функций в виде полного отсутствия произвольных движений вследствие денервации соответствующих мышц.

Клиническая картина поражения лицевого нерва характеризуется парезом и (или) параличом мимической мускулатуры, чувствительными расстройствами и вегетативными нарушениями. Внешний вид больного с параличом лицевого нерва характерен – вся половина лица неподвижна, лоб не собирается в складки, глаз не закрывается, носогубная складка сглажена, исчезают естественные складки лица, угол рта опущен. При оскаливании зубов рот перетягивается в здоровую сторону. Больному не удаётся нахмурить брови, зажмурить глаз, надуть щёки. Сложить губы трубочкой больному удаётся с трудом и не всегда, свистнуть не может (воздух не выдувается с достаточной силой, т.к. щека теряет упругость). Из-за снижения мышечного тонуса пища не очищается между щекой и десной на поражённой стороне. Слюна и жидкость выливается из угла рта. Щека легко прикусывается. Речь больного ухудшается. Наблюдается симптом Белла – при попытке закрыть глаза верхнее веко на стороне поражения опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно что одновременно с этим глазное яблоко отходит книзу и кнаружи. Встречаются: симптом Цестана – больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза; при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается (в связи с поражением поднимателя верхнего века); симптом Говерса – при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не

сокращаются; симптом Равильо - невозможно закрыть глаз на стороне поражения; симптом Вартенберга– при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза (у здоровых людей можно ощущать эту вибрацию пальпирующим пальцем); симптом Бергара-Вартенберга– отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

Диагностика неврита лицевого нерва обычно не вызывает затруднений. Для обнаружения нарушения иннервации мимических мышц больному предлагают наморщить лоб, нахмурить брови, зажмурить глаза, оскалить зубы, надуть щеки. Можно использовать и более тонкие тесты диагностики:

- тест мигания – глаза мигают асинхронно;
- тест вибрации век – см. симптом Вартенберга и симптом Бергара-Вартенберга;
- тест исследования круговой мышцы рта – больной слабо удерживает полоску бумаги углом губ пораженной стороны;
- тест надутых щёк – больной не может надуть щеки, а если даже он их и надул, то при легком дотрагивании к щеке воздух вырывается из угла рта пораженной стороны;
- симптом ресниц – см. описание ранее;
- тест на раздельное зажмуривание – больной не может зажмурить глаз на больной стороне, хотя оба глаза зажмурить может.

Лечение. Осуществляется комплексное лечение, включающее, в частности, максимальную глюкокортикоидную терапию по общепринятой схеме. Исключение составляют больные с отогенными поражениями лицевого нерва, которым проводят хирургическое лечение в сочетании с антибактериальным. Эффективна блокада звездчатого узла на стороне прозоплегии. Больным, у которых имеются противопоказания к назначению глюкокортикоидов, а также в острейшем периоде заболевания в течение 5-7 дней вводят струйно салуретики (лазикс).

Начиная с острейшего периода, производятся блокады заушной области 2 мл 2% лидокаина через день; на курс лечения 8-10 блокад. В случае непереносимости блокад заушной области их заменяют аппликациями 33% раствора димексида в сочетании с 2% раствором новокаина или никотиновой кислоты.

Лечение невритов: патогенетические принципы терапии, физиотерапевтические методы лечения, которые эффективны в первые 6-12 месяцев. Из физиотерапевтических процедур рекомендуется электростимуляция пораженных мышц, массаж мимической мускулатуры.

Оперативные методы лечения делятся на 3 группы:

- 1-операции, статически или кинетически корригирующие асимметрию лица,
- 2-операции, восстанавливающие сократительную функцию парализованной стороны лица,
- 3-операции на деформированной нижней челюсти,

К 1 группе можно отнести следующие:

1. Способ статического или кинетического подвешивания
2. Местные операции в виде иссечения избытка растянутой и дряблой кожи лица, сужения расширенной глазной щели, склероблефароррафии, перемещения кверху опущенного угла рта и т.д.

3. Корректирующие операции на здоровой стороне, направленные на ослабление функции здоровых мимических мышц

К II группе относятся:

1. Мышечная пластика на парализованной стороне
2. Пересадка подъязычного нерва в мимические мышцы
3. Операции на лицевом нерве: декомпрессия, невролиз, свободная пересадка его.
4. Сшивание центрального отрезка лицевого нерва с подъязычным, добавочным или диафрагмальным нервом.

Интерактивный метод: Метод снежков.

Рекомендуемая литература

- основная

1. Учебник «Хирургическая стоматология» под редакцией Т.Г.Робустовой, М.Медгиз 2003, С.488-490, 491-493
2. Руководство по хирургической стоматологии челюстно-лицевой хирургии под редакцией В.М.Безрукова, Т.Г. Робустовой том 1, 2000 г., стр 599.
3. Штейнберг- «Невралгия тройничного нерва».
4. Карлов -«Лицевые боли».

- дополнительная

1. Ю.И.Бернадский «Травматология и восстановительная хирургия ЧЛО».-1999.-С.257-264.
2. Интернет сайты:
www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 17

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

Технологическая карта практического занятия.

| | | |
|----------------------------------|---------------|-------------|
| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
| | Преподаватель | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>1-этап</p> <p>Введение в учебное занятие</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают</p> <p>Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| <p>2- этап</p> <p>Основная часть</p> <p>25- минут</p> <p>15- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> <p>10- минут</p> <p>50- минут</p> <p>40- минут</p> <p>20- минут</p> <p>3- этап</p> <p>Заключительный</p> <p>40- минут</p> <p>10- минут</p> | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие).</p> <p>Перемена</p> <p>2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов)</p> <p>3.1. Заключение. Проводится заключение по теме.</p> <p>3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5)</p> <p>3.3.Задаются вопросы и задания для</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> <p>Слушают</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Слушают</p> <p>Слушают сами себя оценивают</p> <p>Записывают</p> |

| | | |
|-----------|--|----------|
| 10- минут | самостоятельной подготовки(приложение № 7) | задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Понятие и цель эстетической хирургии.
2. Показания для проведения эстетических операций.
3. Круговой лифтинг кожи лица.
4. Мини-лифтинг кожи верхней части лица.
5. Мини-лифтинг кожи нижней части лица и шеи.

Содержание занятия.

Эстетическая (косметическая) хирургия является разделом пластической хирургии. Целью эстетической хирургии челюстно-лицевой области является устранение обращающих на себя внимание изменений (возрастных и др.) и дефектов (врожденных или приобретенных). После проведения любой косметической операции остаётся рубец, который должен удовлетворять пациентов в эстетическом отношении. Это достигается тем, что разрезы располагаются по ходу естественных складок и борозд.

Показания для проведения операций могут быть абсолютными (при наличии выраженных и очень заметных косметических дефектов) и относительными (если недостатки слабо выражены и малозаметны). В последнем случае следует правильно оценить психическое состояние пациента с точки зрения возможности совмещения его пожеланий с тяжестью косметического дефекта. Косметическая операция должна выполняться практически здоровым людям. В челюстно-лицевой области данные операции необходимо проводить у пациентов, достигших 17-18 лет. Исключение составляют лица с врождёнными деформациями ушных раковин (лопоухостью), которым хирургическое вмешательство можно проводить в 6-7 летнем возрасте, т.е. перед поступлением в школу.

Возрастные изменения мягких тканей лица и шеи.

Возрастные (инволютивные) изменения мягких тканей лица и шеи характеризуются появлением определенных клинических признаков: **морщин** (борозды кожи) и **складок** (отвисание растянутой кожи). Это является показанием для проведения оперативного вмешательства. По мнению А.Ф. Ахабадзе (1975), все морщины следует делить на динамические и статические. **Динамические** морщины возникают в результате постоянно повторяющегося сокращения мышц (они расположены перпендикулярно мышечным волокнам, сокращение которых вызвало их образование). **Статические** морщины появляются при атрофических процессах в коже и подкожной клетчатке (кожа сморщивается).

Как уже сказано, морщины и складки кожи появляются при старении. Образование их на лице и шее происходит за счёт воздействия физических факторов (климатических или профессиональных), а также может быть обусловлено различными другими причинами (стрессами, тяжелыми соматическими заболеваниями, злоупотреблением алкоголя или курением и др.). Однако, в некоторых случаях, их возникновение в молодом возрасте можно связать с усиленной мимикой, вследствие резкого уменьшения массы тела или лучевых поражений и другими факторами.

Удаление (устранение) по методу А.А. Тимофеева избытков кожи в области висков, щёк и шеи (круговая операция или полный лифтинг) проводится при наличии морщин и складок в области наружных углов глаз, щёк, околоушной и заушной областей, отвисание тканей подподбородочной области, избытков кожи верхней и средней трети шеи. Перед операцией, в местах предполагаемых разрезов, волосы коротко состригают в виде полосы шириной 2-3 см, а затем сбривают. Окружающие волосы туго связывают в пряди. Оперативное вмешательство проводится под общим обезболиванием, лишь в некоторых случаях – под инфильтрационной анестезией с премедикацией (нейролептаналгезией или атаралгезией). В литературе известно многообразных вариантов выполнения этой операции, но хирург обычно выбирает определенный тип её проведения. Операция выполняется последовательно на каждой стороне лица. Разрез кожи начинают в височной области и опускают его до верхнего края ушной раковины, а затем плавно огибая ушную раковину (впереди козелка и вокруг уха) продолжают по заушной складке до сосцевидного отростка с поворотом на шею. Отслаивают кожно-жировой лоскут. В верхних отделах лица отслойку лоскута следует проводить более щадящее, чем в нижних отделах (на шее кожу можно отслаивать до средней линии). Делают гемостаз. Кожу натягивают (мобилизуют) вверх и кзади так, чтобы на лице и шее все складки расправились. Избытки кожи иссекают. Кожно-жировой лоскут удерживают в заданном положении фиксирующими одиночными швами. Послеоперационную рану зашивают непрерывными или одиночными швами из нерассасывающихся нитей. Накладывают циркулярную бинтовую давящую повязку на 3-4 дня. Швы снимают не ранее чем на 7-8 сутки. Исключение составляет место впереди ушной раковины. В этом участке швы снимаются на 5-сутки. Метод А.А. Тимофеева предусматривает одновременное удаление избытков кожи век и проведение полного лифтинга.

В последние годы для выделения и натяжения в кожно-жировой лоскут включают поверхностный мышечно-апоневротический слой (фасциально-мышечный комплекс) боковой поверхности лица. Этот вид операции показан у пациентов с глубокими инволютивными изменениями, которые локализуются не только в поверхностных, но и в глубоких слоях (мышцах) лица.

У лиц молодого возраста можно ограничиться натяжением кожи отдельных участков лица или шеи. Операция называется **частичной подтяжкой** или **мини-лифтингом**. Об окончательных результатах проведенного оперативного вмешательства следует судить не ранее чем через 1-3 месяца после операции. Результаты операции, при правильном уходе за кожей лица, могут быть хорошими в течение 5 лет и более. Сохранение положительных результатов зависит также и от других факторов (физических, состояния здоровья, похудения и др.).

Устранение морщин и складок кожи лба чаще выполняют под инфильтрационной анестезией с премедикацией. Показанием для ее проведения являются глубокие горизонтальные морщин и складок кожи лба, а также для коррекции опустившихся бровей. Для устранения горизонтальных морщин и складок кожи лба при невысоком лбе (высота лба меньше 1/3 высоты лица) разрез проводят в волосистой части головы (начинают его на 3 см выше верхней границы уха в височной области и направляют его на

противоположную сторону заканчивая на таком же расстоянии от уха). Предварительно зону волос в месте предполагаемого разреза выстригают и выбривают. Отслаивают кожно-жировой лоскут до надбровных дуг, натягивают вверх, накладывают наводящие швы. Избытки кожи иссекают. На рану накладывают непрерывный (обвивной) шов.

При высоком лбе (высота лба больше $1/3$ высоты лица) линия разреза проходит по границе волос, мобилизуют кожно-жировой лоскут до надбровных дуг, натягивают вверх и накладывают наводящие швы с иссечением избытков кожи и последующим зашиванием раны. При облысении горизонтальные морщины устраняются фигурным (волнообразным) разрезом по верхнему краю бровей, которые соединены в области переносицы. Мобилизуют кожу до волосистой части, натягивают книзу, избытки удаляют, рану зашивают. Аналогичным образом проводится коррекция опустившихся надбровных дуг. При коррекции одной брови разрез делают на соответствующей стороне.

И.А. Фришберг (1984) предлагает для устранения морщин лба мобилизовать не кожно-жировой, а мышечно-апоневротический лоскут. Автором получены хорошие результаты.

Удаление избытков кожи век. Возрастные изменения век начинаются с появления тонких, нерасправляющихся складок на коже верхних век. Собранные в складку кожа верхнего века вызывает опущение его нижнего края. На нижних веках кожа может свисать к нижнему краю глазницы в виде различной величины складок. В области верхних и нижних век, в результате возрастных изменений в круговой мышце глаза (она становится дряблой), дольки окологлазничного жира могут проникать под кожу. Внешне это выглядит в виде выбухания век. Е. Вергу доказал, что между орбитой и глазным яблоком существует пять щелевых отверстий, через которые дольки окологлазничной клетчатки проникают под веки: верхненаружное (между краем орбиты и верхним краем мышцы, поднимающей верхнее веко), верневнутреннее (между сухожилием верхней косой мышцы и медиальной связкой глаза), нижневнутреннее (между внутренней связкой и нижней косой мышцей глаза), нижнецентральное (между дном орбиты и нижней косой мышцей глаза), нижненаружное (между наружной связкой и нижней косой мышцей глаза). В области этих щелевых отверстий имеется ограниченное скопление окологлазничной жировой клетчатки или так называемое жировые грыжи.

Операцию удаления избытков кожи век лучше проводить под общим обезболиванием, хотя возможно её выполнение и под инфильтрационной анестезией. Перед удалением избытка кожи верхних век, то есть, до проведения местного обезболивания, необходимо определить количество кожи, которое необходимо иссечь. Для этого кожа верхнего века берется в складку при помощи глазного пинцета и границы её ограничивают красящим раствором (бриллиантового зеленого и марганцово-кислого калия). Разрез располагается по ходу физиологической складки. После иссечения избытка кожи рану зашивают непрерывным швом и накладывают марлевую тугую повязку с помощью лейкопластыря. Для удаления складок нижних век делают подресничный разрез кожи от внутреннего до наружного угла глаза с переходом его в естественную складку. После отслоения кожи нижнего века её перемещают вверх и иссекают избыток. Послеоперационную рану зашивают непрерывным швом с наложением давящей повязки. Если во время устранения избытка кожи век в операционной ране обнаруживаются дольки жира, которые просвечиваются через растянутую фасцию, то их удаляют. Для этого рассекают истонченную фасцию, иссекают жировые дольки, а мышцу и фасцию сшивают тонкими кетгутными швами. Следует помнить, что узлы кетгута необходимо погрузить в мышечный слой. На кожу накладывают шов. Швы на веках снимают на 3-4 сутки после операции.

Интерактивный метод: Аквариум

Практическое занятие № 18

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ДИАГНОСТИКА БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|--|--|--|
| | Преподаватель | |
| 1-этап Введение в учебное занятие 10- минут 10- минут 15- минут 5- минут | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| 2- этап Основная часть 25- минут 15- минут 15- минут 5- минут 10- минут 50- минут | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие).</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> |

| | | |
|----------------|--|-------------------------------|
| 40- минут | Перемена | |
| 20- минут | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают |
| 3- этап | | Задают вопросы |
| Заключительный | | |
| 40- минут | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| 10- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают и сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Методы клинического исследования в онкологии.
2. Признаки злокачественности опухолей.
3. Морфологическая характеристика опухолей.
4. Методы рентгенологического обследования.

Содержание занятия

Методы обследования и диагностики больных со злокачественными опухолями ЧЛЮ. Внешний осмотр. Проводятся исследования кожи лица, слизистой оболочки полости рта и одновременно проводится консультация онколога. Проводится рентгенография, томография, ангиография, реакция Блэка, стоматоскопия, цитология, тепловизиография.

Методы обследования и диагностика, больных со злокачественными опухолями начинаются с жалоб больного. При опросе можно установить, что уплотнение появилась давно, мало беспокоило, отмечалось чувство жжения.

Из анамнеза можно выяснить, что длительно проводилось самолечение. К врачу не обращались. Часто начало заболевания связывают с какой-то травмой или долго находился на лечении. Дает частые рецидивы.

При осмотре необходимо осматривать у каждого больного в определенной последовательности все отделы полости рта и языка, особенно у дорсальной поверхности основания языка.

Пальпация необходима, так как одним из ведущих клинических симптомов при дифференциальной диагностике это наличие плотного инфильтрата на основании припухлости. Необходимо пальпировать регионарные лимфатические узлы.

Алгоритм диагностических мероприятий

| Этапы действия | Критерии самоконтроля |
|----------------------|--|
| | <i>Жалобы больного</i> |
| 1.1. Наличие опухоли | При новообразованиях, характеризующихся “плюс” - тканью. |
| 1.2. Наличие язвы | Возможно при злокачественной опухоли. |

| | |
|--|--|
| <p>1.3. Боли</p> <p>1.4. Запах зловонный</p> <p>1.5. Наличие свища</p> <p>1.6. Затрудненное открывание рта</p> <p>1.7. Нарушение жевания</p> <p>1.8. Подвижность, смещение или отсутствие зубов</p> <p>1.9. Парез мимических мышц</p> <p>1.10. Нарушение чувствительности мягких тканей и зубов</p> <p>1.11. Кровотечение</p> <p>1.12. Затруднение носового дыхания</p> <p>1.13. Выделения из носа (гнойно-кровянистые, гнойные со зловонным запахом)</p> <p>1.14. Отёк век, слезотечение, Смещение глазного яблока, нарушение зрения</p> <p>1.15. Изменение общего состояния а) слабость, потеря веса б) озноб, повышение температуры</p> | <p>Возможны.</p> <p>При раковых язвах, распаде злокачественных опухолей и метастазов.</p> <p>Возможно при кистозных опухолях челюстей, врожденных свищах и кистах шеи и языка, опухолях.</p> <p>При опухолях ветви нижней челюсти, раке слизистой оболочки полости рта в области крыловидно-нижнечелюстной складки, опухолях в области бугра верхней челюсти.</p> <p>При раке слизистой оболочки полости рта. Может быть при раке и кистозных новообразованиях челюстей.</p> <p>При доброкачественных и злокачественных опухолях челюстей.</p> <p>При злокачественной опухоли околоушной слюнной железы, вследствие поражения лицевого нерва.</p> <p>Возможно при злокачественных опухолях челюстей, вследствие поражения ветвей тройничного нерва.</p> <p>Возможно при гемангиомах мягких тканей и челюстей, эрозии стенки сосуда раковой опухолью.</p> <p>Возможно при опухолях верхней челюсти с прорастанием в полость носа и решетчатый лабиринт.</p> <p>Возможны при злокачественных опухолях верхней челюсти.</p> <p>При запущенных злокачественных опухолях верхней челюсти задне-верхней локализации с прорастанием опухоли в глазницу, решётчатый лабиринт</p> <p>Возможно при злокачественной опухоли</p> <p>При нагноении врождённых кист, амелобластомы, радикулярной и фолликулярной кист, злокачественных опухолях в стадии распада</p> |
| | <i>Анамнез заболевания</i> |
| <p>2.5. Наследственность (наличие онкологических заболеваний в семье)</p> <p>2.6. Перенесенные и сопутствующие заболевания</p> <p>2.7. Профессиональные вредности</p> <p>2.8. Вредные привычки</p> | <p>Имеет значение.</p> <p>Для выяснения общего состояния больного</p> <p>Способствуют возникновению предраковых состояний и злокачественных опухолей</p> <p>Способствуют возникновению предраковых состояний и злокачественных опухолей</p> |
| | <i>Обследование больного</i> |
| <p>3. Оценка общего состояния больного (осмотр, аускультация, пальпация, перкуссия) Выяснение патологии органов по системам</p> <p>4. Оценка местного статуса(осмотр, пальпация, инструментальное обследование)</p> | <p>Кахексия - признак злокачественной опухоли. Имеет значение.</p> <p>При опухолях.</p> <p>При системных заболеваниях.</p> <p>При доброкачественных и злокачественных</p> |

| | |
|--|--|
| <p>4.1. Конфигурация лица и шеи</p> <p>4.2. Характер поражения</p> <p>а. единичный</p> <p>б. множественный</p> <p>в. экзофитный рост ("плюс" - ткань)</p> <p>г. эндофитный рост (язва, инфильтрат)</p> <p>д) изменение цвета</p> <p>е) локализация</p> <p>ж) форма (гладкая, бугристая)</p> <p>з) размеры (в см)</p> <p>и) консистенция</p> <p>к) контуры опухоли</p> <p>л) симптом наполнения, пульсации, исчезновения окраски</p> <p>м) спаянность с окружающими тканями</p> <p>4.3. Состояние регионарных лимфатических узлов</p> <p>а) наличие узлов</p> <p>б) размеры (в см)</p> <p>в) консистенция</p> <p>г) подвижность</p> <p>4.4. Внутриворотной осмотр</p> <p>а) прикус</p> <p>б) зубная формула</p> <p>в) смещение, подвижность зубов</p> <p>г) разрастание тканей в лунке зуба</p> <p>д) состояние слизистой оболочки</p> <p>е) язык</p> | <p>опухолях.</p> <p>Для злокачественной опухоли характерна язва с кровоточащим дном и инфильтрацией окружающих тканей.</p> <p>Возможно при злокачественных сосудистых и пигментных опухолях</p> <p>Имеет значение</p> <p>Для доброкачественных опухолей характерны четкие контуры, нечеткие - для злокачественных</p> <p>Для доброкачественных опухолей характерны четкие контуры, нечеткие - для злокачественных</p> <p>При сосудистых опухолях, окраска не исчезает при пигментообразующих опухолях</p> <p>Характерна для злокачественных опухолей</p> <p>В норме не увеличены</p> <p>Имеет значение</p> <p>Плотные лимфоузлы возможны при метастазах</p> <p>Неподвижные лимфоузлы характерны для метастазов</p> <p>Возможно нарушение прикуса</p> <p>Возможно при доброкачественных и злокачественных опухолях</p> <p>Может при доброкачественной и злокачественной опухоли</p> <p>Изменяется при злокачественных опухолях</p> <p>Возможны ограничения подвижности.</p> |
| | <i>Дополнительные методы обследования</i> |
| <p>5.1. Электроодонтометрия (ЭОМ)</p> <p>5.2. Лучевая диагностика</p> <p>5.3. Рентгенография:</p> <p>а) обычная</p> <p>б) контрастная</p> <p>в) органов грудной клетки</p> <p>г) УЗИ</p> <p>5.4. Морфологическая верификация опухоли:</p> <p>а) цитологическое исследование</p> <p>б) патогистологическое исследование</p> | <p>Снижение или отсутствие реакции пульпы зуба.</p> <p>При доброкачественных опухолях челюстей очаг деструкции имеет четкие границы, при злокачественных - нечеткие.</p> <p>Для уточнения распространенности процесса.</p> <p>Возможны метастазы при злокачественных опухолях.</p> <p>Проводится в обязательном порядке.</p> <p>Наличие характерных клеточных элементов.</p> <p>Наличие характерных тканей.</p> |
| | <i>Дифференциальная диагностика между патологическими процессами</i> |
| <p>6.1. Воспаление неспецифическое</p> | <p>Характерны инфильтрат, местная гиперемия, местная гипертермия, боль, отёк, возможны абсцедирование, повышение температуры тела и острое начало.</p> |

| | |
|-------------------------------|---|
| 6.2. Специфическое воспаление | Специфические элементы поражения: туберкулезная язва резко болезненна; при актиномикозе - плотный деревянистый инфильтрат с цианотичной кожей, на коже возможны свищи и рубцы; сифилитическая язва имеет "восковое" дно. Имеют значение серологические реакции и анамнез. |
| 6.3. Трофические нарушения | Имеется язва: в анамнезе- декомпенсация сердечно-сосудистой системы. |

Биопсия – прижизненное взятие кусочек ткани для микроскопического исследования.

Правила выполнения биопсии

- биопсия должна выполняться в условиях операционной или перевязочной с соблюдением всех правил асептики или антисептики.
- необходимо хорошее освещение операционного поля, чтобы можно было установить границы новообразования и интактной ткани.
- с учетом локализации и предполагаемой сложности операции следует определить метод обезболивания.
- биопсия должна выполняться острым инструментом.
- иссечённый фрагмент опухоли должен быть аккуратно вывихнут из раны, грубые манипуляции нарушают правила абластики.
- опухолевая ткань должна иссекаться не в центре новообразования, а с периферии, при этом обязательно иссечение вместе с опухолевой и части интактной ткани: в центре опухоли часто бывают явления распада, некроза, вторичного воспаления тканей, морфолог может не обнаружить в присланном материале характерных признаков опухолевого роста.
- Несоответствие морфологического заключения клиническим признакам должно заставить врача повторно выполнить биопсию, хотя это и чревато дополнительной травмой опухоли и потерей времени.
- по окончании операции рана должна быть ушита по всем правилам хирургии; если ушить рану невозможно, например, после инцизионной биопсии большой раковой язвы - необходимо остановить кровотечение диатермокоагуляцией сосудов новообразования.
- иссеченный участок опухоли должен быть осмотрен хирургом и подробно описан в истории болезни (размеры, консистенция, цвет, характер поверхности, вид на разрезе). После этого материал должен быть помещён в 10% раствор формалина и немедленно промаркирован с указанием ФИО больного, фамилии хирурга, выполнявшего биопсию; в противном случае материал может быть перепутан или потерян.
- по окончании операции хирург заполняет лист биопсии, с которым маркированный материал отправляется в патоморфологическую лабораторию.

Цитология (соскоб, промывных вод, отпечатков, мазок, пункция).

Цитологическое исследование

- Мазки - отпечатки, получаемые путём непосредственного контакта предметного стекла с поверхностью опухоли; чаще этот метод применяется при язвенных формах новообразований
- соскоб делают при язвенных формах новообразования: осторожными движениями скальпеля или шпателя берут материал с поверхности опухоли и наносят его на предметное стекло, которое должно быть предварительно промаркировано, высушено и обезжирено
- эксфолиативный метод -удаленные чешуйки, корочки, напластования с поверхности кожи лица, красной каймы губ, СОПР помещаются на предметное стекло; если после эксфолиации обнаруживается раневая поверхность, то на другое предметное стекло можно сделать мазок-отпечаток
- смыв и исследование промывных вод с поверхности исследуемого органа, например, из верхнечелюстной пазухи: через прокол наполнить пазуху физ раствором, затем извлечь его в тот же шприц и содержимое шприца поместить на предметное стекло
- аспирационный метод: материала из опухоли, недоступной осмотру (верхнечелюстной синус, регионарные лимфоузлы) можно получить с помощью обычного шприца и иглы диаметром около 1,5

мм: жидкость или обрывки тканей из шприца помещают на предметное стекло. Для получения материала этим методом необходимо неоднократно менять глубину вкола и направление движения иглы, поэтому аспирационное исследование надо проводить под местным обезболиванием.

Признаки новообразований

| <i>Признаки</i> | <i>Доброкачественные</i> | <i>Злокачественные</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Границы | чёткие | нечёткие |
| Характеристика | медленный | быстрый, инфильтративный |
| Рецидивы | нет | да |
| Степень дифференцировки | высокая | низкая |
| Чувствительность к лучевому воздействию | нет | да |

Не все признаки абсолютны, например: высокодифференцированная капиллярная гемангиома высокочувствительна к облучению, а саркомы - радиорезистентны. Имеются промежуточные опухоли.

Необходимо провести дополнительные методы обследования:

1. Лабораторные методы диагностики

А) общий анализ крови

Б) исследование костного мозга

В) общий анализ мочи

2. Рентгенологическая диагностика (снимки томографии).

Радиоизотопная диагностика

а) определение накопления в тканях опухоли по сравнению со здоровыми симметричными участками тела

б) сканирование с помощью аппарата сканера на схемах изучаемого органа отличается радиоактивными импульсами от накопленного радиоактивного вещества.

Артериография при злокачественных опухолях верхней челюсти происходят существенные изменения. Происходит смещение сосудов и появляются новые. В существующих сосудах задерживаются контрастные вещества и удлиняются все фазы контрастирования.

По данным при заключительных новообразованиях повышается фагоцитарная активность нейтрофильных гранулоцитов. Радикальное оперативное вмешательство способствует нормализации активности фермента, а появление метастазов или рецидива приводит к повторному росту активности щелочной фосфатазы.

Реакция Блэка тоже приобретает большое диагностическое значение при злокачественных опухолях, если время обесцвечивания метиленовым синим, превышает 15 минут. Диагностическая ценность данной процедуры ещё больше возрастает в сочетании с повышенной фосфатазной активностью нейтрофильных гранулоцитов.

Стоматоскопия производится колоскопом КС I обеспечивает увеличение рассматриваемого объекта в 4, 6, 10, 16 и 25 раз. При этом обращают внимание на цвет, рельеф, блеск сосудистых рисунков слизистой оболочки, характер патологических элементов (бугорок, пятно, пузырь, эрозия), его отношение в окружающей ткани. При стоматоскопии обнаружение окрашенных в темно-синий цвет участков эпителиального покрова указывают с большой достоверностью на наличие у больного злокачественной опухоли.

Морфологические методы исследования на современном этапе является не только определение опухолей принадлежности биопсийного материала и гистологического строения злокачественного новообразования, но и выявления признаков, характеризующих структуру плоскоклеточного полиморфизма, митотическую активность, необходимо так же анализ роста опухоли в окружающих тканях, распространенности опухолевой инфильтрации в сосуды и выраженности лимфоплазмоцитарной реакции.

Тепловизиография

Симметричная электротермометрия

Реография. В основу ранней диагностики раковых опухолей положены принципы онкологической настороженности:

1. Знание симптоматики ранних форм злокачественных опухолей.
2. Знание организации онкологической помощи и быстрое направление больного по назначению.
3. Знание предраковых заболеваний, их лечение.
4. Тщательное обследование каждого больного, обратившегося к врачу любой специальности для выявления возможного заболевания злокачественной опухоли.

Предложение об атипичном или осложненном течении злокачественной опухоли в трудных случаях диагностики.

Во время занятия неоднократно подчеркивается о соблюдении деонтологии при обследовании онкологических больных.

Студент должен знать:

- особенности клеточного и тканевого атипизма;
- клинические проявления доброкачественных и злокачественных опухолей;
- принципы диагностики с использованием лучевых методов;
- методы цитоморфологического контроля;
- методы термовизиографии, радиоизотопной диагностики;
- принципы классификации опухолей.

Студент должен уметь:

- описать образование: размеры, окраску, характер поражения;
- пальпировать образование (консистенция, болезненность, спаянность с кожей, наличие четких контуров);
- взять отпечаток для цитологического исследования;
- взять кусочек ткани для гистологического анализа;
- читать рентгеновские снимки, ставить предварительный диагноз;
- направить больного к специалисту.

Интерактивный метод: Тур по галерее.

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:

- А) предраковые заболевания*
- Б) гиперсаливация
- В) частичная адентия
- Г) массивные зубные отложения
- Д) заболевания желудочно-кишечного тракта.

2. Больной с диагнозом «злокачественное новообразование» челюстно-лицевой области должен быть направлен к:

- А) районному онкологу *
- Б) специалисту-радиологу
- В) участковому терапевту
- Г) хирургу общего профиля
- Д) специалисту-стоматологу

3. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза «злокачественное новообразование ЧЛО» относится:

- А) цитологический *
- Б) физикальный
- В) биохимический
- Г) иммунологический
- Д) ангиографический

4. Под онкологической настороженностью понимают знание:

- А) системы организации помощи онкологическим больным *
- Б) профессиональных вредностей
- В) препаратов для лечения опухолей
- Г) допустимых доз лучевой терапии
- Д) специальных методов обследования, ранней диагностики

5. Стадию злокачественного новообразования устанавливают на основании клинических признаков:

- А) размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов *
- Б) жалоб больного
- В) размеров опухоли
- Г) жалоб больного, размеров опухоли
- Д) размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов

6. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят:

- А) иссечение опухоли *
- Б) химиотерапию
- В) лучевую терапию
- Г) комбинированное лечение

7. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят:

- А) криодеструкцию *
- Б) химиотерапию
- В) лучевую терапию
- Г) комбинированное лечение
- Д) симптоматическую терапию.

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относится:

- А) физикальный
- Б) биохимический
- В) цитологический
- Г) иммунологический

Д) ангиографический
1. В * 2) Г 3) АД 4) БГ

2. Под онкологической настороженностью понимают знание:

А) ранних симптомов
Б) препаратов для лечения
В) профессиональных вредностей
Г) допустимых доз лучевой терапии
1) А * 2) ВГ 3) БВ 4) Г

3. Под онкологической настороженностью понимают знание:

А) профессиональных вредностей
Б) допустимых доз лучевой терапии
В) поздних симптомов злокачественных новообразований
Г) препаратов для лечения злокачественных новообразований
Д) системы организации помощи онкологическим больным
1) Д * 2) АВВ 3) БВ 4) ГД 5) В

4. Под онкологической настороженностью понимают знание:

А) профессиональных вредностей
Б) препаратов для лечения опухолей
В) допустимых доз лучевой терапии
Г) специальных методов обследования, ранней диагностики
Д) системы организации помощи онкологическим больным
1) Д * 2) АВВ 2) БВ 3) ВГ 4) В

5. Стадию злокачественного новообразования устанавливают на основании:

А) жалоб больного
Б) размеров опухоли
В) жалоб больного, размеров опухоли
Г) размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов
Д) размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов.
1) Д * 2) БВ 3) АВГ 4) АВ

6. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относятся:

А) химиотерапия
Б) лучевая терапия
В) иссечение опухоли
Г) комбинированное лечение
Д) криодеструкция
1) ВД * 2) БВ 3) ГД 4) АВ

Ситуационные задачи:

1. Больной, 49 лет, обратился в клинику повторно спустя полтора года после проведенного комбинированного лечения по поводу злокачественного образования верхней челюсти справа. Больному была проведена предоперационная лучевая терапия, половинная резекция верхней челюсти справа. От рекомендованной экзетерации содержимого глазницы больной категорически отказался, операция Кройля справа. В послеоперационном периоде проводилась дополнительно лучевая терапия. После полной эпителизации раневой

поверхности больному был изготовлен съемный протез – obturator на верхнюю челюсть. В настоящее время больной предъявляет жалобы на экзофтальм правого глаза и периодически возникающие кровотечения из-под протеза. При осмотре отмечается экзофтальм правого глаза. Резко выраженный отек нижнего века справа. Со стороны полости рта у дна глазницы отмечается разрастание ткани, напоминающей грануляционную. При рентгенологическом исследовании отмечается резорбция нижнего глазничного края справа.

1) Поставьте диагноз

2) Какие еще исследования необходимо провести для постановки диагноза и определения дальнейшего плана лечения больного.

3) Составьте план дальнейшего лечения больного.

Ответ: 1) Рецидив рака глазницы;

2) Морфологическое исследование;

3) Комбинированное лечение.

2. У больного, 50 лет отмечается деформация нижнего отдела лица в области нижней челюсти слева, которую он обнаружил более 2-х лет назад. Увеличение размера припухлости медленное и безболезненное. Кожные покровы над образованием, которое простирается от угла нижней челюсти слева до подбородка, почти не изменены, подвижны. В полости рта с вестибулярной поверхности тела нижней челюсти слева практически отсутствует переходная складка. Слизистая оболочка натянута, с выраженным сосудистым рисунком. При пальпации определяется плотное, гладкое, безболезненное образование. При рентгенологическом обследовании костей лицевого скелета довольно ясно прослеживается интенсивная тень с четкими границами и с участками тяжистого строения в центре. Наружная компактная пластинка тела нижней челюсти сохранена на всем протяжении.

1) На основании вышеизложенного, о каком заболевании может идти речь.

2) Какое еще исследование необходимо провести.

3) Наметьте план лечения.

Ответ: 1) Губчатая остеома;

2) Морфологическое исследование;

3) Удаление опухоли.

Раздаточные материалы:

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.

2. Тесты 1 уровня сложности.

3. Тесты 2 уровня сложности.

4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

В практической части занятия проводятся курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты, создав группы по 3 человека, один из которых имитирует больного с различными заболеваниями злокачественных опухолей ЧЛЮ, другой – обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания), осмотр (визуальный и пальпаторно определяются опухоли ЧЛЮ).

При этом оцениваются знания как студента – «врача» - насколько корректно, логично, целенаправленно со знанием темы проводит обследования больного. При обследовании

больных необходимо научит студента проводить обследование и диагностику больных со злокачественными опухолями ЧЛЮ. Размер опухоли, консистенция, цвет опухоли, подвижность лимфатических узлов.

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 коррективы. Проверяют правильность заполнения амбулаторных карт, истории болезни. Решаются ситуационные задачи II уровня сложности для контроля уровня усвоения данной темы (приложение 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.

Рекомендуемая литература

-основная:

Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2003 г.

-дополнительная:

1. Бернадский Ю.И.» Основы хирургической стоматологии» Киев,1998.
2. Соловьев А.И. «Онкологические аспекты в стоматологии», 1983 г.
3. Пачес А.И. «Опухоли головы и шеи», М. 1983 г.
4. Петерсон Н.И. «Онкология», 1980 г.
5. Блохин Н.И., Петерсон Н.И., Воробьев Ю.И. «Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области», 1978 г.
6. Шаргородский А.Г. «Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица» М.,1999.
7. Интернет сайты:

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 19

ОБЛИГАТНЫЕ И ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ ЛИЦА. ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБЫ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и | Деятельность | Обучающиеся |
|---------|--------------|-------------|
|---------|--------------|-------------|

| продолжительность работы | Преподаватель | |
|--|---|--|
| <p>1-этап</p> <p>Введение в учебное занятие</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают</p> <p>Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| <p>2- этап</p> <p>Основная часть</p> <p>25- минут</p> <p>15- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> <p>10- минут</p> <p>50- минут</p> <p>40- минут</p> <p>20- минут</p> <p>3- этап</p> <p>Заключительный</p> | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие).</p> <p>Перемена</p> <p>2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов)</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> <p>Слушают</p> <p>Задают вопросы</p> |

| | | |
|-----------|--|-----------------------------|
| 40- минут | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| 10- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Сущность понятия «онконастороженность».
2. Определение понятия «предрак».
3. Факторы, способствующие возникновению предрака кожи лица, красной каймы губ, органов полости рта.
4. Классификация предраковых состояний по Машкиллейсон А.Л.
5. Клинические признаки предраковых заболеваний и рака кожи.
6. Цитоморфологические методы исследования.
7. Лечение предраковых состояний и рака.
8. Диспансеризация больных с предраками ЧЛЮ.

Содержание занятия

В начале 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 вопросы изучаемой темы, преподаватель активизирует полученные прежде знания о предраковых заболеваниях лица и органов полости рта.

Перечень рассматриваемых вопросов:

Классификация предраковых заболеваний

Дополнительные методы обследования предраковых заболеваний лица и органов полости рта.

1. Предраковые заболевания лица и органов полости рта
2. Понятия предрака и его разновидности по международной классификации и классификации по А.Л. Машкиллейсону. Предрасполагающие факторы развития предрака кожи лица, красной каймы губы, слизистой полости рта.
3. Облигатные и факультативные формы предрака: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
4. 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 они предшествовали раку кожи лица в 47% случаев, раку нижней губы 92-97%, раку слизистой 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.

Образованию 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, привычное кусание слизистой оболочки, действие химических объектов (бензин, смолы), курение, закладывание носа под язык в Республиках Средней Азии, употребление алкоголя. К внутренним 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, способствует раннему выявлению предопухоловых форм злокачественных новообразований. Практически это осуществляется путем диспансеризаций, 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) систематической санитарно-просветительные работы по онкологии среди населения и проводятся под руководством онкологических диспансеров.

Знания стоматолога клинических форм предопухоловых состояний даст возможность раннего выявления больных и направление их на консультацию и лечение в лечебнице онкологического профиля. Наблюдение больных с предопухоловыми состояниями возможно в пределах 7-10 дней.

А.Л. Машкиллейсон (1970) составил следующую классификацию предраковых заболеваний:

I. Обязательные предраковые заболевания:

- а) болезнь Боуэна и эритроплазия Кейра;
- б) бородавчатый и узелковый предрак красной каймы;
- в) абразивный преинвазивный Хейлит Мангонотти;
- г) ограниченный предраковый гиперкератоз каймы.

II. Факультативные предраковые заболевания с большой потенциальной злокачественностью:

- а) лейкоплакия эрозивная и веррукозная;
- 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) пострентгеновский хейлит и стоматит;
- е) метеорологический и актинический хейлит.

Облигатное предопухоловое состояние – это изменение тканей, которые всегда перерождаются в злокачественные опухоли. Факультативные предопухоловые состояния – это изменения кожи, красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта при которых малигнизация происходит только в незначительном процессе (18-21%) случаев. Причем некоторые авторы делят на формы никогда не малигнизирующиеся и формы с большой вероятностью озлокачествления. Признаки малигнизации предопухоловых состояний:

- 1) рост опухоли быстрый;
- 2) ее уплотнение;
- 3) изъязвление, трещины на поверхности опухоли;
- 4) появление корок, плотносидящих или слущивающихся;
- 5) кровотечение;
- 6) дурной запах изо рта.

К предраковым поражениям кожи относят облигатные (болезнь Боуэна и пигментную ксеродерму) и факультативные формы (актинический кератоз, радиационный дерматоз, предраковый меланоз, меланотическое пятно Гетчинсона и пр.).

Болезнь Боуэна. Это заболевание наблюдается у лиц после 20-летнего возраста, чаще у мужчин. Локализуется не только на коже лица, но и в других органах, а также на слизистой оболочке рта. Течение заболевания довольно длительное, иногда на протяжении нескольких лет. Болезнь Боуэна считают разновидностью *carcinomaincitu*.

Клиническая картина. Часто заболевание проявляется в виде бляшки с возвышающимся краем, поверхность которой уплощена вследствие атрофии и рубцевания, покрыта корками. Цвет бляшек от желтоватого до темного. Снятие корки приводит к обнажению раневой кровоточащей поверхности. Процесс захватывает всю толщу эпидермиса и отличается от рака отсутствием инфильтрации обнаженных тканей.

Лечение хирургическое, заключается в иссечении бляшки в пределах здоровых тканей. В случае невозможности проведения операции применяют лучевую терапию.

Пигментная ксеродерма. Это заболевание наблюдается в основном у детей и молодых лиц. Провоцирующим фактором его является солнечный ожог, после которого появляются пятна красного цвета на лице. Затем эти пятна пигментируются, сливаются друг с другом, на них образуются бородавчатые разрастания, мокнувшие эрозии. Развивается кератоз. Заболевание наследственное, передается как рецессивный признак. Процесс, как правило, переходит в плоскоклеточный или базальноклеточный рак.

Лечение – иссечение пораженных участков кожи или криодеструкция. При множественных разрастаниях применяют рентгенотерапию. Ввиду высокой чувствительности кожи к солнечным лучам рекомендуют защиту от солнца в виде ношения очков и пребывания в домашних условиях.

Актинический кератоз (солнечный, старческий кератоз). Это заболевание отмечается в основном у людей пожилого возраста, локализуется на лице в виде множественных чешуйчатых атрофических образований желтоватого цвета размером до 1 см. В центре этих образований могут быть плотные выросты в виде рога. Возникновению кератоза способствуют инсоляция и ветер.

Гистологическая картина иногда сходна с таковой при болезни Боуэна. При озлокачествлении развивается плоскоклеточный или базально-клеточный рак.

Лечение хирургическое (иссечение). Некоторые авторы рекомендуют короткофокусную лучевую терапию. Необходимо исключить неблагоприятные метеорологические факторы.

Радиоционный дерматоз возникает в результате действия ионизирующего излучения. Проявляются на коже в виде участков гипо- и гиперпигментации, шелушения, трещин, язв, иногда в виде плоских пятен с чешуйчатой поверхностью или бородавчатыми разрастаниями. В поздних стадиях в связи с повреждением волосяных фолликулов выпадают волосы; потовые железы сохраняются.

Лечение консервативное и заключается в применении аппликаций масляных растворов витаминов А, Д или рыбьего жира, мазей, содержащих кортикостероиды, антибиотики. Внутрь назначают комплекс витаминов А, Р,Е и группы В. Противопоказаны прижигающие средства, инсоляция. Бородавчатые

разрастания и язвы иссекают с последующим гистологическим исследованием.

Предраковый меланоз, меланотическое пятно (веснушка) Гетчинсона. Эти заболевания проявляются в виде пигментированных образований, которые медленно и неравномерно увеличиваются, возникают у лиц различного возраста и локализуются на коже лица и других областей. Предраковый меланоз, развивающийся на коже скуловой области называют меланотическим пятном Гетчинсона. При злокачественном перерождении пятна развивается меланома.

Лечение хирургическое и лучевое.

К предраку красной каймы губ относятся бородавчатый (узелковый) предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, абразивный преинвазивный хейлит Манганотти, эрозивную и веррукозную формы лейкоплакии, эрозивно-язвенную и гиперкератотическую формы красной волчанки и красного плоского лишая, постлучевой, метеорологический (актинический) хейлит

Среди предраков слизистой оболочки рта облигатными являются болезнь Боуэна, эритроплакия, факультативными- эрозивная и веррукозная формы лейкоплакии, эрозивно-

язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и плоского лишая, постлучевой стоматит.

Бородавчатый (узелковый) предрак красной каймы. Узелковый предрак чаще развивается на нижней губе у лиц среднего и пожилого возраста, преимущественно у мужчин. Как правило, локализуется сбоку от центра губы и захватывает только красную кайму, не переходя на кожу и слизистую оболочку. Растет сравнительно быстро и за 1-2 мес может увеличиться до 1 см (рис 132). Злокачественное перерождение наблюдается более чем в половине случаев, иногда в течение 2-4 мес после появления.

Клинически проявляется в виде ограниченного узла, выступающего над уровнем красной каймы; полушаровидной формы, поверхность покрыта плотно сидящими роговыми чешуйками. Отличается от окружающей ткани более темной окраской. При пальпации основание не уплотнено, безболезненное. Иногда узелковый предрак сочетается с воспалением красной каймы. В таких случаях наблюдается инфильтрация тканей, гиперемия и болезненность.

Диагностика основывается на данных клинической картины и цитологического исследования соскоба с образования, при котором отсутствуют злокачественные эпителиальные клетки. Дифференцировать бородавчатый предрак необходимо от кератоакантомы. Последняя имеет блюдцеобразную форму, центр её выполнен роговыми массами. Важное значение имеет раннее определение озлокачествления. В таких случаях появляются инфильтрация основания узелка, болезненность и ускоряется рост.

Лечение хирургическое. Проводится безотлагательно при обнаружении заболевания и заключается в иссечении очага поражения в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием материала. При злокачественном течении процесса лечение идентично таковому при раке. Прогноз благоприятный при своевременном иссечении очага поражения.

Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы наблюдается чаще у лиц молодого и среднего возраста, в основном у мужчин. Преимущественно поражается красная кайма нижней губы. В отличие от узелкового предрака рост его значительно медленнее, в течение нескольких лет, очаг поражения бывает до 1 см. Озлокачествление наступает почти у 1/3 больных.

Клинически представляет собой ограниченный очаг неправильной формы, поверхность которого располагается как бы ниже уровня красной каймы губ; серовато-белого цвета; иногда поверхность покрыта чешуйками. Основание не инфильтрировано, безболезненно.

Дифференцируют ограниченный предраковый гиперкератоз от простой лейкоплакии (на поверхности последней отсутствуют чешуйки). В случае озлокачествления наблюдается инфильтрация, изъязвление или усиление ороговения очага поражения.

Лечение хирургическое, в ранние сроки, как и при бородавчатом предраке.

Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти встречается главным образом у мужчин в возрасте после 50 лет. Поражается преимущественно красная кайма нижней губы. Течение заболевания медленное, годами. Отмечаются периодически спонтанное заживление и рецидивы заболевания. В половине случаев перерождается в рак.

Клиническая картина довольно характерна. На красной кайме губы появляются одиночные или множественные очаги-некротизирующие эрозии неправильной формы с гладкой поверхностью красного цвета. Со временем на поверхности эрозии появляются корки, снятие которых приводит к кровотечению. Эрозии могут самопроизвольно

эпителизоваться, и тогда поверхность приобретает серовато-розовый цвет. Через 1-3 недели вновь образуется эрозия, иногда на другом участке красной каймы. Она обычно безболезненна, основание её не уплотнено. Постепенно увеличиваясь в размере, эрозия может распространиться на большую часть красной каймы.

Диагностика основана на характерных клинических данных и цитологическом исследовании отпечатка, мазка или соскоба- отсутствии атипических раковых клеток.

Лечение начинают с консервативных методов. Местно применяют аппликации масляного раствора витаминов А, Д₂, облепихового масла. Внутрь назначают комплекс витаминов А, рибофлавина, тиамин, никотиновой кислоты, пиридоксина. Проведенное лечение нередко приводит к заживлению эрозии, однако через некоторое время возможен рецидив. При частых рецидивах показано хирургическое иссечение в пределах здоровых тканей с обязательным гистологическим исследованием материала. Некоторые авторы используют деструкцию очага поражения.

Эритроплакия слизистой оболочки рта. Клиническая и морфологическая картина эритроплакия слизистой оболочки рта сходна с таковой при болезни Боуэна. Заболевание встречается редко, в основном у мужчин различного возраста. Течение длительное, перерождение в рак иногда наступает через несколько лет. Эритроплакия слизистой оболочки рта, как и болезнь Боуэна, является разновидностью *carcinoma in situ*. Проявляется в виде довольно четкоограниченного очага ярко-красного цвета с бархатистой поверхностью, на которой встречаются участки помутнения в виде серо-белого налета.

При длительно процессе отмечается атрофия слизистой оболочки в области поражения и очаг как бы западает. Пораженный участок неправильной формы, при пальпации безболезнен, подлежащие ткани его без уплотнения. Регионарные лимфатические узлы не увеличиваются. Спонтанной регрессии не отмечается.

Процесс может стабилизироваться на определенное время, затем на поверхности очага поражения появляются эрозии, язвы, инфильтрируются подлежащие ткани, и процесс озлокачивается. Обычно очаги эритроплакии не поддаются излечению при устранение раздражающих местных факторов.

Для диагностики заболевания большое значение имеет морфологическая верификация в виде цитологического или чаще патогистологического исследования.

Д и ф ф е р е н ц и р о в а т ь эритроплакию нужно от красной волчанки и рака слизистой оболочки. При красной волчанке наблюдаются болезненность и яркая гиперемия пораженного участка. В отличие от эритроплакии при раке отмечается опухолевый инфильтрат с изъязвлением.

Л е ч е н и е хирургическое заключается в иссечении пораженного участка в пределах здоровых тканей. Некоторые авторы рекомендуют электрохирургическое удаление. Операцию необходимо проводить в ближайшие сроки после диагностирования эритроплакии. При невозможности осуществления хирургического лечения проводят лучевую терапию.

Студент должен знать:

- что включает в себя понятие «онкологическая настороженность»;
- различия между терминами «предрак» и «рак»;
- факторы, приводящие к новообразованиям на коже лица и в полости рта;
- цитоморфологические методы в диагностике предрака и рака кожи;
- классификацию предраков – факультативные и облигатные формы;

- диспансеризацию больных с предраковыми заболеваниями;

Студент должен уметь:

- собирать анамнез заболевания;
- обследовать образование (пальпация, окружающие ткани, характер поражения);
- отнести больного к конкретной диспансерной группе;
- взять отпечаток с изъязвленного участка для цитологического исследования;
- направить больного к онкологу на консультацию.

Интерактивный метод: Метод снежков.

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Предрак – это:

- А) дистрофические, нестойкие пролифераты не ставшие опухолью *
- Б) изъязвляющиеся воспалительные инфильтраты
- В) доброкачественные новообразования с явлениями воспаления
- Г) острые язвенно-некротические процессы мягких тканей лица

2. Основными экологическими факторами возникновения предрака являются:

- А) вредные привычки *
- Б) вторичная адентия
- В) острые воспалительные процессы мягких тканей лица
- Г) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

3. К предраковым заболеваниям кожи лица относятся:

- А) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
- Б) рожистое воспаление
- В) термические и химические ожоги
- Г) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти

4. Для морфологической картины предрака характерно наличие:

- А) гиперхроматоза ядер *
- Б) обызвествления миоцитов
- В) воспалительного инфильтрата
- Г) вторичного казеозного некроза
- Д) инвазия в подэпителиальные ткани

5. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся:

- А) эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз
- Б) рожистое воспаление
- В) термические и химические ожоги
- Г) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
- Д) бородавчатый предрак, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз

6. К предраковым заболеваниям красной каймы губ относятся:

- А) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
- Б) рожистое воспаление
- В) термические и химические ожоги
- Г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
- Д) эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака является:

- 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) ВД * 2) АБ 3) ВГ 4) АВГ

2. К предраковым заболеваниям кожи лица относятся:

- А) рожистое воспаление
 - Б) термические и химические ожоги
 - В) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз
 - Г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
- 1) ВГ * 2) БД 3) АД 4) АБГ

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) А * 2) ВГ 3) ГД 4) Д

4. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся:

- А) рожистое воспаление
 - Б) термические и химические ожоги
 - В) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз
 - Г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
 - Д) Хейлит Манганотти
- 1) ВГ * 2) БД 3) АД 4) Д

5. К предраковым заболеваниям красной каймы губ относятся:

- А) рожистое воспаление
 - Б) термические и химические ожоги
 - В) бородавчатый предрак
 - Г) ограниченный предраковый гиперкератоз, Хейлит Манганотти
 - Д) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
- 1) ВГ * 2) АД 3) БВ 4) Д

6. Основным методом лечения бородавчатого предрака красной каймы губ является:

- А) иссечение
 - Б) коагуляция
 - В) химиотерапия
 - Г) комбинированный
 - Д) лучевая терапия
- 1) АБ * 2) ГД 3) ВГ 4) Д

7. Основным методом лечения ограниченного предракового гиперкератоза красной каймы губ является:

- А) иссечение
 - Б) коагуляция
 - В) химиотерапия
 - Г) комбинированный
 - Д) лучевая терапия
- 1) АБ * 2) ВГ 3) ГД 4) АВ

Ситуационные задачи:

1. У больного, 40 лет, в анамнезе хроническая травма острыми краями зубов слизистой оболочки щечной области справа. При осмотре полости рта на слизистой оболочке щечной области справа имеется белесоватое пятно по линии смыкания зубов, не возвышающиеся над окружающимися воспаленными отечными тканями. Поверхностные слои образования частично эрозированы.

- 1) поставьте диагноз и проведите его обоснование.
- 2) составьте план лечения.

Ответ: 1) лейкоплакия

2) устранение травмы

2. 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 0,2 см, характерным признаком которой является спонтанное заживление, но после эпителизации снова рецидивирует. Консервативные методы лечения не эффективны.

- Л) Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
- М) Составьте план лечения.

Ответ: 1) Хроническая трещина губы

2) Избавление от вредной привычки

3. 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, покрытое гиперемированной 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.

Ответ: 1) Папиллома

2) Исправить протез.

Раздаточные материалы:

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

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 лиц – и органов полости рта, другой, обследующего врача учета проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр (визуальный), цель набора предраковых заболеваний лиц 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).

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия. 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.

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)

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

Рекомендуемая литература

-основная:

Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2003 г.

-дополнительная:

1. Бернадский Ю.И. «Основы хирургической стоматологии» Киев, 1998.
2. Машкиллейсон А.Л. Предраковые заболевания красной каймы и слизистой оболочки полости рта. М. 1970.
3. Пашков Б.М. Поражение слизистой оболочки полости рта при кожных и венерических заболеваниях. М. 1963.
4. Данилевский А.Т. Заболевания слизистой оболочки полости рта. 1981г.
5. Пачес А.И. Опухоли человека и исследования. 1971.
6. Дунаевский, Шеломенцев «Предраковые состояния красной каймы и органов полости рта» Ленинград 1987.

7. Интернет сайты:

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 20

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ: БАЗАЛИОМА, ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК И МЕЛАНОМА. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|---|--|
| | Преподаватель | |
| 1-этап Введение в учебное занятие 10- минут 10- минут 15- минут 5- минут | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| 2- этап Основная часть 25- минут 15- минут 15- минут 5- минут 10- минут | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют</p> |

| | | |
|----------------|--|-----------------------------|
| 50- минут | больных в отделении (клиническое занятие). | больных |
| 40- минут | Перемена | |
| 20- минут | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают Задают вопросы |
| 3- этап | | |
| Заключительный | | |
| 40- минут | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| 10- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

9. Классификация рака кожи лица по системе TNM.
10. Клинические признаки предраковых заболеваний и рака кожи.
11. Клинические проявления меланомы кожи лица.
12. Цитоморфологические методы исследования.
13. Диагностика злокачественных эпителиальных опухолей кожи лица.
14. Лечение предраковых состояний и рака.
15. Пути метастазирования рака кожи.

Содержание занятия

Международная гистологическая классификация опухолей кожи № 12

А. Базальноклеточный рак (базалиома) - 60-80%

- а) поверхностный мультицентрический
- б) склеродермальный
- в) фиброзно-эпителиальный

Б. Плоскоклеточный рак - 18-25%

- а) аденоидный плоскоклеточный рак
- б) веретенкоклеточный рак

В. Метастатический рак.

Венкен и Шугар подразделяют базалиомы на десять типов:

- 1) Внутриэпидермальный
- 2) Поверхностный
- 3) Солидный
- 4) Пигментированный
- 5) Склерозирующий
- 6) Аденоидный
- 7) Кистозный
- 8) Кератотический
- 9) Переходный
- 10) Смешанный

Клинически различают три формы рака кожи лица:

- 1) **поверхностную** (базальноклеточный рак или канкроид)
- 2) **инфильтрирующую** (плоскоклеточный рак)
- 3) **папиллярную, злокачественная язва** (ulcusrodens).

Характерные признаки базально-клеточного рака:

1. Ощущения зуда в пораженном участке.
2. Медленный рост
3. Незначительного возвышающся плотные, гладкие или шероховатые узлы.
4. Мокнущие эрозии
5. Кровотечение и образование корки.

Базально-клеточный рак. Местно инвазивная эпителиальная опухоль развивается в эпидермисе или волосяных фолликулах, гистологически опухолевые клетки имитируют базальные клетки эпидермиса. Располагается опухоль главным образом у пожилых людей на лице, причем у мужчин встречается в 2 раза чаще, чем у женщин. Преимущественно опухоль занимает боковую поверхность и спинку носа, внутренний и наружный края глазницы, носогубную складку, ушную раковину.

Клиническая картина базально-клеточного рака (базалиомы) характеризуется появлением на коже вначале маленького узелка, иногда сопровождающегося зудом. Вскоре к нему присоединяются подобные поражения и, сливаясь друг с другом, дают шероховатость, центральный отдел которой начинает мокнуть, покрывается корками. При снятии корок образуется кровоточащая эрозия, переходящая в язву. Процесс длится медленно, иногда годами, распространяется преимущественно по периферии. Подлежащие ткани не инфильтрируются, лишь в запущенных случаях возможно прорастание опухоли вглубь с разрушением хряща, кости. Поверхность эрозии иногда рубцуется, но по краям опухоль постепенно увеличивается. Базалиома метастазирует крайне редко, но часто рецидивирует. Общее состояние больного, даже при распространенной опухоли, бывает, как правило, без перемен.

Диагноз базально-клеточного рака обычно установить несложно, его уточняют морфологическими данными. Проводят цитологическое изучение соскоба с язвенной поверхности опухоли. Патологическая картина при базалиоме разнообразна. Различают поверхностный мультицентрический, морфеа- и фиброэпителиальный рак. Характерным для опухоли является наличие гнезд или тяжей опухолевых клеток типа эпидермиса, разделенных островками стромы.

Базально-клеточный рак дифференцируют от плоскоклеточного.

Лечение. Могут быть использованы хирургический, лучевой, комбинированный метод, а также криодеструкция. Метод лечения зависит от распространенности и локализации опухоли. При рецидиве опухоли применяют оперативное иссечение или криовоздействие.

Прогноз для жизни благоприятный, однако возможно образование обширных дефектов лица после лечения запущенных стадий заболевания.

Плоскоклеточный рак кожи лица встречается реже, чем базально-клеточный. Он может возникать на измененном участке кожи в виде различных форм кератоза, иногда на рубце после ожога» травмы, туберкулезной волчанки, редко на интактной поверхности. Заболевание агрессивное, вначале развивается сравнительно медленно, затем рост опухоли ускоряется, инфильтрируются и разрушаются подлежащие ткани, в 1—2% случаев наблюдаются метастазы в региональные лимфатические узлы.

Возможны гематогенные метастазы в отдаленные органы, которые приводят к кахексии и смерти больного. Стадию поражения определяют по системе TNM.

Клинически опухоль проявляется в виде язвенной и папиллярной форм. Язва при плоскоклеточном раке кожи имеет плотные валикообразные, приподнятые края, основание и дно ее инфильтрированы, на дне имеется кровоточащая ткань с некротическими массами. При папиллярной форме рака определяются разрастания в виде цветной капусты. Плоскоклеточный рак часто локализуется на коже щеки, ушной раковины. Для уточнения клинического диагноза используют цитологическое исследование соскоба с опухоли.

Гистологически опухоль характеризуется значительным разнообразием. Опухолевые клетки различны по величине, окраске, определяется наличие дискератоза и паракератоза. Наблюдается инфильтрация дермы и подкожного слоя в виде эпителиальных выростов.

Плоскоклеточный рак, особенно в ранних стадиях, дифференцируют от базальноклеточного, кератоакантомы и старческого кератоза.

Лечение плоскоклеточного рака кожи может быть лучевым, хирургическим или комбинированным, используют также криодеструкцию.

Прогноз для жизни хуже, чем при базалиоме. Однако лечение больных в начальных стадиях заболевания приводит к выздоровлению в 85—90% случаев [Пачес А. И., 1983].

Злокачественная меланома. Это высокозлокачественная опухоль, состоящая из аномальных меланоцитов, пигментированных в различной степени. Встречается редко, преимущественно у лиц молодого и среднего возраста. Меланома может возникать первично на коже или же развивается из предшествующих изменений в виде невуса, предракового меланоза, меланотического пятна Гетчинсона.

Клиническая картина меланомы разнообразна. Она проявляется в виде пигментированного плоского пятна, грибовидного или папилломатозного разрастания, располагается на узком или широком основании, имеет разную форму и размеры. Поверхность ее гладкая или шероховатая, нередко изъязвляется, консистенция от мягкой до плотноэластичной, отмечается различная степень пигментации, включая беспигментные образования. Меланома обычно не достигает большого размера, так как в ранние сроки метастазирует по лимфатическим и кровеносным путям в кожу, сердце, легкие, приводя к генерализации процесса. Она обладает цикличностью течения. При появлении метастаза процесс как бы затихает, затем через определенный промежуток времени наступает следующая волна метастазирования. Травмирование меланомы способствует быстрому распространению процесса, что обусловлено особенностями гистологической структуры опухоли: меланоциты характеризуются слабым сцеплением между собой (сепарация или сегрегация меланоцитов), и даже при незначительной травме происходит отрыв клеток (А. И. Пачес).

Меланому диагностируют на основании анамнеза и клинических данных. Однако установить окончательный диагноз не всегда возможно.

В диагностике широко используют радиоизотопное исследование с помощью радиоактивного ^{32}P , а также реакцию лучевой меланурии. Для определения последней проводят исследование мочи после 2—3-кратного облучения опухоли. Возможно также применение термовизиографии.

Для морфологической верификации используют цитологическое изучение мазка или отпечатков с поверхности изъязвившейся опухоли. Не рекомендуется производить соскоб с

язвенной поверхности, пункцию и биопсию опухоли, так как незначительная травма ведет к генерализации процесса.

Лечение. В настоящее время применяют комбинированное лечение, заключающееся в предоперационной лучевой терапии с последующим широким иссечением пораженных тканей, отступая не менее чем на 3 см от границ опухоли. Удаление регионарных метастазов осуществляют в виде операции Крайля или фасциально-футлярного иссечения клетчатки шеи в едином блоке с первичным очагом. В последние годы используют метод криодеструкции, а также имеются попытки применения химио- и иммунотерапии.

Прогноз неблагоприятный. Результат лечения зависит от степени инвазивности меланомы. Если опухоль не распространяется за пределы эпидермиса кожи, эффект лучше, чем при инвазии опухолью дермы. Наихудший прогноз отмечается при распространении меланомы в подкожную жировую клетчатку.

Студент должен знать:

- клинические проявления базилиомы, плоскоклеточного рака;
- признаки перерождения родимых пятен в меланому.

Студент должен уметь:

- собирать анамнез заболевания;
- обследовать образование (пальпация, окружающие ткани, характер поражения);
- отнести больного к конкретной диспансерной группе;
- взять отпечаток с изъязвленного участка для цитологического исследования;
- направить больного к онкологу на консультацию.

Интерактивный метод: Аквариум

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Предрак – это:

- Д) дистрофические, нестойкие пролифераты не ставшие опухолью *
- Е) изъязвляющиеся воспалительные инфильтраты
- Ж) доброкачественные новообразования с явлениями воспаления
- З) острые язвенно-некротические процессы мягких тканей лица

2. Основными экологическими факторами возникновения предрака являются:

- Д) вредные привычки *
- Е) вторичная адентия
- Ж) острые воспалительные процессы мягких тканей лица
- З) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

3. К предраковым заболеваниям кожи лица относятся:

Д) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз

*

- Е) рожистое воспаление
 - Ж) термические и химические ожоги
 - З) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
4. Для морфологической картины предрака характерно наличие:

- Е) гиперхроматоза ядер *
- Ж) обызвествления миоцитов
- З) воспалительного инфильтрата
- И) вторичного казеозного некроза
- К) инвазия в подэпителиальные ткани

5. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся:

- Е) эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз
- *
- Ж) рожистое воспаление
 - З) термические и химические ожоги
 - И) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
 - К) бородавчатый предрак, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака является:

- Е) вторичная адентия
 - Ж) острые воспалительные процессы мягких тканей лица
 - З) хроническая травма слизистой оболочки полости рта
 - И) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета
 - К) профессиональные вредности
- 1) ВД * 2) АБ 3) ВГ 4) АВГ

2. К предраковым заболеваниям кожи лица относятся:

- Д) рожистое воспаление
 - Е) термические и химические ожоги
 - Ж) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз
 - З) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
- 1) ВГ * 2) БД 3) АД 4) АБГ

3. Для морфологической картины предрака характерно наличие:

- Е) гиперхроматоза ядер
 - Ж) обызвествления миоцитов
 - З) воспалительного инфильтрата
 - И) вторичного казеозного некроза
 - К) инвазии в подэпителиальные ткани
- 1) А * 2) ВГ 3) ГД 4) Д

4. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся:

- Е) рожистое воспаление
 - Ж) термические и химические ожоги
 - З) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз
 - И) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
 - К) Хейлит Манганотти
- 1) ВГ * 2) БД 3) АД 4) Д

Ситуационные задачи:

1. У больного, 40 лет, в анамнезе хроническая травма острыми краями зубов слизистой оболочки щечной области справа. При осмотре полости рта на слизистой оболочке щечной области справа имеется белесоватое пятно по линии смыкания зубов, не возвышающиеся над окружающими воспаленными отечными тканями. Поверхностные слои образования частично эрозированы.

- 3) поставьте диагноз и проведите его обоснование.

4) составьте план лечения.

Ответ: 1) лейкоплакия

2) устранение травмы

2. 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 0,2 см, характерным признаком которой является спонтанное заживление, но после эпителизации снова рецидивирует. Консервативные методы лечения не эффективны.

Н) Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

О) Составьте план лечения.

Ответ: 1) Хроническая трещина губы

2) Избавление от вредной привычки

Раздаточные материалы:

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.

2. Тесты 1 уровня сложности.

3. Тесты 2 уровня сложности.

4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

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 лиц – и органов полости рта, другой, обследующего врача учета проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр (визуальный), цель набора предраковых заболеваний лиц 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).

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия. 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.

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)

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

Рекомендуемая литература

-основная:

Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2003 г.

-дополнительная:

- 8. Бернадский Ю.И.» Основы хирургической стоматологии» Киев,1998.
- 9. Машкиллейсон А.Л. Предраковые заболевания красный каймы и слизистой оболочки полости рта. М. 1970.
- 10. Пашков Б.М. Поражение слизистой оболочки полости рта при кожных и венерических заболеваниях. М.1 963.
- 11. Данилевский А.Т. Заболевания слизистой оболочки полости рта. 1981г.
- 12. Пачес А.И. Опухоли человека и исследования. 1971.
- 13. Дунаевский, Шеломенцев «Предраковые состояния красной каймы и органов полости рта» Ленинград 1987.
- 14. Интернет сайты:
www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 21

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБЫ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ.

Технологическая карта практического занятия.

| | | |
|----------------------------------|---------------|-------------|
| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
| | Преподаватель | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>1-этап</p> <p>Введение в учебное занятие</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают</p> <p>Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| <p>2- этапОсновная часть</p> <p>25- минут</p> <p>15- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> <p>10- минут</p> <p>50- минут</p> <p>40- минут</p> <p>20- минут</p> <p>3- этап</p> <p>Заключительный</p> <p>40- минут</p> <p>10- минут</p> | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие).</p> <p>Перемена</p> <p>2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов)</p> <p>3.1. Заключение. Проводится заключение по теме.</p> <p>3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5)</p> <p>3.3.Задаются вопросы и задания для</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> <p>Слушают</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Слушают</p> <p>Слушают сами себя оценивают</p> <p>Записывают</p> |

| | | |
|-----------|--|----------|
| 10- минут | самостоятельной подготовки(приложение № 7) | задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Распространённость и этиологические факторы развития рака губы.
2. Клинические симптомы рака губы.
3. Диагностика рака губы.
4. Дифференциальная диагностика рака губы.
5. Лечение рака губы.

Содержание занятия

Рак губы. Это наиболее распространенная опухоль среди эпителиальных злокачественных новообразований органов рта. В основном поражается нижняя губа, верхняя - лишь в 5% случаев. Преимущественно заболевают мужчины, из них чаще курящие.

Предрасполагающим моментом для возникновения рака является длительно существующий патологический процесс в виде абразивного хейлита Манганотти, гиперкератоза, хронической трещины и др. Развиваясь на красной кайме губы, рак распространяется на слизистую оболочку, кожу, прорастает мышцы и кость. Опухоль располагается, как правило, в стороне от средней линии, иногда поражает угол рта. Течение заболевания сравнительно благоприятно. Это обусловлено не только локализацией опухоли в переднем отделе рта, но и развитием ее на красной кайме. Гистогенез ее связывают не со слизистой оболочкой, а с кожей, где течение имеет лучший прогноз. Кроме того микроскопически это преимущественно плоскоклеточный ороговевающий рак с высокой степенью дифференциации клеток. Редко наблюдается рак без ороговения.

Рак губы метастазирует лишь в поздних стадиях заболевания, в основном лимфогенным путем в регионарные лимфатические узлы подбородочной и поднижнечелюстной областей, иногда появляются перекрестные метастазы, лишь в запущенных случаях поражаются глубокие шейные узлы.

Рак губы отличается медленным ростом. Клинически наблюдают язвенную форму рака, язвенно-инфильтративную и экзофитную по типу бородавчатого или папиллярного разрастания.

Начало заболевания характеризуется изменениями ранее существующего поражения: основание уплотняется, появляются трудно снимаемые корки, затем наступает распад и образуется язва с неровными подрытыми краями. Часто присоединяется воспаление, появляется боль. Язва, увеличиваясь в размере, переходит за среднюю линию и может захватить всю губу. Экзофитная форма рака проявляется в виде плотного возвышающегося разрастания, покрытого чешуйками, с нерезкой инфильтрацией подлежащих тканей. Пальпаторно опухоль безболезненная, плотная, границы нечеткие. В поздних стадиях она изъязвляется и приобретает общие черты с язвенной формой.

Диагностика начальной стадии рака губы часто затруднительна, в то время как в запущенных случаях установление диагноза обычно несложно. Для подтверждения данных требуется морфологическая верификация опухоли путем цитологического изучения соскоба или отпечатка с опухоли.

Рак губы необходимо дифференцировать от специфических заболеваний, имеющих сходную клиническую картину. Сифилитическая язва обычно округлой формы с валикообразными, подрытыми краями, на дне язвы воскообразный налет. Язва мало болезненна, не кровоточит. Диагноз подтверждается серодиагностикой. Туберкулезная язва имеет овально удлинненную форму с неровными краями. В отличие от рака она резко болезненна, иногда кровоточит. Как правило, поражение вторичное. Заболевание подтверждают обнаружением первичного очага (обычно в легких).

Лечение больных раком губы I и II стадии, при которых отсутствуют регионарные метастазы, направлено на устранение первичной опухоли. Используют с хорошим прогнозом лучевую терапию, криодеструкцию и хирургическое лечение в виде квадратного или трапециевидного иссечения пораженного участка. Операцию проводят под наркозом, реже используют местную анестезию. Отступая до 2 см от края опухолевой инфильтрации, иссекают квадратный или трапециевидной формы участок губы путем рассечения насквозь скальпелем (электроножом) всей толщины губы. В ране по краю дефекта с обеих сторон перевязывают губную артерию. Для устранения образовавшегося изъяна губы используют пластику местными тканями. При II стадии через 2-3 недели рекомендуют превентивную операцию на регионарном лимфатическом аппарате шеи в виде верхнего фасциально-футлярного иссечения шейной клетчатки. При III стадии рака губы требуется комбинированное лечение первичной опухоли и регионарных метастазов, которое включает предоперационную лучевую терапию с последующим хирургическим вмешательством, иногда в сочетании с резекцией подбородочного отдела нижней челюсти. Операция на лимфатических узлах шеи может заключаться в фасциально-футлярном иссечении шейной клетчатки или проводится операция Крайля

Лечение больных с четвертой стадией рака губы сложное, с худшим отдаленным результатом. По показаниям применяют комбинированное лечение: предоперационную лучевую терапию с последующим иссечением губы и резекцией нижней челюсти, паллиативное или симптоматическое лечение.

Прогноз. В настоящее время больных с I и II стадией рака губы почти полностью излечивают, с III стадией выздоровление наступает у 30—40% больных (А. И. Пачес).

Студент должен знать:

- факторы, приводящие к новообразованиям на коже лица и в полости рта;
- морфологические методы в предрака;
- классификацию предраков – факультативные и облигатные формы;
- диспансеризацию больных с предраковым поражением.

Студент должен уметь:

- собирать анамнез заболевания;
- обследовать образование (пальпация, окружающие ткани, характер поражения);
- отнести больного к конкретной диспансерной группе;
- взять отпечаток с изъязвленного участка для цитологического исследования;
- направить больного к онкологу на консультацию.

Интерактивный метод: Слабое звено.

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Предрак – это:

- И) дистрофические, нестойкие пролифераты не ставшие опухолью *
 - К) изъязвляющиеся воспалительные инфильтраты
 - Л) доброкачественные новообразования с явлениями воспаления
 - М) острые язвенно-некротические процессы мягких тканей лица
2. Основными экологическими факторами возникновения предрака являются:
- И) вредные привычки *
 - К) вторичная адентия
 - Л) острые воспалительные процессы мягких тканей лица
 - М) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета
3. К предраковым заболеваниям кожи лица относятся:
- А) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз *
 - Б) рожистое воспаление
 - В) термические и химические ожоги
 - Г) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
4. Для морфологической картины предрака характерно наличие:
- Л) гиперхроматоза ядер *
 - М) обызвествления миоцитов
 - Н) воспалительного инфильтрата
 - О) вторичного казеозного некроза
 - П) инвазия в подэпителиальные ткани
5. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся:
- Л) эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз *
 - М) рожистое воспаление
 - Н) термические и химические ожоги
 - О) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
 - П) бородавчатый предрак, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
6. К предраковым заболеваниям красной каймы губ относятся:
- А) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти *
 - Б) рожистое воспаление
 - В) термические и химические ожоги
 - Г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
 - Д) эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака является:
- Л) вторичная адентия
 - М) острые воспалительные процессы мягких тканей лица
 - Н) хроническая травма слизистой оболочки полости рта

- О) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета
- П) профессиональные вредности
- 1) ВД * 2) АБ 3) ВГ 4) АВГ

2. К предраковым заболеваниям кожи лица относятся:

- И) рожистое воспаление
- К) термические и химические ожоги
- Л) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз
- М) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
- 1) ВГ * 2) БД 3) АД 4) АБГ

3. Для морфологической картины предрака характерно наличие:

- Л) гиперхроматоза ядер
- М) обызвествления миоцитов
- Н) воспалительного инфильтрата
- О) вторичного казеозного некроза
- П) инвазии в подэпителиальные ткани
- 1) А * 2) ВГ 3) ГД 4) Д

4. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся:

- Л) рожистое воспаление
- М) термические и химические ожоги
- Н) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз
- О) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
- П) Хейлит Манганотти
- 1) ВГ * 2) БД 3) АД 4) Д

5. К предраковым заболеваниям красной каймы губ относятся:

- А) рожистое воспаление
- Б) термические и химические ожоги
- В) бородавчатый предрак
- Г) ограниченный предраковый гиперкератоз, Хейлит Манганотти
- Д) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
- 1) ВГ * 2) АД 3) БВ 4) Д

6. Основным методом лечения бородавчатого предрака красной каймы губ является:

- Е) иссечение
- Ж) коагуляция
- З) химиотерапия
- И) комбинированный
- К) лучевая терапия
- 1) АБ * 2) ГД 3) ВГ 4) Д

7. Основным методом лечения ограниченного предракового гиперкератоза красной каймы губ является:

- Е) иссечение
- Ж) коагуляция

- З) химиотерапия
- И) комбинированный
- К) лучевая терапия
- 1) АБ * 2) ВГ 3) ГД 4) АВ

Ситуационные задачи:

1. У больного, 40 лет, в анамнезе хроническая травма острыми краями зубов слизистой оболочки щечной области справа. При осмотре полости рта на слизистой оболочке щечной области справа имеется белесоватое пятно по линии смыкания зубов, не возвышающиеся над окружающимися воспаленными отечными тканями. Поверхностные слои образования частично эрозированы.

- 5) поставьте диагноз и проведите его обоснование.
- 6) составьте план лечения.

Ответ: 1) лейкоплакия

2) устранение травмы

2. 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 0,2 см, характерным признаком которой является спонтанное заживление, но после эпителизации снова рецидивирует. Консервативные методы лечения не эффективны.

- П) Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
- Р) Составьте план лечения.

Ответ: 1) Хроническая трещина губы

2) Избавление от вредной привычки

3. 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, покрытое гиперемированной слизистой оболочкой. Рост образования медленный, пальпация безболезненная. В области височно-нижнечелюстного сустава справа определяется хруст.

- 3) Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
- 4) Составьте план лечения.

Ответ: 1) Папиллома

2) Исправить протез.

Раздаточные материалы:

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

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 лиц – и органов полости рта, другой, обследующего врача учета проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр

(визуальный), цель набора предраковых заболеваний лиц 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).

Можно разделить студентов на 2-3 малые подгруппы, каждой дать по одной ситуационной задаче по теме занятия. 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.

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)

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

Рекомендуемая литература

-основная:

Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2003 г.

-дополнительная:

- 1.Бернадский Ю.И.» Основы хирургической стоматологии» Киев,1998.
- 2.Машкиллейсон А.Л. Предраковые заболевания красной каймы и слизистой оболочки полости рта. М. 1970.
- 3.Пашков Б.М. Поражение слизистой оболочки полости рта при кожных и венерических заболеваниях. М.1 963.
- 4.Данилевский А.Т. Заболевания слизистой оболочки полости рта. 1981г.
- 5.Пачес А.И. Опухоли человека и исследования. 1971.
- 6.Дунаевский, Шеломенцев «Предраковые состояния красной каймы и органов полости рта» Ленинград 1987.
7. Интернет сайты:

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие

Тема № 22

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА: ЯЗЫКА, ЩЕКИ, НЕБА И ДНА ПОЛОСТИ РТА, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|--|--|
| | Преподаватель | |
| 1-этап Введение в учебное занятие 10- минут 10- минут 15- минут 5- минут | 1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия. 1.2. Дать список литературы (приложение №1) 1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия. 1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2) | Слушают и записывают Слушают и записывают Отвечают на вопросы Слушают |
| 2- этап Основная часть 25- минут 15- минут 15- минут 5- минут | 2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради. 2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3) 2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её. 2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”. 2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2) | Отвечают на вопросы и обсуждают их Задают поясняющие вопросы Обсуждают материалы игры Задают вопросы Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему. Слушают Решают тесты. Курируют |

| | | |
|----------------|--|-------------------------------|
| 10- минут | 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). | больных |
| 50- минут | Перемена | Слушают |
| 40- минут | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Задают вопросы |
| 20- минут | | |
| 3- этап | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| Заключительный | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают и сами себя оценивают |
| 40- минут | | |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| 10- минут | | |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Классификация рака слизистой оболочки полости рта по системе TNM.
2. Клиническая стадия заболеваний рака слизистой оболочки полости рта по системе TNM.
3. Клиника и диагностика рака слизистой полости рта.
4. Клиника и диагностика рака языка.
5. Клиника и диагностика рака слизистой оболочки щеки.
6. Примерная схема лечения злокачественных опухолей в зависимости от стадии заболевания.

Содержание занятия

Теоретическая часть

Плоскоклеточный рак, как правило, развивается на основе предракового поражения. Встречается преимущественно у лиц пожилого возраста, чаще у мужчин. Поражает органы полости рта и челюстные кости. По локализации на первом месте стоит нижняя губа, на втором — язык, на третьем — дно полости рта, затем слизистая оболочка щек, неба, челюстей и др.

Гистологически различают следующие формы рака полости рта: интраэпителиальную карциному (carcinoma in situ), плоскоклеточный рак и разновидности его — веррукозную, веретенчатую карциномы и лимфоэпителиому.

Клиническая картина интраэпителиальной карциномы нехарактерна. Ее вариантами являются болезнь Боуэна и эритроплакия.

Диагноз устанавливается путем патоморфологического исследования, при котором эпителиальные клетки обнаруживают черты малигнизации, но базальная мембрана не повреждена.

Плоскоклеточный рак микроскопически представляет скопление злокачественных эпителиальных клеток, инфильтрирующих подлежащую соединительную ткань. Лучший прогноз имеет веррукозная форма. Лимфоэпителиома богата лимфоидной стромой, поражает преимущественно задний отдел языка и миндалины, протекает неблагоприятно.

Течение рака слизистой оболочки рта характеризуется клинико-патологическими особенностями, влияющими на прогноз заболевания. Так, опухоли переднего отдела рта имеют более благоприятное течение по сравнению с поражениями задних областей рта, несмотря на идентичность гистологического типа. Имеет значение также обширность поражения: новообразования диаметром до 1 см менее опасно, чем таковое больших размеров, имеющее сходство с первым по другим показателям.

Клинически рак органов рта проявляется в виде эндофитной формы по типу язвы, инфильтрата и экзофитной, растущей наружу. Эндофитная опухоль обладает более выраженными признаками злокачественности.

Немалую роль играет гистологическая степень злокачественности (I, II, III) опухоли, в определении которой главным является пролиферация и дифференциация опухолевых клеток. При резко выраженной пролиферации наблюдаются гиперхроматоз, обильные митозы, клеточный и ядерный полиморфизм. Дифференциация проявляется в наличии межэпителиальных мостиков и продуцировании кератина. Невыраженная пролиферация и высокая дифференциация характеризуют I степень злокачественности и служат благоприятными признаками, в то время как наличие большого количества клеток в состоянии митоза, гиперхроматоз с явлениями клеточно-ядерного полиморфизма, а также низкая дифференциация в виде потери клеточных мостиков и отсутствие кератинизации — раковых жемчужин соответствуют III степени злокачественности и свидетельствуют о крайне плохом прогнозе.

Рак слизистой оболочки рта распространяется путем прорастания в окружающие ткани и метастазирует по лимфатическим и кровеносным сосудам. Инфильтрируя прилегающие ткани, приводит к поражению жизненно важных органов (пищеварительных и дыхательных путей, головного мозга, крупных сосудов). Метастазирование по регионарным лимфатическим путям ведет к образованию вторичных опухолевых очагов в лимфатических узлах шеи, обычно ниже уровня ключицы опухоль не распространяется. Гематогенные метастазы в отдаленных органах встречаются крайне редко.

Клиническое течение рака в зависимости от распространенности процесса подразделяют по системе TNM на 4 стадии: T (tumor) обозначает первичный очаг, N (nodus) — метастазы в регионарные лимфатические узлы, M (metastasis) — отдаленные гематогенные метастазы.

Поражение первичного очага

T1S- интраэпителиальная карцинома (carcinoma in situ);

T2— опухоль до 2 см в наибольшем измерении;

T3— от 2 до 4 см;

T4— более 4 см;

T4— опухоль распространяется на соседние органы.

Поражение регионарных лимфатических узлов

No— регионарные узлы не пальпируются;

N1— определяются смещаемые узлы на стороне поражения;

N2— смещаемые узлы на противоположной стороне или двусторонние;

N3— несмещаемые узлы.

Отдаленные метастазы

Mo— нет

M1— определяются.

Сочетание различных степеней поражения TNM дает представление о клинической стадии:

I стадия — T1, No, Mo

II стадия — T2, No, Mo

III стадия — T3, No, Mo

T1, T2, T3, N1, M0

IV стадия — T4, No, N1, Mo

любая T, N2, N3, Mo

любая T, любая N, M1

Рецидив рака после проведенного хирургического лечения обозначают теми же символами, с внесением перед ними p, например pT, pN, pM. Выставляя диагноз в истории болезни, врач должен указать состояние TNM и определить стадию опухолевого поражения, например рак нижней губы T1 No Mo (I стадия).

Лечение больных раком органов полости рта, как и другой локализации, может быть радикальным, паллиативным и симптоматическим.

Радикальное лечение предусматривает ликвидацию всех очагов опухоли. После проведения паллиативного лечения опухоль полностью не исчезает. Симптоматическая терапия направлена лишь на снятие болевых или других тягостных симптомов. Методы лечения включают хирургический, лучевой, криовоздействие, лазерное и применение лекарственных противоопухолевых препаратов. Наиболее рациональным считают комбинированный метод, состоящий из предоперационной лучевой терапии (в дозах 30—40 Гр) и последующего оперативного вмешательства в виде широкого иссечения опухоли в пределах здоровых тканей с соблюдением принципов абластики. Используют электрорезекцию и электрокоагуляцию опухоли. Комбинированное лечение применяют на первичном очаге и на путях регионарного метастазирования. Изолированно хирургический метод применяют редко, в основном при радиорезистентной опухоли и иногда при рецидиве. Лучевая терапия может быть использована как самостоятельный метод лечения. Перед лучевой терапией необходимо осуществить санацию полости рта, так как удаление корней и зубов в послелучевом периоде может привести к длительному незаживлению лунок и являться предпосылкой развития остеорадионекроза челюсти. Криовоздействие показано при поверхностно расположенной опухоли или при опухоли, локализующейся в заднем отделе рта, а также в случае рецидива. Лекарственное лечение (химиотерапия) рака слизистой оболочки рта в настоящее время не применяется ввиду неэффективности. Попытки регионарной химиотерапии через систему a. carotis успеха не дали.

Использование различных методов лечения зависит от возраста, общего состояния больного, а также от локализации опухолевого поражения. Больной может быть неоперабельным, когда операция несовместима с жизнью его, вследствие большой распространенности опухоли, ее локализации в области жизненно важных органов, а также при тяжелом соматическом состоянии. В этих случаях могут быть применены другие методы лечения. Инкурабельным считается больной с запущенным процессом, при котором ни один из имеющихся методов лечения не показан ввиду неэффективности. Таким больным проводят лишь симптоматическое лечение. Поэтому подход к лечению должен быть индивидуальным.

Прогноз жизни связан со своевременностью выявления заболевания и в зависимости от поражения того или иного органа бывает различным.

Рак языка. Эта опухоль по частоте занимает второе место после рака губы. Чаще заболевают мужчины старше 40 лет. Локализация в боковых отделах языка встречается в 60—70% случаев, в корне — более 20%, на спинке и верхушке языка наблюдается редко. Возникновению рака способствуют хроническая травма, особенно боковых отделов языка, острыми краями зубов, пломбы, коронки, плохо пригнанным кламмером протеза и др. Здесь часто развиваются предраковые процессы, которые в последующем ведут к развитию опухоли.

Клиническое течение рака языка неблагоприятное, для прогноза имеет значение локализация опухоли в различных отделах языка: в корне, среднем отделе или верхушке его. Опухоли верхушки языка достигают обычно меньших размеров, чем боковых и особенно задних отделов. Рак корня языка обладает быстрым ростом, дает ранние и частые метастазы в регионарные глубокие шейные лимфатические узлы, нередко перекрестные и двусторонние метастазы. По микроструктуре опухоль представляет собой плоскоклеточный рак без ороговения (III степень злокачественности) и его разновидность — лимфоэпителиому. Развиваясь в среднем и переднем отделах языка, рак метастазирует в подподбородочные, поднижнечелюстные и глубокие шейные узлы. Гистологически является в основном плоскоклеточным раком с ороговением (I и II степени злокачественности).

Экзофитная форма рака языка встречается сравнительно реже, протекает благоприятнее, чем эндофитная и инфильтративная. Начальная стадия рака языка часто не имеет ярко выраженных симптомов, наблюдаются лишь неприятные ощущения. По мере увеличения язва может кровоточить, края ее становятся приподнятыми. При пальпации языка определяется уплотнение без четких границ, часто безболезненное. При дальнейшем росте опухоль распространяется в подлежащую мышечную ткань и переходит на дно полости рта, альвеолярные отростки, небные дужки и глотку, наблюдается ограничение подвижности языка. Если присоединяется воспаление, возникают боли, становится болезненным глотание, затрудняется прием пищи. При наличии регионарных метастазов прощупываются увеличенные, плотные, подвижные, безболезненные, округлой формы лимфатические узлы, которые впоследствии спаиваются друг с другом, с окружающими тканями и кожей, становятся неподвижными, конгломерат узлов может изъязвляться.

Диагноз рака языка подтверждают цитологическим исследованием. Материал в основном получают методом соскоба с язвенной поверхности опухоли, при болезненности манипуляцию осуществляют под инфильтрационным обезболиванием. В некоторых случаях производят пункцию опухолевого инфильтрата, так как изучение материала, полученного с поверхности опухоли, не всегда дает достоверный результат. Пункцируют также увеличенные лимфатические узлы для подтверждения регионарных метастазов.

Клинически течение рака языка напоминает некоторые патологические процессы, такие как сифилис, туберкулез, актиномикоз, а также декубитальную язву и язвенно-некротическое поражение при заболеваниях крови.

Декубитальная (пролежневая) язва возникает в результате травмирования тканей зубами или протезом и характеризуется отсутствием опухолевых разрастаний. Язва покрыта фибринозным налетом, часто болезненна, окружающие ткани гиперемированы. В отличие от опухоли она через 7—10 дней после устранения причины, ее вызвавшей, полностью эпителизируется.

Некротическое поражение слизистой оболочки рта при лейкозах характеризуется быстрым увеличением участков некроза, медленным их отторжением. Воспалительная реакция в окружающих участках отсутствует. Диагноз подтверждают изменения в составе крови (резко выраженные лейкопения или лейкоцитоз, агранулоцитоз и др.).

Лечение. Больных раком языка лечат комбинированным методом. При I и II стадиях назначают сочетанную предоперационную лучевую терапию первичного очага, затем через 3—4 нед проводят половинную резекцию (преимущественно электрорезекцию) языка. Операцию осуществляют под наркозом. Язык берут на лигатуру и прошивают шелковой нитью корень его с пораженной стороны за пределами опухоли. Электроножом (скальпелем) рассекают язык по средней линии, по ходу рассечения ушивают рану оставшейся половины. Поперечным разрезом отсекают отделенную часть языка от корня впереди ранее наложенного шелкового шва. Обязательным является превентивное удаление регионарных лимфатических узлов по типу фасциально-футлярного иссечения шейной клетчатки одновременно с резекцией языка. При III стадии рака языка используют комбинированное лечение первичного очага и путей регионарного метастазирования, при этом объем операции на языке расширяют за счет удаления части тканей дна полости рта и другой половины его, а на шее проводят операцию Крайля или фасциально-футлярное иссечение шейной клетчатки. Прогноз жизни при раке языка хуже по сравнению с локализацией опухоли на губе. При лечении рака передних отделов I и II стадий экзофитной формы наблюдается выздоровление в 50—70% случаев. При опухолях заднего отдела языка прогноз неблагоприятный. В случае выздоровления после половинной резекции языка постепенно восстанавливается речь и нормализуется прием пищи.

Рак слизистой оболочки дна полости рта. Рак дна полости рта составляет около 15% опухолей других локализаций органов рта. Часто процесс располагается в переднем отделе, реже в заднем.

Иногда дно рта поражается в результате распространения опухоли с языка, десен, нижней челюсти. Заболевают преимущественно мужчины старше 50 лет. Рак заднего отдела дна полости рта имеет более неблагоприятное течение, чем переднего. Прогноз ухудшает распространение опухоли в смежные области — язык, челюсть, на другую сторону дна рта. Обычно рак слизистой оболочки дна полости рта проявляется в виде язвенно-инфильтративного поражения. Иногда, особенно в задних отделах, наблюдается щелевидная форма рака, которую обнаруживают при тщательном осмотре и отведении языка в противоположную сторону. Рак дна полости рта метастазирует в регионарные лимфатические узлы довольно рано. Иногда лимфогенный метастаз обнаруживают до выявления первичного очага. Клинически рак дна полости рта в начальных стадиях может протекать незаметно, впоследствии язва становится болезненной, появляются иррадиирующие боли в ухо, висок, затрудняются прием пищи, разговор. Отмечается неприятный гнилостный запах изо рта. Часто у больных имеется множество разрушенных зубов и корней. На зубах обильный налет. При пальпации дна полости рта определяют уплотнение разлитого характера, нередко болезненное. Бимануальное ощупывание дает возможность выявить связь опухоли с подлежащими мягкими тканями и нижней челюстью. Патогистологически рак слизистой оболочки дна полости рта является в основном плоскоклеточным ороговевающим, редко без ороговения.

Диагноз окончательно устанавливают после цитологического исследования соскоба с язвенной поверхности или пункции опухоли. Дифференциальную диагностику осуществляют с теми же процессами, которые описаны при раке языка, а также с трофической язвой, возникающей в случаях декомпенсации сердечно-сосудистых заболеваний. Она характеризуется ареактивными краями без инфильтрации и явлений воспаления, дно сероватого цвета с отторгающимися некротическими массами. Язва безболезненная, с неприятным запахом. При общем обследовании определяются выраженные сердечно-сосудистые нарушения.

Лечение больных раком дна полости рта в основном комбинированное. Проводят предоперационную лучевую терапию первичного очага и регионарных метастазов. Операция заключается в иссечении тканей дна полости рта, нередко в сочетании с резекцией прилегающих отделов нижней челюсти и языка. При локализации опухоли в заднем отделе дна полости рта рекомендуют сочетанную лучевую терапию по радикальной программе; в ряде случаев отмечается хороший результат после криодеструкции. Операции на лимфатическом аппарате шеи лучше проводить одновременно и удалять их в едином блоке с первичным очагом.

Прогноз жизни при локализации опухоли в переднем отделе дна полости рта лучше, чем в задней части. Однако образующийся сквозной послеоперационный дефект дна рта приводит к нарушению питания и постоянному истечению слюны. Становится тягостным пребывание больных в обществе. В последние годы рекомендуют проводить первичную пластику дефекта, используя методы восстановительной хирургии.

Рак слизистой оболочки щеки наблюдается сравнительно редко. Он развивается преимущественно на фоне лейкоплакии у курящих мужчин старше 50 лет. Рак переднего отдела щеки протекает более благоприятно, чем заднего отдела, включая ретромолярную область. Наиболее часто локализуется на слизистой оболочке по линии смыкания зубов.

Клинически рак слизистой оболочки щеки проявляется в виде язвенно-инфильтративного или бородавчатого поражения. По мере увеличения опухоль прорастает подлежащую мышечную ткань и кожу щеки, крыловидно-челюстную складку, область миндалина, а также может распространяться на челюстные кости. Метастазирует в основном в подподбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы. Микроскопически, как правило, это плоскоклеточный рак с ороговением, редко без ороговения.

Лечение комбинированное. Прогноз такой же, как при раке дна полости рта.

Рак твердого неба—поражает надкостницу. При разрушении наблюдается гнусавость, попадание пищи в нос. Опухоль с неба может перейти на верхнечелюстную пазуху, нос, альвеолярные отростки верхней челюсти; на слизистую оболочку 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 метастазировании рака твердого неба имеется существенная разница - отток лимфы происходит в глубокие верхние шейные лимфатические узлы.

Студент должен знать:

- функциональные особенности слизистой полости рта;
- классификацию рака слизистой полости рта по системе TNM;
- клинику, диагностику и характер метастазирования при меланоме;
- клинику и диагностику рака нижней губы, языка, дна полости рта, слизистой оболочки щеки;
- основные методы хирургического и комбинированного лечения больных со злокачественными образованиями органов полости рта.

Студент должен уметь:

- пальпировать образования мягких тканей ЧЛЮ, регионарные лимфоузлы;
- описать местный статус при локализации опухоли в полости рта;
- провести диагностику при раке;
- провести диспансеризацию больного раком слизистой полости рта.

Интерактивный метод: Метод снежков.

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Для уточнения диагноза «рак языка» дополнительно проводится:
 - А) биопсия *
 - Б) томография
 - В) ангиография
 - Г) лапароскопия
 - Д) УЗ-диагностика
2. Основным хирургическим методом лечения рака является операция:
 - А) комбинированное лечение *
 - Б) лучевая терапия
 - В) операция Крайля
 - Г) химеотерапия
 - Д) половинная резекция челюсти.
3. При метастазах рака слизистой оболочки дна полости рта в регионарные лимфатические узлы применяется операция:
 - А) Крайля *
 - Б) Редона
 - В) Венсана
 - Г) Колдуэл-Люка
4. Метод дополнительного исследования при постановке предварительного диагноза рака нижней губы в условиях поликлиники:
 - А) цитологические *
 - Б) клинические
 - В) томография
 - Г) ультразвуковые
 - Д) рентгенодиагностика
5. Основным методом лечения рака нижней губы является:

А) комбинированный метод *

Б) хирургический

В) химиотерапия

Г) лучевая терапия

Д) физиотерапия

6. Суммарная очаговая доза при лучевой терапии рака нижней губы (Гр):

А) 40 *

Б) 20

В) 10

Г) 80

Д) 100

7. Основной метод лечения рака нижней губы I стадии:

А) хирургический *

Б) химиотерапия

В) физиотерапия

Г) лучевая терапия

Д) комбинированный метод

8. Рак нижней губы дифференцируются с:

А) хейлитом *

Б) декубитальной язвой

В) ретенционной кистой

Г) актиномикозом

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

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)Г * 2) АД 3) АБВ 4) ГД

2. При метастазах рака языка в регионарные лимфатические узлы применяется операция:

А) Редона

Б) Крайля

В) Венсана

Г) Колдуэл-Люка.

Д) Футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи

1) БД * 2) ВГ 3) АГ 4) ВД

3. Для уточнения рака языка дополнительно проводится:

А) биопсия

Б) томография

В) ангиография

Г) УЗ-диагностика

Д) цитологическое исследование.

1) АД * 2) АБВ 3) БВГ 4) ВГ

4. Рак слизистой оболочки дна полости рта развивается из:

А) нервной

Б) мышечной

В) лимфотический

Г) эпителиальной

Д) соединительной ткани.

1) Г * 2) АБВ 3) ДВГ 4) ВБ 5) Д

5. В начальных стадиях рака слизистой оболочки дна полости рта метастазирование происходит в лимфатические узлы:

А) подмышечные

Б) околоушные

В) глубокие шейные

Г) поднижнечелюстные

Д) подбородочные

1) ГД * 2) АБВ 3) БВГ 4) ВБ 5) А

6. Основным методом лечения рака нижней губы является:

А) физиотерапия

Б) химиотерапия

В) хирургический

Г) лучевая терапия

Д) комбинированный метод.

1) БВГ * 2) АБВ 3) АГ 4) ВБ 5) А

Ситуационные задачи:

1. Больной, 48 лет, поступил в клинику с диагнозом вторичный плоскоклеточный 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 тугой подвижности языка. После дополнительного обследования диагноз направившего учреждения был не только подтвержден, но и уточнен.

1. Поставьте диагноз
2. Наметьте этапы лечения.

Ответ:

1. Рак языка.
2. Комбинированное лечение.

2. Больной 36 лет обратился с жалобами на обширную язву дна полости рта, протяженностью от 5¹ до 5² располагающаяся в основном между подъязычными валиками и телом язва распространилась на нижнюю поверхность языка, что привело к тугой подвижности языка и вследствие этого к затруднению речи и приема пищи. При осмотре отмечается плотный конгломерат лимфатических узлов в подбородочной и поднижнечелюстной областях слева, определяются значительно увеличенные и малоподвижные два лимфатических узла в среднебоковом отдела шеи с права.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Наметьте, составьте план обследования больного для уточнения диагноза.

Ответ:

1. Рак подъязычной области.
2. Биопсия.

3. 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. При осмотре в поднижнечелюстной области слева определяется конгломерат лимфатических узлов, практически не смещаемый, справа в поднижнечелюстной области пальпируются одиночные, увеличенные, безболезненные и подвижные лимфатические узлы. В полости рта, язык практически не подвижен, спаян 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.

1. Поставьте диагноз.
2. Выберите оптимальный план лечения для данного больного.

Ответ:

1. Рак дна полости рта.
2. Комбинированное лечение. Операция Крайля.

Раздаточные материалы:

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

В практической части занятия проводятся курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты, создав группы по 3 человека, один из которых имитирует больного с различными заболеваниями злокачественных опухолей ЧЛЮ, другой – обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания), осмотр (визуальный и пальпаторно определяются опухоли ЧЛЮ).

При этом оцениваются знания как студента – «врача» - насколько корректно, логично, целенаправленно со знанием темы проводит обследования больного. При обследовании больных необходимо научить студента проводить обследование и диагностику больных со злокачественными опухолями ЧЛЮ. Размер опухоли, консистенция, цвет опухоли, подвижность лимфатических узлов.

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).

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:

- A. Контрольные вопросы следующей темы.
- B. Темы самостоятельных работ студента

Рекомендуемая литература

-основная:

Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2003 г.

-дополнительная:

1. Бернадский Ю.И. «Основы хирургической стоматологии» Киев, 1998.
2. Соловьев А.И. «Онкологические аспекты в стоматологии», 1983 г.
3. Пачес А.И. «Опухоли головы и шеи», М. 1983 г.
4. Петерсон Н.И. «Онкология», 1980 г.

5. Блохин Н.И., Петерсон Н.И., Воробьев Ю.И. «Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области», 1978 г.

6. Шаргородский А.Г. «Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица» М.,1999.

7. Интернет сайты:

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 23

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ И НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|---|--|
| | Преподаватель | |
| 1-этап Введение в учебное занятие 10- минут 10- минут 15- минут 5- минут | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| 2- этап Основная часть 25- минут 15- минут | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист</p> |

| | | |
|----------------|--|-------------------------------|
| 15- минут | задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её. | анализа, решают проблему. |
| | 2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”. | Слушают |
| 5- минут | 2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2) | Решают тесты. |
| 10- минут | 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). | Курируют больных |
| 50- минут | Перемена | |
| 40- минут | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают |
| 20- минут | | Задают вопросы |
| 3- этап | | |
| Заключительный | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| 40- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают и сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| 10- минут | | |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Факторы, предрасполагающие к развитию рака челюстей.
2. Этиология сарком челюстей.
3. Клинические проявления при раке и саркоме.
4. Клинические проявления рака верхней челюсти по схеме Онгрена.
5. Особенности метастазирования при раке и саркоме.
6. Классификация новообразований челюстей по системе TNM.
7. Цитоморфологические методы исследования.
8. Консервативные методы лечения (лучевой, химиотерапия).
9. Хирургические методы лечения.
10. Комбинированное лечение при раке и саркоме челюстей.
11. Диспансеризация больных с опухолями челюстей.

Содержание занятия

Вначале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах, объясняет необходимость изучения диагностики и лечения злокачественных новообразований на верхней челюсти.

В теоретической части, прежде чем рассматривать вопросы изучаемой темы, преподаватель активизирует полученные прежде знания о новообразованиях в челюстных костях.

Рак придаточных пазух носа. Наиболее часто злокачественные опухоли верхней челюсти возникают в слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи. Как правило, речь идет о плоскоклеточном раке, но могут встречаться различные формы аденокарцином, цистаденоидная карцинома, мукоэпидермоидный рак. Реже источником опухоли является слизистая оболочка твердого неба, альвеолярных отростков верхней челюсти, а также прорастание опухоли из полости носа и придаточных пазух.

Как правило, в ранних стадиях рак верхней челюсти протекает бессимптомно, поэтому рак верхней челюсти I—II стадии диагностируют случайно при гайморитомии. Для маловыраженного опухолевого процесса характерны заложенность носа и серозно-гнойное отделяемое из носового хода. Такие симптомы наблюдаются в течение нескольких месяцев, затем за счет припухлости чаще в подглазничной области возникает асимметрия лица, выделения из соответствующего носового хода усиливаются, появляется чувство тяжести, а затем и боли.

Клиническая картина. Симптоматика во многом зависит от расположения опухоли в том или ином отделе верхней челюсти. Для определения локализации опухоли и направления роста используют схему Онгрена [Onngren L.C., 1933] с помощью которой верхнюю челюсть делят на сегменты. Одна наклонная плоскость направлена от внутреннего края орбиты к углу нижней челюсти и делит верхнечелюстную пазуху на нижнепередний и верхнезадний отделы. Другая сагиттальная плоскость, перпендикулярная зрачковой линии, делит каждый из отделов на внутренний и наружный. Таким образом, образуются четыре сегмента: внутренний и наружный нижнепередние, внутренний и наружный верхнезадние. Локализация опухоли преимущественно в том или ином сегменте челюсти может обуславливать, с одной стороны, характерную клиническую картину, с другой — клиническое течение и прогноз.

Для опухолей, локализующихся в нижнепереднем внутреннем сегменте верхнечелюстной пазухи, помимо выделений из носа, наиболее характерны подвижность малых коренных зубов и клыка, парестезия. После удаления зубов в лунке разрастается опухолевая ткань. Нередко деформируется соответствующий отдел лица.

В случаях поражения нижнепереднего(внутреннего)сегмента в процесс вовлекается бугор верхней челюсти, отмечается подвижность больших коренных зубов, рано появляется контрактура челюстей, возникающая вследствие инфильтрации жевательных мышц.

Рак верхнезаднего (наружного) сегмента, как правило, захватывает решетчатый лабиринт, и его следует дифференцировать от первичного рака клеток этой области. Наиболее частый симптом при распространенном раке этой локализации — вовлечение в процесс глазницы со смещением глазного яблока, а иногда и экзофтальмом.

Из верхнезаднего наружного сегмента опухоль нередко проникает в глазницу, что ведет к сужению глазной щели, диплопии, экзофтальму, а также в скуловую кость, крылонебную и подвисочную ямки. Распространение опухоли в эти зоны может вызвать контрактуру челюстей и неврологические симптомы. Наиболее неблагоприятный прогноз при поражении верхнезаднего наружного сегмента, что нередко обусловлено распространением процесса на сетевидную пластинку и прорастанием опухоли в переднюю черепную ямку. Наиболее благоприятной локализацией в прогностическом плане является нижнепередний внутренний сегмент.

Диагностика. Рентгенологически при раке верхнечелюстной пазухи ранней стадии отмечается затемнение ее без нарушения целостности кости, что характерно и для картины хронического гайморита. При вовлечении в процесс костных стенок наблюдается разрушение кости вплоть до полного исчезновения. Важным прогностическим фактором является распространение процесса на заднюю стенку верхнечелюстной пазухи. С целью выявить ее

поражение производят томографию верхней челюсти и рентгенографию в полуксиальной проекции. В настоящее время в клиническую практику внедрена компьютерная томография, позволяющая более точно определить то или иное поражение. Регионарные метастазы при раке верхней челюсти возникают редко и локализуются в основном в верхних глубоких яремных лимфатических узлах.

Лечение рака верхней челюсти комбинированное и проводится в два этапа. На первом этапе показана предоперационная лучевая терапия в дозе 50—60 Гр, на втором — электрорезекция верхней челюсти. Объем последней зависит от распространенности опухолевого процесса и может варьировать (удаление части альвеолярного отростка или всей челюсти вместе с клетками решетчатого лабиринта и экзентерация глазницы). При регионарных метастазах выполняют фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи или операцию Крайла.

Злокачественные опухоли челюстей неэпителиальной природы.

Среди злокачественных опухолей челюстей особое место занимают неэпителиальные опухоли, источником развития которых могут служить как костные, соединительные ткани, так и костный мозг, ткани зубного зачатка, мягкие ткани, окружающие челюстные кости. Это приводит к разнообразию гистологических форм неэпителиальных опухолей челюстей, а редкость данной патологии обуславливает неудовлетворительное знание врачами клинических проявлений и возможностей различных методов лечения неэпителиальных опухолей челюстей.

По Международным гистологическим классификациям опухолей (серии 4, 5, 6) злокачественные эпителиальные опухоли челюстей классифицируют в зависимости от их гистологической принадлежности, причем все новообразования разделены на три группы: костные, мягкотканые и одонтогенные.

Злокачественные эпителиальные опухоли челюстей различают согласно гистогенетической классификации, в которую включены одонтогенные эпителиальные опухоли.

I. Костные опухоли.

1. Костеобразующие опухоли.

1.1. Остеогенная саркома.

1.2. Пароссальная саркома.

2. Хрящеобразующие опухоли.

2.1. Хондросаркома.

3. Костномозговые опухоли.

3.1. Саркома Юинга.

3.2. Ретикулосаркома.

3.3. Плазмоцитомы.

3.4. Лимфосаркома.

4. Сосудистые опухоли.

- 4.1. Гемангиоперицитома.
- 4.2. Ангиосаркома.
5. Соединительнотканые опухоли.
- 5.1. Злокачественная фиброзная гистиоцитома.
- 5.2. Фибросаркома.
- 5.3. Недифференцированная саркома.
6. Нейрогенная саркома.
7. Неклассифицируемая саркома.

II. Мягкотканые опухоли.

1. Лейомиосаркома.
2. Рабдомиосаркома.
3. Синовиальная саркома.

III. Одонтогенные опухоли.

1. Злокачественная амелобластома.
2. Миксосаркома.
3. Амелобластическая саркома.
4. Амелобластическая одонтосаркома.

Наиболее часто наблюдаются остеогенная саркома, хондросаркома, злокачественная фиброзная гистиоцитома, недавно выделенная из группы полиморфно-клеточных сарком и фибросарком, рабдомиосаркома и лейомиосаркома. Остальные виды сарком челюстей встречаются в единичных случаях.

Остеогенная саркома. Составляет 22 % злокачественных неэпителиальных опухолей челюстей. Это одна из наиболее злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. При локализации на верхней челюсти в 91 % случаев она исходит из альвеолярного отростка или передненижнелатерального отдела его. Первым симптомом является деформация пораженной кости, умеренно болезненной при пальпации. Иногда до появления боли нарушается чувствительность (парестезия) в области выхода подглазничного или подбородочного нерва. Изменения кожи в виде сосудистого рисунка отмечаются лишь при распространенном процессе. Гиперемия кожи и слизистой оболочки при остеогенной саркоме, описываемые прежними авторами, не являются характерными для этой опухоли и встречаются лишь у детей.

Диагностика. Рентгенологически различают три типа остеогенной саркомы: остеобластический, остеолитический и смешанный, причем в случае поражения нижней челюсти встречается преимущественно третий вариант. Остеогенная саркома характеризуется средне- и мелкоочаговой деструкцией. Нередко очаги ее (иногда на фоне разрежения костной структуры) сливаются или чередуются с очагами уплотнения.

Более чем в половине наблюдений изменение костной структуры сопровождается разрушением кортикальной пластинки, периостальной реакцией в виде игольчатого или

линейного периостоза (наличие спикул), что свидетельствует об инвазии опухоли в окружающие мягкие ткани. Экстраоссальный опухолевый компонент содержит плотные включения. При литическом варианте развития опухоли возможен патологический перелом нижней челюсти. В то же время не всегда удается провести дифференциальную диагностику остеогенной саркомы и хондросаркомы. В ряде случаев может быть дано рентгенологическое заключение о наличии остеохондросаркомы или скелетогенной саркомы. В последние годы широкое распространение в лучевой диагностике опухолей лицевого скелета получила компьютерная томография, при которой может быть получена дополнительная информация. На рентгеновской компьютерной томограмме определяется деструкция альвеолярного отростка верхней челюсти. Опухоль с включениями костной плотности заполняет верхнечелюстную пазуху, верхние отделы полости носа и распространяется в мягкие ткани левой щеки. Выявляется также деструкция нижнеглазничной стенки.

Одним из клинических признаков является метастазирование в отдаленные органы. Наблюдаются отдаленные метастазы в легкие у 15 %, в кости — у 18 % больных. Частота метастазирования в регионарные лимфатические узлы не превышает 3 %. Местные рецидивы отмечены в 52 % случаев.

Предварительный диагноз дополняют с учетом клинико-рентгенологических данных и результатов морфологического исследования. Перед определением плана лечения необходимо выполнить биопсию, а затем гистологическое исследование.

Лечение. Основным является хирургическое лечение. При остеогенных саркомах оно должно быть самостоятельным или комбинированным. Объем операции и возможность радикального удаления опухоли во многом зависят от локализации, особенностей клинического течения, распространенности и направления роста опухоли. Учитывая высокую чувствительность остеогенной саркомы конечностей к лекарственному лечению и улучшение показателей выживаемости при комбинированном лечении с использованием неадьювантной либо адьювантной химиотерапии, целесообразно применять фарморубицин и платициам.

Хондросаркома. Встречается в 2,1—5 % случаев злокачественных неэпителиальных опухолей челюстей.

Клиническая картина. Течение опухоли более латентное, чем остеогенной саркомы, однако наряду с медленно текущими формами встречаются быстрорастущие опухоли. Условно различают две формы хондросарком — периферическую и центральную. Периферическая форма развивается в переднем отделе нижней челюсти, обладает быстрым ростом, часто рецидивирует. Клинически проявляется в виде узла, покрытого слизистой оболочкой ярко-красного цвета. При травмировании зубами, как правило, изъязвляется. Центральная форма вначале протекает бессимптомно, иногда отмечаются незначительные боли. При дальнейшем росте опухоли происходит деформация челюсти. Рецидивы при хондросаркомах встречаются в 48 %, отдаленные метастазы — в 16 % случаев.

Диагностика. Для хондросаркомы характерно наличие плотных включений, в связи с чем на рентгенограммах отмечаются беспорядочные скопления известковых вкраплений, глыбчатое обызвествление как во внутрикостном компоненте опухоли, так и в мягкотканной части ее. Этот характерный признак способствовал правильной диагностике в 39 % наших наблюдений, что подтвердилось при гистологическом исследовании. Однако окончательный диагноз можно устанавливать лишь на основании результатов гистологического исследования, поэтому перед определением лечебной тактики необходимо провести биопсию опухоли.

Гистологически при медленно растущих опухолях определяются хорошо дифференцированные хрящевые клетки, отделенные друг от друга большим количеством

межуточного вещества. Отсутствие или редкость митозов не всегда указывают на доброкачественность опухоли, так как клетки хондросаркомы размножаются главным образом амитотическим путем. Быстро растущие менее дифференцированные хондросаркомы значительно богаче клетками, а хондросаркомы, склонные к метастазированию, обильно васкуляризованы.

Лечение хирургическое. Опухоль практически не чувствительна к лекарственному и лучевому лечению, которое применяют лишь с паллиативной целью.

Злокачественная фиброзная гистиоцитома. Опухоль, лишь недавно выделенная из группы полиморфно-клеточных сарком и фибросарком, поэтому в литературе сведения о ней крайне ограничены. Между тем среди злокачественных неэпителиальных опухолей она занимает третье место по частоте (9 %).

Клинически опухоль мало отличается от фибросаркомы и представляет собой бугристое образование в периферических отделах верхней либо чаще нижней (в области тела и угла) челюсти. Слизистая оболочка над опухолью багрово-красного цвета, при травме появляется изъязвление. Эта форма саркомы наиболее склонна к рецидивированию. Рецидивы при злокачественной фиброзной гистиоцитоме наблюдаются в 69 % [Кропотов М.А., 1993], тогда как регионарные метастазы — в 14 %, а отдаленные — в 9 % случаев.

Рентгенологическая картина злокачественной фиброзной гистиоцитомы характеризуется значительными деструктивными изменениями, лизисом костной ткани без четких границ. Окончательный диагноз устанавливают на основании данных гистологического исследования. Однако в ряде случаев интерпретация гистологической картины представляет определенные трудности.

Лечение хирургическое. Учитывая склонность опухоли к рецидивированию, производят расширенную операцию. В последние годы получены обнадеживающие результаты при лекарственной терапии.

Саркома Юинга. Привлекает внимание многих исследователей, однако в челюстных костях встречается крайне редко. Заболевание может начаться с приступа тупых ноющих болей в области опухоли, ощущения жжения и жара, к которым вскоре присоединяются расшатывание зубов, припухлость, повышение температуры тела.

Рентгенологическая картина неспецифична и характеризуется деструкцией костной ткани с элементами склероза последней. При распространении опухоли на корковый слой надкостницы реакция последней проявляется в виде игольчатого или луковичного периостоза. Гистологически саркома Юинга представляет собой богатую клетками недифференцированную ткань. Клетки имеют округлую, слегка овальную форму, одинаковый размер, содержат крупное гиперхромное ядро. Располагаются плотно, равномерно, иногда в виде пластов и могут имитировать низкокодифференцированный рак.

Ретикулярная саркома. Клинически и рентгенологически ретикулярная саркома мало отличается от саркомы Юинга. Она относится к группе костномозговых опухолей, гистологически отличается более крупными размерами клеток, наличием нежной сети ретикулиновых волокон. Частота поражения регионарных лимфатических узлов при костномозговых саркомах составляет 29 %.

Лечение. Саркома Юинга, как и остальные костномозговые опухоли (ретикулосаркома, плазмоцитома, лимфосаркома), является высокочувствительной к лучевому и лекарственному лечению. По данным М.А. Кропотова, в 4 из 5 случаев сарком этого вида при химиолучевом лечении достигнута полная регрессия опухоли, тогда как при других гистологических формах опухолей такой эффект имел место лишь в единичных наблюдениях.

В связи с редкостью других форм сарком, а также сходством клинических, а часто и рентгенологических признаков описание клинической картины и лечения каждой из этих форм малоинформативно.

Студент должен знать:

- что включает в себя понятие «онкологическая настороженность»;
- основные клинические проявления при раке и саркоме челюстей;
- клинические проявления рака верхней челюсти по схеме Онгрена;
- факторы, способствующие возникновению предраковых состояний с переходом в рак и саркому челюстей;
- особенности рентгенологической картины челюстных костей при раке и саркоме;
- методы цитоморфологической верификации при раке и саркоме челюстей;
- консервативные методы лечения (лучевая терапия, химиотерапия);
- хирургические методы лечения (резекция, электрорезекция, лимфаденэктомия);

Студент должен уметь:

- собрать анамнез заболевания, влияние профессиональных вредностей;
- описать характерные клинические признаки при раке и саркоме челюстей;
- взять материал для проведения цитоморфологического исследования;
- пальпировать образование;
- пальпировать регионарные лимфоузлы;
- наметить план лечения;
- провести рентгенологическую дифференциальную диагностику при раке и саркоме челюстей.

Интерактивный метод: Метод снежков.

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. При какой опухоли нижней челюсти определяется симптом «игольчатого периостита»:

- А) остеосаркома *
- Б) остеома
- В) остеоид – остеома
- Г) амелобластома
- Д) цилиндрома

2. Кем разработана методика электрорезекции костных опухолей:

- А) Пачес А.И. *
- Б) Робустова Т.Г.
- В) Колесов А.А.
- Г) Шаргородский А.Г.
- Д) Васильев Г.А.

3. Рак нижней челюсти чаще бывает:

- А) вторичным *
- Б) первичным
- В) метастатическим
- Г) диссеминированным
- Д) локальным

4. Окончательный диагноз рака нижней челюсти устанавливают после:

- А) патогистологического исследования *
- Б) компьютерной томографии
- В) УЗ-исследования
- Г) радиоизотопной диагностики

- Д) ангиографического исследования
5. Основным методом лечения рака и саркомы нижней челюсти является:
- А) комбинированный *
 - Б) хирургический
 - В) лучевой
 - Г) химиотерапия
 - Д) электрохирургия
6. Из хирургических вмешательств при раке и саркоме нижней челюсти применяют:
- А) операцию Крайля *
 - Б) периостотомию
 - В) резекцию челюсти
 - Г) фасциально-фулярное иссечение
 - Д) декортикацию
7. Замещение костного дефекта нижней челюсти после резекции при раке и саркоме производят спустя:
- А) одномоментно *
 - Б) 1 месяц
 - В) 6 месяцев
 - Г) 2 года
 - Д) не производят
8. При нефиксированном шейном метастазе при раке нижней челюсти показана и операция:
- А) фасциально-фулярное иссечение *
 - Б) Ванаха
 - В) Крайля
 - Г) Ковтуновича
 - Д) Редона
9. Какой из симптомов характерен для рака и саркомы нижней челюсти:
- А) тающего сахара *
 - Б) матового стекла
 - В) тутовой ягоды
 - Г) поликистоз
 - Д) ячеистость
10. Саркомы нижней челюсти метастазируют преимущественно:
- А) гематогенно *
 - Б) лимфогенно
 - В) смешанным путем
 - Г) нейrogenно
 - Д) контактно

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Какие симптомы характерны для R-грамм при раке и саркоме нижней челюсти:
- А) тающий сахар
 - Б) дефект наполнения
 - В) игольчатый периостит
 - Г) тутовая ягода

Д) матовое стекло
1) АВ * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

2. Электрорезекция нижней челюсти показана при:

А) раке
Б) амелобластоме
В) остеобластокластоме
Г) одонтоме
Д) саркоме
1) АД * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

3. Саркомы нижней челюсти характерны для возраста:

А) юношеского
Б) старческого
В) молодого
Г) старше 50 лет
Д) старше 60 лет
1) АВ * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

4. Из оперативных вмешательств при раке и саркоме нижней челюсти применяют:

А. резекцию челюсти
Б. выскабливание опухоли
В. фасциально-фузлярное иссечение
Г. декортикацию
Д. эксскохлеацию
1) АВ * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

5. Наиболее частые пути метастазирования при раке и саркоме нижней челюсти:

А) лимфогенный
Б) нейрогенный
В) гематогенный
Г) смешанный
Д) контактный
1) АВ * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

6. Для определения стадии болезни при раке нижней челюсти ориентируются по:

А) размеру опухоли
Б) картине крови
В) состоянию лимфоузлов
Г) наличию отдаленных метастазов
Д) нарушению основного обмена
1) АВГ * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

7. Симптомы, характерные для рака и саркомы нижней челюсти:

А) парестезии кожи подбородка и нижней губы
Б) матовое стекло
В) расшатанность зубов в области поражения
Г) тутовая ягода

- Д) поликистоз
1) АВ * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

8. Методы лечения при раке и саркоме нижней челюсти:

- А) физиотерапия,
Б) химиотерапия
В) противомикробная терапия
Г) лучевая терапия
Д) гирудотерапия
1) БГ * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

9. Методы, составляющие комбинированное лечение:

- А. лучевая терапия
Б. физиотерапия
В. хирургический
Г. антибиотикотерапия
Д. ультразвуковое лечение
1) АВ * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

10. Наиболее информативные методы диагностики при раке и саркоме нижней челюсти:

- А. рентген
Б. УЗИ
В. цито-морфология
Г. серологические
Д. энзимодиагностика
1) АВ * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

Ситуационные задачи:

1. В поликлинику хирургической стоматологии обратился больной 48 лет с жалобами на незаживающую язву под языком. Из анамнеза – больной более 20 лет потребляет нас.

Объективно: под языком определяется язва до 3,0 см в диаметре с неровными подрытыми краями, покрыта грязно-белым налетом с переходом на альвеолярный отросток нижней челюсти в области резцов: центральные и боковые резцы подвижны, как бы находятся в опухоли. Движения языка не нарушены. Пальпаторно в подчелюстной области с обеих сторон отмечаются подвижные безболезненные лимфоузлы до 0,5 – 1,0 см в диаметре.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести.
3. Наметьте план лечения.

Ответ:

1. Рак подъязычной области. 2. Биопсия. 3. Комбинированное лечение.

3. В онкодиспансер обратился больной 27 лет с жалобами на деформацию и рост новообразования в области тела нижней челюсти справа.

В анамнезе год назад имела место травма нижней челюсти, к врачам не обращался. В полости рта нижние справа зубы подвижны, болезненны, переходная складка вздута, эрозирована. На R- снимке нижней челюсти в области тела справа отмечается деструкция костной ткани с нечеткими размытыми границами с картиной «игольчатого периостита»

1. Предварительный диагноз.
2. Какие исследования следует провести.
3. Наметьте план лечения.

Ответ:

1. Саркома нижней челюсти.2. Биопсия.3. Комбинированное лечение.

4. В отделение «Голова, шея» повторно госпитализирован больной 75 лет с диагнозом «Рак нижней челюсти». В 1-ую госпитализацию около 2-х месяцев назад больной получил 30 Гр телегамматерапии и был выписан с назначениями общеукрепляющего лечения. Проведя клинко-лабораторное обследование, больному вновь назначили телегамматерапию до 30 Гр на курс лечения.

1. О каком лечении следует говорить в данном случае.
2. Диспансерная группа и прогноз.

Ответ:

1. Паллиативное.2. IV, неблагоприятный.

5. В онкологический диспансер обратился больной 65 лет с жалобами на новообразование на нижней челюсти справа. Появление образования связывает с ношением протеза. Около полугода назад неоднократно обращался к ортопеду-стоматологу с целью коррекции протеза. Со временем боль уменьшилась, однако, в области альвеолярного отростка нижней челюсти справа отмечается обширная бугристая опухоль, прорастающая в тело нижней челюсти.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Ответ:

1. Рак нижней челюсти.2. Комбинированное.

Раздаточные материалы:

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

Опыт обучения студентов показывает, что это один из сложных аспектов занятия. Для его успешной реализации следует широко использовать имеющиеся наглядные пособия – муляжи, баннеры, кинофильмы, Следует привлекать студентов к разбору тематических больных, к работе в операционной и перевязочных.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты, создав группы по 3 человека, один из которых имитирует больного со злокачественной опухолью нижней челюсти, другой, - обследующего врача, проводящего опрос и обследование больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр (визуальный). При этом оцениваются знания как студента больного – правильно ли соответствует 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 методам пальпации новообразований на

нижней челюсти, регионарных лимфатических узлов, предрасполагающим факторам развития рака и саркомы нижней челюсти.

В конце занятия преподаватель проводит обсуждение полноты теоретических знаний студентов, правильности проведения этапов обследования, интерпретацию ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

Рекомендуемая литература

-основная:

Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2003 г.

-дополнительная:

1. Бернадский Ю.И.» Основы хирургической стоматологии» Киев,1998.
2. Машкиллейсон А.Л. Предраковые заболевания красной каймы и слизистой оболочки полости рта. М. 1970.
3. Пашков Б.М. Поражение слизистой оболочки полости рта при кожных и венерических заболеваниях. М.1 963.
4. Данилевский А.Т. Заболевания слизистой оболочки полости рта. 1981г.
5. Пачес А.И. Опухоли человека и исследования. 1971.
6. Дунаевский, Шеломенцев Ю.А. «Предопухолевые состояния, слизистых оболочек полости рта» Ленинград 1987.
7. Интернет сайты:
www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 24

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ И НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|----------------------------------|---------------|-------------|
| | Преподаватель | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>1-этап</p> <p>Введение в учебное занятие</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают</p> <p>Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| <p>2- этап</p> <p>Основная часть</p> <p>25- минут</p> <p>15- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> <p>10- минут</p> <p>50- минут</p> <p>40- минут</p> <p>20- минут</p> <p>3- этап</p> <p>Заключительный</p> <p>40- минут</p> <p>10- минут</p> | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие).</p> <p>Перемена</p> <p>2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов)</p> <p>3.1. Заключение. Проводится заключение по теме.</p> <p>3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5)</p> <p>3.3.Задаются вопросы и задания для</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> <p>Слушают</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Слушают</p> <p>Слушают сами себя оценивают</p> <p>Записывают</p> |

| | | |
|-----------|--|----------|
| 10- минут | самостоятельной подготовки(приложение № 7) | задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

12. Факторы, предрасполагающие к развитию рака челюстей.
13. Этиология сарком челюстей.
14. Клинические проявления при раке и саркоме.
15. Особенности метастазирования при раке и саркоме.
16. Классификация новообразований челюстей по системе TNM.
17. Цитоморфологические методы исследования.
18. Консервативные методы лечения (лучевой, химиотерапия).
19. Хирургические методы лечения.
20. Комбинированное лечение при раке и саркоме челюстей.

Теоретическая часть

Вначале занятия преподаватель обосновывает актуальность темы занятия, акцентирует внимание студентов на проблемных вопросах, объясняет необходимость изучения диагностики и лечения злокачественных новообразований на нижней челюсти.

В теоретической части, прежде чем рассматривать вопросы изучаемой темы, преподаватель активизирует полученные прежде знания о новообразованиях в челюстных костях.

Злокачественные опухоли на нижней челюсти встречаются гораздо реже, чем на верхней. 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 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.

При прорастании опухоли в толщу челюсти, а так же при центральном раке проявляется ряд характерных симптомов. Прорастание и сдавление чувствительных нервов приводит вначале к появлению парестезии, а затем к понижению или исчезновению поверхностной чувствительности кожи подбородка нижней губы.

В ряде случаев возникают резкие боли в интактных зубах, напоминающие симптомокомплекс при пульпите или невралгии тройничного нерва. Нередко больным со злокачественными новообразованиями нижней челюсти ошибочно удаляют интактные зубы. Опухоль, расположенная в глубоких отделах тела челюсти и альвеолярного отростка, вызывает резорбцию костной ткани и расшатывание зубов. Прорастая кортикальную пластинку, опухоль подбородочного отдела нижней челюсти приводит к выраженной деформации лица. При локализации в заднем отделе челюсти опухоль разрушает значительные массы губчатого вещества тела, и даже ветви челюсти. В таких случаях значительной деформации не наступает.

В более поздних стадиях заболевания опухоль растет вниз и внутрь. В бластоматозный процесс вовлекаются медиальная мышца, поднижнечелюстная и околоушная слюнные железы. Образуется массивный инфильтрат в позадичелюстной области. В результате инфильтративного прорастания жевательной мышцы развивается стойкое сведение челюстей, ограничение открывания рта. Прогрессирует изъязвление опухоли со стороны полости рта.

Метастазирование при раке нижней челюсти происходит гораздо быстрее, нежели при раке верхней челюстью. Метастазы чаще обнаруживаются в поднижнечелюстных лимфатических узлах.

В запущенных случаях могут возникнуть метастазы в отдаленных органах (печень, позвоночник). Значительно реже при раке внутренних органов возникают метастазы в челюстно-лицевую область.

Степень распространения первичной опухоли нижней челюсти по системе TNM:

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.

Диагностика злокачественных опухолей нижней челюсти основывается на тщательном изучении жалоб больных, анамнестических данных, результатах объективного обследования, включая рентгенографию. На R-граммах при раке и саркоме нижней челюсти выявляются очаги деструкции кости. Пораженный участок челюсти не имеет четких границ, которые, как бы, «размыты». Большое значение в постановке диагноза имеет цитологическое и гистологическое исследование.

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 - резекцию нижней челюсти с окружающими мягкими тканями (при вторичном раке), при наличии метастазов одновременно производится фасциально-фулярное иссечение шейной клетчатки или операция Крайля (по показаниям).

Рак нижней челюсти. При раке слизистой оболочки альвеолярного отростка нижняя челюсть поражается преимущественно вторично. Первичный рак нижней челюсти, возникающий, по мнению некоторых авторов, в зубном зачатке, встречается крайне редко. В случае установления подобного диагноза при дальнейшем обследовании выявляют метастазы эпителиальных опухолей в нижнюю челюсть. Лечение вторичного рака нижней челюсти такое же, как и при других локализациях рака слизистой оболочки полости рта.

Злокачественные опухоли челюстей неэпителиальной природы.

Среди злокачественных опухолей челюстей особое место занимают неэпителиальные опухоли, источником развития которых могут служить как костные, соединительные ткани, так и костный мозг, ткани зубного зачатка, мягкие ткани, окружающие челюстные кости. Это приводит к разнообразию гистологических форм неэпителиальных опухолей челюстей, а редкость данной патологии обуславливает неудовлетворительное знание врачами клинических проявлений и возможностей различных методов лечения неэпителиальных опухолей челюстей.

По Международным гистологическим классификациям опухолей (серии 4, 5, 6) злокачественные эпителиальные опухоли челюстей классифицируют в зависимости от их гистологической принадлежности, причем все новообразования разделены на три группы: костные, мягкотканые и одонтогенные.

Злокачественные эпителиальные опухоли челюстей различают согласно гистогенетической классификации, в которую включены одонтогенные эпителиальные опухоли.

I. Костные опухоли.

1. Костеобразующие опухоли.

1.1. Остеогенная саркома.

1.2. Пароссальная саркома.

2. Хрящеобразующие опухоли.

2.1. Хондросаркома.

3. Костномозговые опухоли.

3.1. Саркома Юинга.

3.2. Ретикулосаркома.

3.3. Плазмоцитома.

3.4. Лимфосаркома.

4. Сосудистые опухоли.

4.1. Гемангиоперицитома.

4.2. Ангиосаркома.

5. Соединительнотканые опухоли.

5.1. Злокачественная фиброзная гистиоцитома.

5.2. Фибросаркома.

5.3. Недифференцированная саркома.

6. Нейрогенная саркома.

7. Неклассифицируемая саркома.

II. Мягкотканые опухоли.

1. Лейомиосаркома.

2. Рабдомиосаркома.

3. Синовиальная саркома.

III. Одонтогенные опухоли.

1. Злокачественная амелобластома.

2. Миксосаркома.
3. Амелобластическая саркома.
4. Амелобластическая одонтосаркома.

Наиболее часто наблюдаются остеогенная саркома, хондросаркома, злокачественная фиброзная гистиоцитома, недавно выделенная из группы полиморфно-клеточных сарком и фибросарком, рабдомиосаркома и лейомиосаркома. Остальные виды сарком челюстей встречаются в единичных случаях.

Хондросаркома. Встречается в 2,1—5 % случаев злокачественных неэпителиальных опухолей челюстей.

Клиническая картина. Течение опухоли более латентное, чем остеогенной саркомы, однако наряду с медленно текущими формами встречаются быстрорастущие опухоли. Условно различают две формы хондросарком — периферическую и центральную. Периферическая форма развивается в переднем отделе нижней челюсти, обладает быстрым ростом, часто рецидивирует. Клинически проявляется в виде узла, покрытого слизистой оболочкой ярко-красного цвета. При травмировании зубами, как правило, изъязвляется. Центральная форма вначале протекает бессимптомно, иногда отмечаются незначительные боли. При дальнейшем росте опухоли происходит деформация челюсти. Рецидивы при хондросаркомах встречаются в 48 %, отдаленные метастазы — в 16 % случаев.

Диагностика. Для хондросаркомы характерно наличие плотных включений, в связи с чем на рентгенограммах отмечаются беспорядочные скопления известковых вкраплений, глыбчатое обызвествление как во внутрикостном компоненте опухоли, так и в мягкотканной части ее. Этот характерный признак способствовал правильной диагностике в 39 % наших наблюдений, что подтвердилось при гистологическом исследовании. Однако окончательный диагноз можно устанавливать лишь на основании результатов гистологического исследования, поэтому перед определением лечебной тактики необходимо провести биопсию опухоли.

Гистологически при медленно растущих опухолях определяются хорошо дифференцированные хрящевые клетки, отделенные друг от друга большим количеством межклеточного вещества. Отсутствие или редкость митозов не всегда указывают на доброкачественность опухоли, так как клетки хондросаркомы размножаются главным образом amitotическим путем. Быстро растущие менее дифференцированные хондросаркомы значительно богаче клетками, а хондросаркомы, склонные к метастазированию, обильно васкуляризованы.

Лечение хирургическое. Опухоль практически не чувствительна к лекарственному и лучевому лечению, которое применяют лишь с паллиативной целью.

Злокачественная фиброзная гистиоцитома. Опухоль, лишь недавно выделенная из группы полиморфно-клеточных сарком и фибросарком, поэтому в литературе сведения о ней крайне ограничены. Между тем среди злокачественных неэпителиальных опухолей она занимает третье место по частоте (9 %).

Клинически опухоль мало отличается от фибросаркомы и представляет собой бугристое образование в периферических отделах верхней либо чаще нижней (в области тела и угла) челюсти. Слизистая оболочка над опухолью багрово-красного цвета, при травме появляется изъязвление. Эта форма саркомы наиболее склонна к рецидивированию. Рецидивы при злокачественной фиброзной гистиоцитоме наблюдаются в 69 % [Кропотов М.А., 1993], тогда как регионарные метастазы — в 14 %, а отдаленные — в 9 % случаев.

Рентгенологическая картина злокачественной фиброзной гистиоцитомы характеризуется значительными деструктивными изменениями, лизисом костной ткани без четких границ. Окончательный диагноз устанавливают на основании данных гистологического исследования. Однако в ряде случаев интерпретация гистологической картины представляет определенные трудности.

Лечение хирургическое. Учитывая склонность опухоли к рецидивированию, производят расширенную операцию. В последние годы получены обнадеживающие результаты при лекарственной терапии.

Саркома Юинга. Привлекает внимание многих исследователей, однако в челюстных костях встречается крайне редко. Заболевание может начаться с приступа тупых ноющих болей в области опухоли, ощущения жжения и жара, к которым вскоре присоединяются расшатывание зубов, припухлость, повышение температуры тела.

Рентгенологическая картина неспецифична и характеризуется деструкцией костной ткани с элементами склероза последней. При распространении опухоли на корковый слой надкостницы реакция последней проявляется в виде игольчатого или луковичного периостоза. Гистологически саркома Юинга представляет собой богатую клетками недифференцированную ткань. Клетки имеют округлую, слегка овальную форму, одинаковый размер, содержат крупное гиперхромное ядро. Располагаются плотно, равномерно, иногда в виде пластов имогут симулировать низкодифференцированный рак.

Ретикулярная саркома. Клинически и рентгенологически ретикулярная саркома мало отличается от саркомы Юинга. Она относится к группе костномозговых опухолей, гистологически отличается более крупными размерами клеток, наличием нежной сети ретикулиновых волокон. Частота поражения регионарных лимфатических узлов при костномозговых саркомах составляет 29 %.

Лечение. Саркома Юинга, как и остальные костномозговые опухоли (ретикулосаркома, плазмоцитома, лимфосаркома), является высокочувствительной к лучевому и лекарственному лечению. По данным М.А. Кропотова, в 4 из 5 случаев сарком этого вида при химиолучевом лечении достигнута полная регрессия опухоли, тогда как при других гистологических формах опухолей такой эффект имел место лишь в единичных наблюдениях.

В связи с редкостью других форм сарком, а также сходством клинических, а часто и рентгенологических признаков описание клинической картины и лечения каждой из этих форм малоинформативно.

Студент должен знать:

- основные клинические проявления при раке и саркоме челюстей;
- особенности рентгенологической картины челюстных костей при раке и саркоме;
- консервативные методы лечения (лучевая терапия, химиотерапия);
- хирургические методы лечения (резекция, электрорезекция, лимфаденэктомия);

Студент должен уметь:

- собрать анамнез заболевания, влияние профессиональных вредностей;
- описать характерные клинические признаки при раке и саркоме челюстей;
- взять материал для проведения цитоморфологического исследования;
- пальпировать образование;
- пальпировать регионарные лимфоузлы;
- наметить план лечения;
- провести рентгенологическую дифференциальную диагностику при раке и саркоме челюстей.

Интерактивный метод: Круглый стол.

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. При какой опухоли нижней челюсти определяется симптом «игольчатого периостита»:
 - Е) остеосаркома *
 - Ж) остеома
 - З) остеоид – остеома
 - И) амелобластома
 - К) цилиндрома
2. Кем разработана методика электрорезекции костных опухолей:
 - Е) Пачес А.И. *
 - Ж) Робустова Т.Г.
 - З) Колесов А.А.
 - И) Шаргородский А.Г.
 - К) Васильев Г.А.
3. Рак нижней челюсти чаще бывает:
 - Е) вторичным *
 - Ж) первичным
 - З) метастатическим
 - И) диссеминированным
 - К) локальным
4. Окончательный диагноз рака нижней челюсти устанавливают после:
 - Е) патогистологического исследования *
 - Ж) компьютерной томографии
 - З) УЗ-исследования
 - И) радиоизотопной диагностики
 - К) ангиографического исследования
5. Основным методом лечения рака и саркомы нижней челюсти является:
 - Е) комбинированный *
 - Ж) хирургический
 - З) лучевой
 - И) химиотерапия
 - К) электрохирургия
6. Из хирургических вмешательств при раке и саркоме нижней челюсти применяют:
 - Е) операцию Крайля *
 - Ж) периостотомию
 - З) резекцию челюсти
 - И) фасциально-фулярное иссечение
 - К) декортикацию
7. Замещение костного дефекта нижней челюсти после резекции при раке и саркоме производят спустя:
 - Е) одномоментно *
 - Ж) 1 месяц
 - З) 6 месяцев
 - И) 2 года
 - К) не производят
8. При нефиксированном шейном метастазе при раке нижней челюсти показана операция:

- Е) фасциально-футлярное иссечение *
- Ж) Ванаха
- З) Крайля
- И) Ковтуновича
- К) Редона

9. Какой из симптомов характерен для рака и саркомы нижней челюсти:

- Е) тающего сахара *
- Ж) матового стекла
- З) тутовой ягоды
- И) поликистоз
- К) ячеистость

10. Саркомы нижней челюсти метастазируют преимущественно:

- Е) гематогенно *
- Ж) лимфогенно
- З) смешанным путем
- И) нейрогенно
- К) контактно

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Какие симптомы характерны для R-грамм при раке и саркоме нижней челюсти:

- А) тающий сахар
 - Б) дефект наполнения
 - В) игольчатый периостит
 - Г) тутовая ягода
 - Д) матовое стекло
- 1) АВ * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

2. Электрорезекция нижней челюсти показана при:

- А) раке
 - Б) амелобластоме
 - В) остеобластокластоме
 - Г) одонтоме
 - Д) саркоме
- 1) АД * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

3. Саркомы нижней челюсти характерны для возраста:

- А) юношеского
 - Б) старческого
 - В) молодого
 - Г) старше 50 лет
 - Д) старше 60 лет
- 1) АВ * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

4. Из оперативных вмешательств при раке и саркоме нижней челюсти применяют:

- А. резекцию челюсти
- Б. выскабливание опухоли
- В. фасциально-футлярное иссечение
- Г. декортикацию

Д. экскокслеацию

1) АВ * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

5. Наиболее частые пути метастазирования при раке и саркоме нижней челюсти:

Е) лимфогенный

Ж) нейрогенный

З) гематогенный

И) смешанный

К) контактный

1) АВ * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

6. Для определения стадии болезни при раке нижней челюсти ориентируются по:

Е) размеру опухоли

Ж) картине крови

З) состоянию лимфоузлов

И) наличию отдаленных метастазов

К) нарушению основного обмена

1) АВГ * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

7. Симптомы, характерные для рака и саркомы нижней челюсти:

Е) парестезии кожи подбородка и нижней губы

Ж) матовое стекло

З) расшатанность зубов в области поражения

И) тутовая ягода

К) поликистоз

1) АВ * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

8. Методы лечения при раке и саркоме нижней челюсти:

Е) физиотерапия,

Ж) химиотерапия

З) противомикробная терапия

И) лучевая терапия

К) гирудотерапия

1) БГ * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

9. Методы, составляющие комбинированное лечение:

Е. лучевая терапия

Ж. физиотерапия

З. хирургический

И. антибиотикотерапия

К. ультразвуковое лечение

1) АВ * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

10. Наиболее информативные методы диагностики при раке и саркоме нижней челюсти:

Е. рентген

Ж. УЗИ

З. цито-морфология

И. серологические

К. энзимодиагностика

1) АВ * 2) БВ 3) ГД 4) ВД

Ситуационные задачи:

1. В отделение «Голова, шея» онкологического диспансера обратился больной 58 лет (житель села) с жалобами на новообразование в нижней трети околоушно-жевательной области справа. Со слов – образование появилось около 1 года назад, медленно увеличивалось в размерах. Последний месяц появилась болезненность, открывание рта стало затрудненным, ограниченным.

Объективно: в проекции угла нижней челюсти справа определяется язва до 2,0 см в диаметре, кожа вокруг образования инфильтрирована, спаяна с подлежащими тканями, костью.

1. О каком заболевании можно предполагать.
2. Какие следует провести дополнительные исследования.
3. Наметьте план комбинированного лечения.

Ответ:

1. Рак нижней челюсти. 2. Рентгенография челюстей, биопсия. 3. Лучевая терапия, хирургическое лечение.

2. В поликлинику хирургической стоматологии обратился больной 48 лет с жалобами на незаживающую язву под языком. Из анамнеза – больной более 20 лет потребляет нас.

Объективно: под языком определяется язва до 3,0 см в диаметре с неровными подрытыми краями, покрыта грязно-белым налетом с переходом на альвеолярный отросток нижней челюсти в области резцов: центральные и боковые резцы подвижны, как бы находятся в опухоли. Движения языка не нарушены. Пальпаторно в подчелюстной области с обеих сторон отмечаются подвижные безболезненные лимфоузлы до 0,5 – 1,0 см в диаметре.

4. Поставьте предварительный диагноз.
5. Какие дополнительные исследования следует провести.
6. Наметьте план лечения.

Ответ:

1. Рак подъязычной области. 2. Биопсия. 3. Комбинированное лечение.

3. В онкодиспансер обратился больной 27 лет с жалобами на деформацию и рост новообразования в области тела нижней челюсти справа.

В анамнезе год назад имела место травма нижней челюсти, к врачам не обращался. В полости рта нижние справа зубы подвижны, болезненны, переходная складка вздута, эрозирована.

На R- снимке нижней челюсти в области тела справа отмечается деструкция костной ткани с нечеткими размытыми границами с картиной «игольчатого периостита»

4. Предварительный диагноз.
5. Какие исследования следует провести.
6. Наметьте план лечения.

Ответ:

1. Саркома нижней челюсти. 2. Биопсия. 3. Комбинированное лечение.

4. В отделение «Голова, шея» повторно госпитализирован больной 75 лет с диагнозом «Рак нижней челюсти». В 1-ую госпитализацию около 2-х месяцев назад больной получил 30 Гр телегамматерапии и был выписан с назначениями общеукрепляющего лечения. Проведя клиничко-лабораторное обследование, больному вновь назначили телегамматерапию до 30 Гр на курс лечения.

1. О каком лечении следует говорить в данном случае.
2. Диспансерная группа и прогноз.

Ответ:

1. Паллиативное. 2. IV, неблагоприятный.

5. В онкологический диспансер обратился больной 65 лет с жалобами на новообразование на нижней челюсти справа. Появление образования связывает с ношением протеза. Около полугода назад неоднократно обращался к ортопеду-стоматологу с целью коррекции протеза.

Со временем боль уменьшилась, однако, в области альвеолярного отростка нижней челюсти справа отмечается обширная бугристая опухоль, прорастающая в тело нижней челюсти.

3. Ваш предварительный диагноз.
4. Наметьте план лечения.

Ответ:

1. Рак нижней челюсти.
2. Комбинированное.

Раздаточные материалы:

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

Опыт обучения студентов показывает, что это один из сложных аспектов занятия. Для его успешной реализации следует широко использовать имеющиеся наглядные пособия – муляжи, баннеры, кинофильмы. Следует привлекать студентов к разбору тематических больных, к работе в операционной и перевязочных.

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты, создав группы по 3 человека, один из которых имитирует больного со злокачественной опухолью нижней челюсти, другой, - обследующего врача, проводящего опрос и обследование больного (жалобы, анамнез заболевания) осмотр (визуальный). При этом оцениваются знания как студента больного – правильно ли соответствует 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 методам пальпации новообразований на нижней челюсти, регионарных лимфатических узлов, предрасполагающим факторам развития рака и саркомы нижней челюсти.

В конце занятия преподаватель проводит обсуждение полноты теоретических знаний студентов, правильности проведения этапов обследования, интерпретацию ситуационных задач, допущенных при этом ошибок каждым из студентов.

Рекомендуемая литература

-основная:

Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2003 г.

-дополнительная:

8. Бернадский Ю.И.» Основы хирургической стоматологии» Киев,1998.
9. Машкиллейсон А.Л. Предраковые заболевания красный каймы и слизистой оболочки полости рта. М. 1970.
10. Пашков Б.М. Поражение слизистой оболочки полости рта при кожных и венерических заболеваниях. М.1 963.
11. Данилевский А.Т. Заболевания слизистой оболочки полости рта. 1981г.
12. Пачес А.И. Опухоли человека и исследования. 1971.
13. Дунаевский, Шеломенцев Ю.А. «Предопухолевые состояния, слизистых оболочек полости рта» Ленинград 1987.
14. Интернет сайты:
www.chicagocentre.com
www.implantplus.azerin.com
www.ukrdental.com
dentist.spb.ru
www.nidr.nih.gov
spb-mfs.narod.ru
www.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 25

СИНДРОМ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС. ОСТЕОАРТРОЗ.КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА.ПРИНЦИПЫХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|--|----------------------|
| | Преподаватель | |
| 1-этап | | |
| Введение в учебное занятие 10- минут | 1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия. | Слушают и записывают |
| 10- минут | 1.2. Дать список литературы (приложение №1) | Слушают и записывают |
| 15- минут | 1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия. | Отвечают на вопросы |
| 5- минут | 1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2) | Слушают |

| | | |
|----------------|---|---|
| 2- этап | 2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради. | Отвечают на вопросы и обсуждают их |
| Основная часть | | |
| 25- минут | | Задают поясняющие вопросы |
| 15- минут | 2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3) | Обсуждают материалы игры Задают вопросы |
| 15- минут | 2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её. | Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему. |
| 5- минут | 2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”. | Слушают |
| 10- минут | 2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2) | Решают тесты. |
| 50- минут | 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). | Курируют больных |
| 40- минут | Перемена | |
| 20- минут | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают Задают вопросы |
| 3- этап | | |
| Заключительный | | |
| 40- минут | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| 10- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают и сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Анатомия, физиология ВНЧС
2. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.
3. Этиология синдрома болевой дисфункцииВНЧС
4. Клиническая картина синдрома болевой дисфункцииВНЧС

5. Диагностика синдрома болевой дисфункции ВНЧС
6. Лечение больных с синдромом болевой дисфункции ВНЧС
7. Остеоартроз ВНЧС. Этиология, клиника, диагностика и лечение.

Содержание занятия

Теоретическая часть

Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Это наиболее часто встречающийся вид патологии. Наблюдается у 95% пациентов, обращающихся с заболеваниями суставов. Нарушения функции височно-нижнечелюстного сустава обусловлены изменениями сложного нервно-мышечного механизма, контролирующего и регулирующего все движения сустава. Причинами могут быть нарушения прикуса при заболеваниях зубов и слизистой оболочки десен (пародонтит, пародонтоз, патологическая стираемость зубов и др.) после пломбирования, удаления или протезирования зубов. Нарушения прикуса вызывают дискоординацию, асинхронность сокращений жевательных мышц. Возникающие асинхронные мышечные сокращения приводят к тому, что суставной диск и головка мыщелкового отростка могут в данный момент проходить различный путь.

К развитию синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава может привести бруксизм (скрежет зубами), при котором вследствие повышенной активности жевательных мышц происходят сжатие и стискивание зубов. Иногда этот синдром наблюдается при гипертонусе жевательных мышц, связанном с психическими, неврогенными факторами — стрессом. В этих случаях прикус может быть нормальным.

Клиническая картина синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава включает ряд симптомов. Это прежде всего жалобы на боли различной интенсивности в одной из половин лица и головы, с иррадиацией в шею. Отмечаются болезненность и ограничение при открывании рта, S-образное смещение нижней челюсти в сторону при открывании или закрывании рта. При движении нижней челюсти боль усиливается, увеличивается спазм отдельных участков жевательных мышц, нередко возникает шум в суставе в виде шороха или трения (хруста), крепитации или щелканья. Крепитация и трение возникают в нижнем, шарнирном этаже сустава, а щелканье — в верхнем скользящем отделе сустава. Реже больные отмечают сухость или, наоборот, гиперсаливацию, чувство жжения в полости рта, иногда — понижение слуха.

При рентгенологическом исследовании височно-нижнечелюстного сустава органических изменений костных элементов сустава не обнаруживается. Иногда определяется неодинаковое положение суставных головок в суставной впадине в состоянии центральной окклюзии и при максимальном открывании рта.

Синдром болевой дисфункции следует дифференцировать от различных видов артрита этого сустава, окклюзионно-артикуляционного синдрома, связанного с нарушением прикуса, шейного остеохондроза, невралгии тройничного нерва, более психогенного характера. Важным дифференциально-диагностическим критерием служит блокада двигательных путей тройничного нерва по способу П. М. Егорова. Она снимает мышечный спазм, вследствие чего прекращается боль и улучшается подвижность нижней челюсти. При наличии артрита или остеоартрита болевые ощущения в области сустава не ликвидируются, так как анестезия жевательных мышц не оказывает влияния непосредственно на измененный височно-нижнечелюстной сустав.

Лечение больных с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава должно сводиться к устранению причин заболевания и прежде всего к исключению стрессовых ситуаций, парафункций (таких как бруксизм), приема твердой пищи и других моментов, увеличивающих нагрузку и напряжение или вызывающих проявление чувства усталости, скованности и спазма.

Нужно проводить аутогенную тренировку, ЛФК, массаж спазмированных мышц, различные тепловые процедуры, иглотерапию, чрескожную электроаналгезию, блокады путем местного подведения к спазмированным участкам 1 % раствора тримекаина и других анестетиков.

Уменьшения нагрузки на сустав можно достичь и с помощью специальных нижнечелюстных аппаратов. Ограничение подвижности нижней челюсти создает покой для жевательных мышц, связок, капсулы и других элементов сустава. При наличии показаний следует обязательно устранить причины, приведшие к нарушению артикуляции зубов (нормализовать прикус).

Остеоартроз – хроническое заболевание сустава дистрофического характера, причинами которого могут быть обменные, нейродистрофические нарушения, хронические артриты, синдром болевой дисфункции, хроническая травма сустава, неправильное зубопротезирование, изменение состояния жевательной мускулатуры и др. при этом в результате вялопротекающих деструктивных и воспалительных изменений в хрящевой и костной ткани возникают явления остеосклероза костных суставных элементов, часто сопровождающееся их деформацией.

Одной из основных причин остеоартроза считается длительное несоответствие между нагрузкой и выносливостью хрящевой ткани сустава. В норме сустав освобожден от перегрузки, так как сила мышечных сокращений, развиваемая при жевании распространяется в основном на все зубы и их периодонт. Потеря зубов, особенно моляров, приводит к продвижению мышечных отростков в суставную ямку несколько глубже, чем в норме. Возникает излишнее давление на суставные поверхности. Вследствие этого происходят углубление суставной ямки, атрофия её костной пластинки, снижение прикуса. Потеря боковых зубов, может привести к развитию «разбалтыванию» сустава и подвывихам. Постоянные травмы хрящевых суставных поверхностей и мениска вызывают их дегенеративно-воспалительные изменения. Снижение эластичности хрящевых поверхностей приводит к повышению нагрузки на суставные отделы костей. Следовательно, деструктивные процессы в височно-нижнечелюстном суставе развиваются тогда, когда нарушается равновесие между нагрузкой на сустав и физиологической выносливостью его тканей. Костная ткань приспосабливается к возрастанию нагрузки: либо происходит увеличение суставных поверхностей за счет краевых разрастаний, либо склерозируется субхондральный отдел кости.

Остеоартроз чаще встречается в пожилом и старческом возрасте и является следствием возрастных и инволютивных изменений. Различают склерозирующие и деформирующие остеоартрозы. При *склерозирующем остеоартрозе* иногда отмечается склероз в поверхностных и глубже лежащих слоях губчатой кости элементов сустава. При *деформирующем остеоартрозе* происходит деформация кости, которая часто сопровождается образованием на головке нижней челюсти костных разрастаний в виде шипов (экзостозы и остеофиты).

Клиническая картина склерозирующего остеоартроза характеризуется весьма скудной симптоматикой, что нередко является причиной позднего обращения больных к врачу. Больного иногда беспокоят нерезкие боли. Клинические проявления *деформирующего остеоартроза* зависят от степени деформации сустава. Больные жалуются на постоянную

боль, усиливающуюся при движении нижней челюсти, ограничение открывания рта, скованность движений нижней челюсти, смещение нижней челюсти в пораженную сторону при открывании рта может сопровождаться щелканиями хрустом в области сустава.

При рентгенологическом обследовании больных *склерозирующим остеоартрозом* определяются уплотнение краев суставных поверхностей головки сустава, суставной ямки, нередко суставного бугорка, а также уменьшение головки отростка нижней челюсти. При *деформирующем остеоартрозе* наблюдается деформация либо увеличение головки мышцелкового отростка, изменение ее формы с рассасыванием кортикальной пластинки головки или остеофитами.

Лечение остеоартроза остается сложной проблемой. Применение различных методов терапии дает временное улучшение. Показаны физиотерапия – электрофорез йодида калия, лидазы, гидрокортизона, медицинской консервированной желчи; ультразвук; гидрокортизонотерапия путем внутрисуставных инъекций. При нарушении прикуса необходимо рациональное протезирование. В случае скованности движений челюсти – лечебная гимнастика, а при болевых ощущениях – ограничение открывания рта, приём измельченной пищи. Некоторым больным указанное лечение проводят не менее 2 раз в год. При выраженной деформации головки и нарушении функции сустава применяют хирургическое лечение: нивелировку и моделирование суставной головки, удаление мениска, резекцию мышцелкового отростка нижней челюсти. Хирургические методы не дают должного эффекта.

Студент должен знать:

- классификацию заболеваний ВНЧС;
- клинику синдрома болевой дисфункции;
- лечение больных с болевой дисфункцией ВНЧС.

Студент должен уметь:

- читать рентгенограммы и определять причину симптоматических невралгий, центрального и периферического характера;
- выписывать рецепты, назначать физиотерапевтические методы лечения и определять показания к оперативным методам лечения (алкоголизация, нервэкзереz и др.)

Интерактивный метод: Аквариум

ТЕСТЫ

1. Причина синдрома болевой дисфункции ВНЧС:

- А) изменение в суставе *
- Б) изменения в прикусе
- В) нарушение протезирования
- Г) микротравма
- Д) перелом нижней челюсти

2. Причиной синдрома болевой дисфункции ВНЧС не является:

- А) патологическая стираемость зубов
- Б) неправильное протезирование
- В) изменения в суставе
- Г) перелом нижней челюсти
- Д) перелом верхней челюсти

1) ГД * 2) АБ 3) БД 4) ВГ

3. Шум в ушах, нарушение прикуса наблюдается при:

- А) синдроме болевой дисфункции

- Б) анкилозе
- В) артрите
- Г) контрактуре
- Д) артрозе
- 1) АД * 2) БВ 3) ВГ 4) ГД

Ситуационные задачи:

1. Больная 25 лет поступила в поликлинику хирургической стоматологии с жалобами на боль различной интенсивности левой половины лица с иррадиацией в шею. Отмечается болезненность и ограничение открывания рта, S-образное смещение нижней челюсти при открывании рта. При движении нижней челюсти боль усиливается, увеличивается спазм отдельных участков жевательных мышц. Нередко возникает шум суставу в виде хруста. При рентгенологическом исследовании ВНЧС изменение костных элементов сустава не обнаруживается.

1. Ваш предварительный диагноз. 2. Методы лечения при данной патологии.

Ответы:

1. Синдром болевой дисфункции.
2. Массаж спазмированных мышц, иглотерапия, чрезкожная электроанальгезия.

2. В стационар хирургической стоматологии поступила больная с жалобами на плохое открывание рта после перенесенного язвенно-некротического стоматита год тому назад. При осмотре отмечается открывание рта на 0,5 см. При пальпации в области слизистой оболочки щеки рубец идущий от угла до ретромолярной области плотный, безболезненный, с неровной поверхностью размером 5,0х6,0 см.

1. Поставьте диагноз. 2. Составьте план лечения.

Ответы:

1. Рубцовая контрактура нижней челюсти.
2. Устранение контрактуры тканями стебля Филатова.

3. В поликлинику хирургической стоматологии поступила больная 30 лет с жалобами на ограниченное открывание рта, боли при глотании, припухлость в околоушной области справа. Связывает заболевание с прорезыванием зуба, который беспокоит её последние 20 дней. При осмотре околоушной области припухлость болезненная. Цвет кожи не изменен. Рот открывается на 1,5 см. При пальпации болезненность в ретромолярной области, слизистая отечная и гиперемированная, крылочелюстная складка сглажена.

1. Поставьте диагноз. 2. Назовите мышцу, по причине которой плохо открывается рот?

Ответы:

1. Абсцесс ретромолярного пространства. 2. Жевательная мышца.

Рекомендуемая литература

- основная

5. Учебник «Хирургическая стоматология» под редакцией Т.Г.Робустовой, М.Медгиз 2003, С.488-490, 491-493

6. Руководство по хирургической стоматологии челюстно-лицевой хирургии под редакцией В.М.Безрукова, Т.Г. Робустовой том 1, 2000 г., стр 599.

7. Штейнберг- «Невралгия тройничного нерва».

8. Карлов - «Лицевые боли».

- **дополнительная**

3. Ю.И.Бернадский «Травматология и восстановительная хирургия ЧЛЮ».-1999.-С.257-264.

4. Интернет сайты:

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 26

АНКИЛОЗ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА. КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА. ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|---|---|
| | Преподаватель | |
| 1-этап Введение в учебное занятие 10- минут | 1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия. | Слушают и записывают |
| 10- минут | 1.2. Дать список литературы (приложение №1) | Слушают и записывают |
| 15- минут | 1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия. | Отвечают на вопросы |
| 5- минут | 1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2) | Слушают |
| 2- этап Основная часть 25- минут | 2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради. | Отвечают на вопросы и обсуждают их |
| 15- минут | 2.2. Организация обсуждения материалов игры «Чёрный конь», обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3) | Задают поясняющие вопросы Обсуждают материалы игры Задают вопросы |

| | | |
|----------------|---|---|
| 15- минут | 2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её. | Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему. |
| 5- минут | 2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”. | Слушают |
| 10- минут | 2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2) | Решают тесты. |
| 50- минут | 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). | Курируют больных |
| 40- минут | Перемена | |
| 20- минут | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают Задают вопросы |
| 3- этап | | |
| Заключительный | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| 40- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают и сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| 10- минут | | |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Анатомия, физиология ВНЧС.
2. Классификация анкилозов ВНЧС.
3. Этиология и патогенез анкилоза ВНЧС.
4. Клинические проявления анкилоза ВНЧС.
5. Дополнительные методы обследования больных с анкилозом ВНЧС.
6. Рентгенологическая картина анкилоза ВНЧС.
7. Лечение анкилозов ВНЧС (метод пластики по Г.П.Иоаннидис).
8. Виды контрактур нижней челюсти.
9. Дифференциальная диагностика анкилоза ВНЧС и контрактуры нижней челюсти.

10. Принципы лечения отдельных видов контрактур.

Содержание занятия

Теоретическая часть

Анкилоз ВНЧС — это стойкие органические изменения в суставе или в окружающих тканях, ведущие к значительному ограничению или полной потере подвижности вследствие разрастания фиброзной или костной ткани. Различают фиброзный и костный внутри- и внесуставной анкилоз, причем последний может быть только костным. Классификация. Наиболее полной является предложенная Г.П. Иоаннидис (1974) классификация анкилозов, в основу которой положены клиничко-анатомические изменения. Различают следующие клинические формы анкилозов:

1. По этиологии: инфекционный, травматический и др.
2. По морфологическому субстрату процесса: костный (чаще у детей и юношей), фиброзный (у лиц зрелого возраста).
3. По локализации процесса: односторонний, двусторонний.
4. По степени распространения спаек: неполный, или частичный, полный, распространенный.
5. По характеру сопутствующих изменений костей лица: с микрогенией, без микрогении.

Этиология. Факторами, приводящими к анкилозированию, являются инфекционные заболевания ВНЧС и травмы, особенно в детском возрасте. По данным Г.П. Иоаннидис (1974), анкилозы инфекционного происхождения встречаются у 88,2 %, а травматического — у 87,8 % детей.

Патогенез анкилоза ВНЧС недостаточно изучен, но представляется следующим образом. В результате воспаления или травмы происходят повреждение и расплавление мягких тканей суставных поверхностей сочленения и образование между ними фиброзной или костной спайки. В связи с тем, что в детском возрасте головки нижней челюсти покрыты тонким гиалиновым хрящом, суставной диск представлен коллагеновой соединительной тканью, а бугорок и суставная ямка выстланы надкостницей и лишены хрящевого покрытия. Процесс разрушения их протекает гораздо быстрее, чем у взрослых, и между соприкасающимися оголенными суставными поверхностями быстро происходит костное сращивание. В зрелом возрасте хрящевые элементы сустава представлены волокнистым хрящом. Разрушение их происходит медленнее, что в результате вяло текущего воспалительного процесса приводит к образованию рубцовой фиброзной ткани.

Клиническая картина при анкилозе ВНЧС зависит от возраста, в котором развился анкилоз, и имеет следующие проявления. Заболевание развивается в основном в детском и юношеском возрасте. Причинами его могут быть травма, послеродовые травматические повреждения, воспалительные процессы вблизи мышечного отростка (отит, мастоидит, остеомиелит ветви нижней челюсти).

В начале патологического процесса (артрит) хрящевые поверхности мутнеют. Мениск расщепляется на волокна. Суставная капсула сморщивается. Синовиальная оболочка перерождается. Хрящ постепенно исчезает. Обе суставные поверхности превращаются в плотную рубцовую соединительную ткань (фиброзный анкилоз), которая затем окостеневает, т.е. возникает костный анкилоз

Фиброзный анкилоз развивается в тот период, когда заканчивается формирование лицевого скелета. Деформация нижней челюсти при этом отсутствует. В начальной стадии заболевания отмечается ограничение открывания рта. Постепенно амплитуда движений нижней челюсти сокращается. В поздней стадии эти движения могут сохраниться лишь в горизонтальном направлении. При пальпации суставные головки в большей или меньшей степени подвижны. Рентгенологически фиброзный анкилоз характеризуется неравномерностью ширины суставной щели. Местами последняя трудно прослеживается вследствие образования фиброзных спаек.

Анкилоз ВНЧС может быть односторонним и двусторонним, а также полным или частичным. При частичном костном анкилозе сохраняются остатки суставного хряща и участки поверхности суставной головки, при полном — развивается неподвижность нижней челюсти. Характерна деформация нижнего отдела лица, обусловленная нарушением (одно- или двусторонним) зон роста. Выраженность деформации челюсти зависит от времени возникновения анкилоза.

При одностороннем анкилозе наблюдаются смещение средней линии лица в сторону поражения, уплощение тканей по ходу тела нижней челюсти на неповрежденной стороне и выбухание на стороне поражения за счет укорочения ветви и тела нижней челюсти. При пальпации суставных головок движения в пораженном суставе не определяются, а в суставе противоположной стороны — ограничены. Отмечаются множественное разрушение зубов, обильные зубные отложения с явлениями гингивита; прикус перекрестный. При двустороннем анкилозе резко выражено западение подбородочного отдела нижней челюсти вследствие укорочения с обеих сторон основания тела и ветвей ее, что приводит к смещению языка и нарушению функции дыхания. Передний отдел верхней челюсти как бы нависает над нижним; нарушается прикус. Часто передние нижние зубы контактируют со слизистой оболочкой неба, наблюдается их дистопия (веерообразное расположение). Прием пищи затруднен, санация полости рта невозможна.

Диагностика. Клиническая картина поражения сустава при фиброзном анкилозе подтверждается при рентгенологическом исследовании. Определяются резкое сужение и деформация обеих рентгеновских суставных щелей, которые просматриваются не на всем протяжении суставных площадок. Как правило, суставные площадки головок неровные, с выраженным, но неравномерным субхондральным склерозом замыкающих пластинок на головках и впадинах. Рентгенограммы свидетельствуют о минимальном скольжении головок вперед и отсутствии ротационных движений.

Рентгенологически при полном костном анкилозе отмечается укорочение ветви и мышечкового отростка нижней челюсти. Последний расширен и в виде костного разрастания соединяется с суставной впадиной височной кости. Суставная щель не определяется. Угол челюсти деформирован, на нем образуется шпора. Если в процесс вовлекается венечный отросток, то вместе с суставным он образует единый костный массив. При неполном костном анкилозе на большем или меньшем протяжении сустава выявляется щель; форма суставной головки частично сохранена.

Лечение фиброзного анкилоза следует начинать с консервативных мероприятий. В начальной стадии заболевания следует использовать физиотерапевтические методы (фонофорез, ультразвук), рассасывающие медикаментозные средства (раствор калия йодида, лидаза, гиалуронидаза, гидрокортизон и т.д.). Иногда в сустав инъецируют гидрокортизон по 25 мг 2 раза в неделю; на курс 5—6 инъекций. Под влиянием гидрокортизона рассасываются фиброзные спайки внутри сустава (особенно молодые).

При недостаточном эффекте терапии возможно проведение насильственного открывания рта (редрессация) в сочетании с указанными методами лечения и механотерапией.

Лечение костного и стойких форм фиброзного анкилоза хирургическое. Оно направлено на восстановление функции нижней челюсти и устранение деформации путем создания ложного сустава.

Наиболее рациональным местом остеотомии является граница между верхней и средней третью ветви нижней челюсти, т.е. над нижнечелюстным отверстием. При осуществлении только линейной остеотомии часто возникают рецидивы. В результате замедленного образования замыкательной костной пластинки на остеотомированных поверхностях происходит срастание этих поверхностей. Во избежание срастания костных фрагментов создают широкие пространства между костными фрагментами путем их скелетирования, применяют интерпозицию различными тканями и материалами, используют метод ранней и эффективной механотерапии челюстей, лучше специальными аппаратами. При фиброзных анкилозах проводят также ортопедическое лечение [Петросов Ю.А. и др., 1996]; редрессацию фиброзных спаек, активную механотерапию вне- и внутриротовыми аппаратами, ортопедическое исправление прикуса, физиотерапию.

Т а б л и ц а 19.2. Дифференциально-диагностические признаки рубцовой контрактуры нижней челюсти, анкилоза ВНЧС и переднего направленного смещения диска в виде блока

| Симптом | Рубцовая контрактура нижней челюсти | Анкилоз ВНЧС | Дисфункция ВНЧС |
|--|--|--|---|
| Стойкое сведение челюстей | Наблюдается | Наблюдается | Ограничение открывания рта |
| Боковые движения нижней челюсти | Возможны в обе стороны | Отсутствуют или только ограничены при двустороннем анкилозе. При одностороннем поражении челюсть смещается в сторону поражения | Возможны движения в обе стороны |
| Поступательные движения суставных головок | Наблюдаются | Имеют место при фиброзном анкилозе и отсутствуют при костном анкилозе | Только на здоровой стороне |
| Асимметрия | Отсутствует или встречается крайне редко | При развитии анкилоза в детстве. Обусловлена недоразвитием нижней челюсти на стороне поражения | Отсутствует |
| Дефект тканей лица | Может наблюдаться | Обычно отсутствует | Обычно отсутствует |
| Рубцовые изменения в полости рта | Встречаются часто | Отсутствуют | Отсутствуют |
| Изменение прикуса | Обычно отсутствуют | Встречается часто вследствие недоразвития нижней челюсти при развитии анкилоза в детстве | Обычно отсутствует |
| Изменения элементов ВНЧС, выявляемые при рентгенологическом исследовании | Обычно отсутствуют, но головки неподвижны | Деформация суставных головок, наличие костных массивов, отсутствие рентгеновской суставной щели | Смещение суставной головки кзади. Анатомически форма может быть не изменена |
| Рентгенологические изменения в околочелюстных тканях | Могут иметь место при оссифицирующих миозитах | Могут выявляться костные тяжи в окружающих сустав тканях | Отсутствуют |
| Биоэлектрическая активность жевательных мышц | Понижение активности с обеих сторон, более выраженное на стороне поражения | Снижение активности с двух сторон при двустороннем процессе. Повышение активности на здоровой стороне по отношению к пораженной при одностороннем процессе | Обычно отсутствует |

Студент должен знать:

- причины возникновения анкилозов ВНЧС;
- классификацию анкилозов ВНЧС;
- клинические проявления анкилозов ВНЧС;
- методы обследования больных с анкилозом ВНЧС
- основные этапы устранения анкилоза по Г.П.Иоаннидису;
- основные принципы аллопластики ВНЧС по Н.А.Плотникову;

Студент должен уметь:

- обследовать больного с анкилозом ВНЧС;

- проводить на больном с анкилозом ВНЧС линейные и угловые измерения лица, определять степень укорочения ветви и тела нижней челюсти на стороне патологии;
- выявить движения суставной головки, степень их выраженности;
- прочесть данные клинических и биохимических исследований крови и других сред;
- прочесть рентгенологические снимки больного;
- поставить предварительный диагноз и наметить план лечения;
- провести дифференциальную диагностику анкилоза ВНЧС и контрактуры челюсти;

Интерактивный метод: Кто больше? Кто быстрее?

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Чаще всего причиной анкилозов ВНЧС является:
 - А) травма суставного отростка *
 - Б) остеомиелит мышечного отростка
 - В) воспалительные процессы среднего уха
 - Г) артриты различной этиологии
 - Д) различные формы деформаций челюстей
2. Костный анкилоз развивается чаще всего:
 - А) в детском, юношеском возрасте *
 - Б) внутриутробно
 - В) в зрелом возрасте
 - Г) в старческом возрасте
 - Д) нет возрастной зависимости
3. Причиной развития анкилоза ВНЧС может явиться:
 - А) артрит *
 - Б) развитие опухоли
 - В) мастоидит
 - Г) околоушной гипергидроз
 - Д) целлюлит околоушно-жевательной области
4. Лечение костного анкилоза ВНЧС:
 - А) артропластика *
 - Б) физиотерапия
 - В) редрессация
 - Г) введение гормонов в сустав
 - Д) механотерапия
5. Автор, использующий при лечении анкилозов в качестве интерпонирующего материала стебель Филатова:
 - А) Лимберг А.А. *
 - Б) Иоаннидис Г.П.
 - В) Львов П.П.
 - Г) Бернадский Ю.И.
 - Д) Каспарова Н.Н.

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Анкилоз ВНЧС патогенетически подразделяется на:

- А) костный
- Б) фиброзный
- В) травматический
- Г) остеомиелитический
- Д) ревматоидный

1) АБ * 2) БВ 3) ВГ 4) ГД 5) АД

2. Анкилоз ВНЧС по этиологии подразделяется на:

- Е) костный
- Ж) фиброзный
- З) травматический
- И) остеомиелитический
- К) ревматоидный
- 1) ВГД * 2) АБВ 3) БВГ 4) АГД 5) АД

3. Для анкилоза ВНЧС характерно:

- А) стойкое полное или частичное ограничение открывания рта
- Б) отсутствие движений в пораженном суставе
- В) уменьшение размеров челюсти на стороне поражения
- Г) онемение мягких тканей подбородка на стороне поражения
- Д) все ответы верны
- 7) АБВ * 2) БВГ 3) ВГД 4) АГД 5) АД

4. К функциональным нарушениям при анкилозах ВНЧС относятся:

- А) нарушение приема пищи
- Б) нарушение речи
- В) выраженный храп во сне
- Г) деформация нижней челюсти
- Д) нарушение прикуса
- 1) АБВ * 2) БВГ 3) ВГД 4) АГД 5) АД

5. К анатомическим нарушениям при анкилозах ВНЧС относятся:

- А) нарушение приема пищи
- Б) нарушение речи
- В) выраженный храп во сне
- Г) деформация нижней челюсти
- Д) нарушение прикуса
- 1) ГД * 2) АБ 3) ВГ 4) АВ 5) БД

Ситуационные задачи:

1. Больной 22 года жалуется на невозможность открывания рта, деформацию лица. Из анамнеза в 8-летнем возрасте была травма подбородочной области. Со временем открывание рта стало ограничиваться, подбородок смещаться влево. При осмотре отмечается асимметрия лица за счет смещения подбородочного отдела влево. Ткани щечной области справа уплощены, слева более округлые. Открывание рта 0,5 см. движение суставной головки слева отсутствуют. Центральная линия нижней челюсти смещена влево на 1,2 см. Зубы верхней челюсти веерообразно смещены кпереди.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы необходимо провести для постановки окончательного диагноза.

Ответ:

1. Анкилоз ВНЧС.
2. Рентгенологическое обследование.

3. Больному 23 года, после клинико-рентгенологического обследования установлен диагноз анкилоз ВНЧС справа. Заболевание развилось после травмы 3 года назад, когда был выявлен высокий перелом суставной головки нижней челюсти. Проводилось ортопедическое лечение шинами Тигерштедта. Решено провести артропластику по Г.П.Иоаннидис.

Перечислите этапы операции по Г.П.Иоаннидис.

Ответ:

1) Распил суставного отростка; 2) Удаление конгломерата; 3) Фиксация челюстей шинами; 4) Пластика ребром.

Раздаточные материалы:

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

Проводится на муляжах, на моделях, на волонтерах. Обследования больных ведется под контролем педагога. Студент должен на практике научиться правильному сбору анамнеза у больных с деформациями челюстей, с нарушениями функции ВНЧС. При этом уметь дифференцировать основные и второстепенные сведения. Пальпировать и определить движение суставной головки нижней челюсти, определить размеры тела, ветви нижней челюсти.

Проводится осмотр больного как визуально, так и пальпаторно. При этом оцениваются знания студента насколько он логично, корректно, целенаправленно по теме проводит обследование больного. При общении с больным учитываются особенности психики пациента, во время общения проявлять максимум такта и в то же время быть уверенным и твердым. При обследовании больного необходимо научить пользоваться студента инструментами, проводить пальпацию, правильно оценить состояние костной структуры по рентгенограмму, определять границу дефекта и место имплантации. При проведении занятий в поликлинике, во время амбулаторного приема, научить студента быстрому, четкому расспросу и осмотру больного, правильному заполнению амбулаторной карты и истории болезни.

При отсутствии тематических больных проводится деловая игра - один из студентов имитирует больного, а другой - обследующего врача. Применяются муляжи, модели и инструменты. 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.

Практический навык 1. Пальпация суставной головки нижней челюсти для определения движения в области наружного слухового прохода.

Цель: Определение движения суставной головки

Выполняемые этапы (ступени):

| № | Мероприятие | Не выполнил (0 баллов) | Полностью правильно выполнил (20 баллов) |
|----|--------------------------|---------------------------|---|
| 1. | Фиксация головы пациента | 0 | 20 |

| | | | |
|----|--|---|-----|
| 2. | Наложение мизинцев обеих рук в наружные слуховые проходы с двух сторон | 0 | 20 |
| 3. | Попросит пациента открывать и закрывать рот несколько раз | 0 | 20 |
| 4. | Одновременно определить движение суставных головок обеих сторон | 0 | 20 |
| 5. | Оценка движения суставной головки сравнительно | 0 | 20 |
| | Всего | 0 | 100 |

Рекомендуемая литература

- основная

Учебник «Хирургическая стоматология». Под редакцией профессора Робустовой Т.Г. Москва. 2003 год.

- дополнительная

1. Бернадский Ю.И. «Основы хирургической стоматологии» Киев 1998г.
2. «Атлас реконструктивных операций на челюстях» В.А.Сукачев (с.41-42)
3. «Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области» Бернадский Ю.И. Москва 2003, с.282-332.
4. Интернет сайты:

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 27

КОНТРАКТУРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА. ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Технологическая карта практического занятия.

| | | |
|----------------------------------|---------------|-------------|
| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
| | Преподаватель | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>1-этап</p> <p>Введение в учебное занятие</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают</p> <p>Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| <p>2- этап</p> <p>Основная часть</p> <p>25- минут</p> <p>15- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> <p>10- минут</p> <p>50- минут</p> <p>40- минут</p> <p>20- минут</p> <p>3- этап</p> <p>Заключительный</p> <p>40- минут</p> <p>10- минут</p> | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие).</p> <p>Перемена</p> <p>2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов)</p> <p>3.1. Заключение. Проводится заключение по теме.</p> <p>3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5)</p> <p>3.3.Задаются вопросы и задания для</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> <p>Слушают</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Слушают</p> <p>Слушают сами себя оценивают</p> <p>Записывают</p> |

| | | |
|-----------|--|----------|
| 10- минут | самостоятельной подготовки(приложение № 7) | задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Виды контрактур нижней челюсти.
2. Дифференциальная диагностика анкилоза ВНЧС и контрактуры нижней челюсти.
3. Принципы лечения отдельных видов контрактур.

Содержание занятия

Контрактура височно-нижнечелюстного сустава – это сведение челюстей различной этиологии, вплоть до полной неподвижности нижней челюсти. Воспалительная контрактура (тризм) возникает при непосредственном и рефлекторном раздражении аппаратов, связанных с иннервацией жевательных мышц (болевое раздражение из очага воспаления).

Различают три степени воспалительной контрактуры. При первой степени открывание рта слабо ограничено и возможно в пределах 3-4 см между режущими поверхностями верхних и нижних центральных зубов; при второй – отмечается ограничение открывания рта в пределах 1-1,5 см; при третьей – рот открывается менее чем на 1 см.

Лечение воспалительной контрактуры сводится к ликвидации воспалительного процесса. В случае невозможности доступа к вскрытию гнойного очага в полости рта необходимо снять спазм жевательных мышц путем проведения блокады двигательных ветвей третьей ветви тройничного нерва по Берше-Дубову. При длительно-воспалительного процесса со сведением челюстей более недель показаны физиотерапия и лечебная гимнастика.

Рубцовая контрактура - возникает вследствие рубцовых изменений тканей, окружающих нижнюю челюсть. Это происходит при язвенно-некротических процессах в полости рта (нома, осложнения после скарлатины, тифа, сердечно-сосудистых декомпенсациях, хронических специфических процессах (сифилис, туберкулез, актиномикоз), термических и химических ожогах, травме (в том числе после операций удаления доброкачественных и злокачественных опухолей). Заживление ран вторичным натяжением ведет к образованию рубцовой ткани, представленной коллагеновыми волокнами, которая практически не растягивается. Это приводит к деформации тканей и органов.

Различают дерматогенную, десмогенную (соединительнотканную), миогенную, мукозогенную и костную контрактуры.

Клиническая картина характеризуется сведением челюстей I, II, III степени. Дерматогенные и мукозогенные рубцы, а также рубцы, замещающие сквозной дефект, определяются визуально, глубокие – пальпаторно. Движения суставных головок сохраняются (небольшие качательные и боковые движения нижней челюсти).

Лечение рубцовых контрактур может быть консервативным, с применением парафина, пирогенала, тканевой терапии по В.П. Филатову, лидазы, репидазы, гидрокортизона, вакуум терапии, ультразвука, гелий-неонового лазера и т.д. Главная цель консервативного лечения – предотвращение развития гиалиноза коллагеновых волокон. Эти методы лечения эффективны при свежих «молодых» рубцах давностью не более 12 месяцев. В других случаях показано хирургическое лечение. Оперативное вмешательство заключается в рассечении рубцов, иссечении рубцовой ткани и замещении ее другой тканью. Для этого используют различные методы пластики: встречными треугольными лоскутами, лоскутами на ножке, свободной пересадкой тканей (кожа, подкожная клетчатка, фасция и т.д.), филатовским стеблем или лоскутом с использованием микрососудистых анастомозов (при глубоких рубцах).

Для предотвращения рецидива рубцовых контрактур после хирургических вмешательств необходимо проводить лечебную гимнастику, в том числе механотерапию.

Интерактивный метод: Аквариум

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. При рубцовой контрактуре не может быть:

- А) высокая температура *
- Б) ограниченное открывание рта
- В) деформация челюсти
- Г) нарушение речи
- Д) нарушение приема пищи

2. Рубцовая контрактура не бывает:

- А) гематогенной *
- Б) дермогенной
- В) миогенной
- Г) костной
- Д) мукозогенная
- Е)

3. Лечение рубцовой контрактуры ВНЧС:

- А) хирургическое *
- Б) лазеротерапия
- В) механотерапия
- Г) физиотерапия
- Д) ЛФК
- Е)

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Причиной рубцовой контрактуры может быть:

- А) нома

- Б) стоматит
 - В) травма
 - Г) паротит
 - Д) медиастинит
- 1) АБВ * 2) БВГ 3) ГД 4) АД

2. Рубцовая контрактура лечится:

- Б) физиотерапией
 - В) ЛФК
 - Г) механотерапией
 - Д) удалением рубцов
 - Е) замещением другими тканями
- 1) ГД * 2) АБ 3) БВ 4) АВ

Ситуационные задачи:

1. В стационар хирургической стоматологии поступила больная с жалобами на плохое открывание полости рта после перенесенного язвенно-некротического стоматита год тому назад. При осмотре полости рта открывание на 0,5 см. При пальпации в области слизистой оболочки щеки рубец идущий от угла до ретромолярной области плотный безболезненный с неровной поверхностью размером 5,0х6,0 см

1. Поставьте диагноз. 2. Составьте план лечения.

Ответ:

1. Рубцовая контрактура нижней челюсти. 2. Устранение контрактуры стеблем Филатова.
2. Больному 23 года, после клинико-рентгенологического обследования установлен диагноз анкилоз ВНЧС справа. Заболевание развилось после травмы 3 года назад, когда был выявлен высокий перелом суставной головки нижней челюсти. Проводилось ортопедическое лечение шинами Тигерштедта. Решено провести артропластику по Г.П.Иоаннидис.
Перечислите этапы операции по Г.П.Иоаннидис.

Ответ:

1) Распил суставного отростка; 2) Удаление конгломерата; 3) Фиксация челюстей шинами; 4) Пластика ребром.

Раздаточные материалы:

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

Проводится на муляжах, на моделях, на волонтерах. Обследования больных ведется под контролем педагога. Студент должен на практике научиться правильному сбору анамнеза у больных с деформациями челюстей, с нарушениями функции ВНЧС. При этом уметь дифференцировать основные и второстепенные сведения. Пальпировать и определить движение суставной головки нижней челюсти, определить размеры тела, ветви нижней челюсти.

Проводится осмотр больного как визуально, так и пальпаторно. При этом оцениваются знания студента насколько он логично, корректно, целенаправленно по теме проводит обследование больного. При общении с больным учитываются особенности психики пациента, во время общения проявлять максимум такта и в то же время быть уверенным и твердым. При обследовании больного необходимо научить пользоваться студента инструментами, проводить пальпацию, правильно оценить состояние костной структуры по рентгенограмму, определять границу дефекта и место имплантации. При проведении занятий в поликлинике, во время амбулаторного приема, научить студента быстрому, четкому расспросу и осмотру больного, правильному заполнению амбулаторной карты и истории болезни.

При отсутствии тематических больных проводится деловая игра - один из студентов имитирует больного, а другой - обследующего врача. Применяются муляжи, модели и инструменты. 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.

Практический навык 1. Пальпация суставной головки нижней челюсти для определения движения в области наружного слухового прохода.

Цель: Определение движения суставной головки

Выполняемые этапы (ступени):

| № | Мероприятие | Не выполнил (0 баллов) | Полностью правильно выполнил (20 баллов) |
|----|--|---------------------------|---|
| 1. | Фиксация головы пациента | 0 | 20 |
| 2. | Наложение мизинцев обеих рук в наружные слуховые проходы с двух сторон | 0 | 20 |
| 3. | Попросит пациента открывать и закрывать рот несколько раз | 0 | 20 |
| 4. | Одновременно определить движение суставных головок обеих сторон | 0 | 20 |
| 5. | Оценка движения суставной головки сравнительно | 0 | 20 |
| | Всего | 0 | 100 |

Рекомендуемая литература

- основная

Учебник «Хирургическая стоматология». Под редакцией профессора Робустовой Т.Г. Москва. 2003 год.

- дополнительная

1. Бернадский Ю.И. «Основы хирургической стоматологии» Киев 1998г.
2. «Атлас реконструктивных операций на челюстях» В.А.Сукачев (с.41-42)
3. «Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области» Бернадский Ю.И. Москва 2003, с.282-332.
4. Интернет сайты:

Практическое занятие № 28

КОСТНАЯ ПЛАСТИКА. ВИДЫ ТРАНСПЛАНТАТОВ. ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|---|--|
| | Преподаватель | |
| 1-этап Введение в учебное занятие 10- минут 10- минут 15- минут 5- минут | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| 2- этап Основная часть 25- минут 15- минут 15- минут 5- минут 10- минут | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> |

| | | |
|----------------|--|-------------------------------|
| 50- минут | 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). | Курируют больных |
| 40- минут | Перемена | |
| 20- минут | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают |
| 3- этап | | Задают вопросы |
| Заключительный | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| 40- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают и сами себя оценивают |
| 10- минут | | |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Этиология и методы хирургического лечения дефектов нижней челюсти.
2. Методы обследования больных с дефектами челюстей.
3. Клинические проявления дефектов.
4. Анатомические и функциональные нарушения.
5. Подготовка больных к пластике дефекты челюстей.
6. Пластика аутотрансплантатом.
7. Пластика аллотрансплантатом.
8. Пластика имплантатами.
9. Возможные осложнения после пластики челюстей.

Содержание занятия

Начало костно-пластическим операциям на нижней челюсти было положено в конце XIX столетия. На первом этапе костные аутотрансплантаты, взятые из края нижней челюсти или соседних областей, пересаживали в дефект нижней челюсти на длинных питающих ножках. Последние выкраивали из кожно-мышечного лоскута, связанного с костным трансплантатом. Впервые такую операцию осуществил А. Bardenheuer (1892). Дефект нижней челюсти, образовавшийся после резекции по поводу саркомы, он заместил костным трансплантатом, взятым из лобной области. В это же время А. Wildt (1892) произвел остеопластику нижней челюсти трансплантатами из ключицы на ножке из мягких тканей; результаты операции неизвестны. А. Wolfler (1892) для замещения дефекта нижней челюсти использовал трансплантат на длинной ножке, взятый из лопатки. Трансплантат некротизировался и был удален. Восстановить непрерывность нижней челюсти не удалось. Несколько позднее для восстановления непрерывности кости при небольших послеоперационных дефектах нижней челюсти применяли трансплантаты на ножке, взятые из нижней челюсти [Дьяконов П. И., 1897; Дешин А. А., 1897; Bardenheuer, 1896; Krause, 1904].

В начале XX века аутоостеопластика нижней челюсти получила новое направление: была доказана возможность замещать дефекты нижней челюсти по способу свободной пересадки кости. В. М. Зыков в 1900 г. в асептических условиях устранил дефект подбородочного отдела аутотрансплантатом длиной 4 см, выпиленным с противоположной

В начале XX века для замещения дефектов нижней челюсти рядом авторов были использованы неденатурированные и вываренные костные аллотрансплантаты, взятые у здоровых людей [Петров Н. Н., 1911; Lexer E., 1908; McEwen W., 1909].

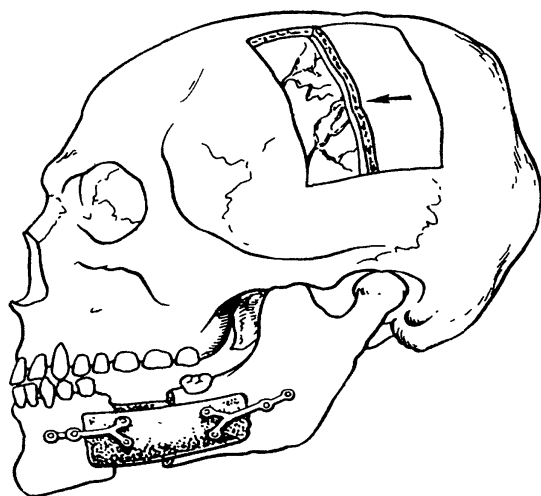


Рис. 24.1. Замещение дефекта тела нижней челюсти послойным аутоотрансплантатом со свода черепа (схема).

Однако практически во всех странах пересадка костного аутоотрансплантата в условиях первичной или вторичной пластики не давала положительных результатов вследствие нагноения или отторжения. Даже несмотря на появление антибиотиков, применение свежих аллотрансплантатов не получило в то время широкого клинического распространения из-за отсутствия возможности длительного хранения и надежных средств борьбы с инфекцией [Симельсон Е. Б., 1945; Петров В. И., 1964; Camera, 1954]. Развитие аллопластики невозможно без заготовки тканей впрок и без консервации их на длительное время, указывали авторы.

Начиная с 1951 г. в челюстно-лицевой хирургии стали использовать аллотрансплантаты, консервированные методом лиофилизации [Kreis S. F. et al., 1951]. Лيوфилизированной костной тканью замещали полостные дефекты после удаления радикулярных кист, ретинированных зубов [Загубелюк Н. К., 1979]. В таких случаях удобнее применять измельченные трансплантаты, так как регенерация костной ткани, а следовательно, рассасывание и замещение трансплантатов новообразованной костью, в основном зависят от скорости прорастания в них кровеносных сосудов со стороны воспринимающего костного ложа и окружающих мягких тканей реципиента. Чем больше контактная поверхность, тем интенсивнее протекает этот процесс. Наиболее выраженными остеогенетическими свойствами обладают трансплантаты, измельченные до состояния порошка (костная мука). По данным Н. К. Загубелюк (1979), отрицательные результаты при подобном оперативном вмешательстве составили около 10 %. Однако костная мука, несмотря на хорошие остеогенетические свойства, может быть использована лишь при заполнении костных полостей, поскольку такому материалу очень трудно придать необходимую форму. Описаны результаты костной пластики лиофилизированными аллотрансплантатами при замещении дефектов нижней челюсти с нарушением ее непрерывности [Горячева Т. Н., 1972; Пузанов В. И., 1973], для контурной пластики [Nasteff, 1966]. Названные авторы использовали трансплантаты как из кортикального слоя, так и из губчатой кости.

При экспериментальных исследованиях и клинических наблюдениях, проведенных под руководством Н. А. Плотникова, установлены хорошие пластические свойства лиофилизированных ортотопических трансплантатов из нижней челюсти. Они являются

незаменимым пластическим материалом, особенно при замещении обширных дефектов нижней челюсти и артропластике височно-нижнечелюстного сустава. По данным П. В. Наумова (1965), А. А. Колесова и соавт. (1972), Н. К. Загубелюк (1971), В. И. Пузанова (1973), Mellonigh J. и соавт. (1976), более чем в 90 % случаев получены хорошие функциональные и эстетические результаты. Группе исследователей во главе с Н. А. Плотниковым присуждена Государственная премия СССР за разработку методов реконструктивной хирургии челюсти и височно-нижнечелюстного сустава с целью восстановления анатомической целостности и функции жевательного аппарата. Предложен ряд методик взятия, стерилизации, лиофилизации, хранения и транспортировки биопластического материала. Разработаны новые методики первичного и вторичного восполнения дефектов нижней челюсти различной протяженности и локализации лиофилизированными аллотрансплантатами. По мнению этих исследователей, биологическая структура и однотипность ортотопических трансплантатов создают наилучшие условия для развития регенерата. В то же время В. И. Говалло (1979) считает, что васкуляризация трансплантатов не зависит от того, пересажена ли кость орто- или гетеротопно.

Кроме того, как отмечают А. А. Колесов и соавт. (1980), ортотопические трансплантаты мало пригодны для замещения дефектов челюстей у детей младшего возраста, так как моделирование трансплантата приводит к нарушению механической прочности, что впоследствии ведет к более ранней и неравномерной его резорбции, в результате чего не происходит полноценного развития регенерата.

Опыт применения в качестве аллотрансплантатов лиофилизированной зрелой кости свидетельствует о том, что в послеоперационном периоде, хотя и у небольшого числа больных, трансплантаты могут подвергаться отторжению [Паникаровский В. В. и др., 1983]. Вторичная перестройка трансплантатов из лиофилизированной зрелой кости происходит очень долго (от 6 мес до 1,5 года). В связи с этим остаются актуальными поиски такого материала, который бы утилизировался в организме в возможно кратчайшие сроки с восстановлением первичной для кости органной структуры.

Другим интересным направлением в решении проблемы замещения дефектов челюстей является пластика брешковостью. Известно, что эмбриональные ткани обладают высокой стимулирующей способностью процессов регенерации, у них отсутствуют выраженные антигенные свойства и по времени перестройки кость не уступает аутогенным трансплантатам (Констандян Л. И. и др., 1976; Сысолятин П. Г., 1979; Рузин Г. П., Захаров Ю. З., 1975; Рузин Г. П., 1979; Мамедов Г. Г., 1978; Crouse A., 1959).

В стоматологии кость плода с успехом применяется для заполнения костных полостей после удаления кист, пластики небольших дефектов альвеолярного отростка и тела челюсти, стимуляции остеогенеза при переломах челюстей и ложных суставах. Однако из-за малых размеров трубчатых костей плода, обычно применяемых для трансплантации, их трудно использовать для замещения значительных по объему дефектов челюстей. Антигенные свойства трансплантатов из брешковости зависят от возраста плода, так как у эмбриона в кости больше водорастворимых белков-антигенов, чем в кости взрослых лиц, поэтому ткани, взятые в ранний эмбриональный период, очень быстро рассасываются [Окулова А. Н., 1961]. Последнее в известной степени ограничивает возможность использования такого трансплантационного материала.

В практике хирургической стоматологии широко используются формализированные трансплантаты. Н. Н. Бажанов и Г. П. Тер-Асатуров (1979), П. Г. Сысолятин (1979) считают, что применение подобных трансплантатов особенно оправдано при замещении дефектов, возникших в результате остеомиелита и в других случаях инфицирования воспринимающего ложа. По их мнению, в таких случаях важную роль играет антимикробное действие формалина.

Другие авторы [Паникаровский В. В. и др., 1983] считают, что в настоящее время применение формализированных трансплантатов имеет лишь исторический интерес и подобные трансплантаты способны вызвать негативные иммунные реакции организма реципиента. По данным Н. А. Плотникова (1979), в ранние сроки после операции формализированные трансплантаты вызывают более сильный отек мягких тканей, чем лиофилизированные. Трансплантаты, заготовленные перечисленными выше методами, могут быть успешно использованы для замещения тотальных дефектов в виде стружек для пломбирования полостей. Применение их для контурной пластики или пластики альвеолярного отростка ограничено, так как им трудно придать необходимую форму.

Возможность применения декальцинированного костного матрикса в стоматологии доказана Н. И. Винниковой и соавт. (1981), которые получили хороший остеогенетический эффект при пломбировании им костных полостей. Непосредственно для пластики альвеолярного отростка декальцинированный матрикс с успехом использовали Milier и Emmings (1979).

Ксенотрансплантация — пересадка тканей от животного человеку, от собаки — кролику. Данный метод устранения костного дефекта избавляет больного от дополнительной операции, т. е. заимствования у него какого-либо костного фрагмента. Однако от широкого применения ксенотрансплантации пришлось отказаться из-за биологической несовместимости материала. Многие виды консервации кости неспособны придать трансплантату свойства, исключаящие его конфликт с организмом реципиента.

Аллотрансплантация — пересадка тканей от одной особи другим генетически различным организмам того же вида (от человека человеку). В настоящее время используются различные способы консервации костной ткани: замораживание при различных температурных режимах, лиофилизация, обработка химическими агентами, хранение в парафине, полиэфирных смолах и др. Каждый из перечисленных способов имеет преимущества и недостатки. Как показали результаты экспериментальных исследований и клинических наблюдений, для вторичной костной пластики аллотрансплантаты, консервированные холодом, нельзя применять при замещении дефектов нижней челюсти протяженностью более 2 см. Использование лиофилизированных трансплантатов без сочетания с аутокостью при дефектах длиной более 4 см не всегда приводит к образованию полноценного регенерата; иногда наблюдается полная резорбция пересаженной кости. Костные трансплантаты, консервированные в 0,5 % растворе формалина, нередко вызывают осложнения в виде значительного отека, а в ряде случаев остаются в организме как инородное тело либо через некоторое время рассасываются без образования заместительного регенерата.

Вместе с тем ряд авторов считают целесообразным использовать для восстановительных и реконструктивных операций на лице костную ткань, консервированную различными способами. При этом отмечается хороший клинический и косметический результат.

Костная пластика аутооттрансплантатом. Методы аутоостеопластики нижней челюсти детально разработаны и часто применяются, так как не требуют специальных установок и средств для консервации и в большом проценте случаев дают положительные результаты. В отличие от 20—50-х годов в настоящее время обязательным условием аутопластики нижней челюсти считается прочность фиксации отломков по отношению к трансплантату.

Существующие способы фиксации отломков челюсти можно разделить на две группы: внутриротовые (назубные, назубно-десневые, накостные) и внеротовые (накостные с наружными приспособлениями для фиксации, накостные без выступающих наружу приспособлений, внутрикостные).

В последнее время шины Ванкевич, Ядровой, Бетельмана, Порты, а также модификации этих аппаратов используют редко. С целью удержания отломков нижней челюсти в основном применяют назубные шины Тигерштедта. Для накостной фиксации в настоящее время широко используют мини-пластины из титана, которые за рубежом были разработаны около 20 лет назад. Благодаря наличию в арсенале хирургов титановых мини-пластин стало возможным реже пользоваться проволочными швами для фиксации костных отломков. При этом процент случаев успешной костной пластики значительно повысился. Выполнять операцию целесообразно двумя бригадами хирургов: одна готовит воспринимающее ложе в области дефекта нижней челюсти, другая — берет трансплантат из ребра, гребня подвздошной кости или другого участка, после чего ушивает рану в этой области.

Правильное формирование воспринимающего ложа во многом предопределяет успех оперативного вмешательства. Необходимо максимально очистить рану от омертвевших и рубцовых тканей, инородных тел, склерозированной костной ткани на концах отломков. При этом следует сохранить достаточное количество хорошо кровоснабжаемых тканей как для покрытия костного трансплантата, так и для того, чтобы изолировать ложе от полости рта, если резекцию челюсти и остеопластику производят одномоментно. Для отграничения от полости рта накладывают один ряд швов на слизистую оболочку и как минимум один—два ряда на подслизистые мягкие ткани.

После резекции фрагмента нижней челюсти на концах отломков формируют воспринимающие площадки и отломки фиксируют в правильном положении (по зубной дуге верхней челюсти). Размер трансплантата определяют с помощью линейки.

Костный аутопластический материал выбирают, исходя из размеров и формы дефекта. Для пластики подбородочной области целесообразнее использовать гребень подвздошной кости, для тела нижней челюсти — прямой участок гребня подвздошной кости, расщепленное ребро или трансплантат со свода черепа, для угла и ветви нижней челюсти — гребень и крылоподвздошной кости или кости свода черепа.

Взятие трансплантата из целого ребра. Операцию выполняют под общей анестезией. После обработки операционного поля проводят дугообразный разрез кожи и подкожной жировой клетчатки по ходу соответствующего ребра (VII—IX). Кожный разрез делают на несколько сантиметров длиннее, чем костный трансплантат. Широкий доступ значительно облегчает и ускоряет операцию. По наружной поверхности ребра рассекают скальпелем мышцы и надкостницу на всем протяжении раны. Надкостницу вместе с мышцами распатором сдвигают с ребра в межреберные промежутки так, чтобы края ребра были освобождены от мягких тканей.

Если трансплантат будет взят с частью хряща, то в следующий момент освобождают от мышц и надхрящницы переднюю поверхность реберного хряща на протяжении 2—3 см и осторожно, чтобы не поранить внутренний листок надхрящницы и париетальную плевру, распатором выделяют хрящ соответствующей величины. Если взято целое ребро, то на протяжении 1—2 мм надкостницу отделяют от внутренней поверхности ребра и в это место вводят реберный распатор для того, чтобы отделить надкостницу полностью. После этого реберными кусачками или с помощью бормашины рассекают ребро в заднем отделе и, поднимая отсеченную часть скальпелем, окончательно отсекают мягкие ткани от хряща и отрезают соответствующую часть хряща. Затем фрезой или кусачками скусывают острые края на оставшейся части ребра, чтобы последние не поранили тонкую париетальную плевру. После извлечения костного трансплантата из раны, следует осуществить межреберную блокаду анестетиком для снятия болевого синдрома после операции. В передний и задний отдел раны вводят резиновый выпускник на 24—48 ч, накладывают швы на мышцы, подкожную жировую клетчатку и кожу.

Если необходимо взять только наружную пластину ребра, то после обнажения его передней поверхности с помощью дисковой пилы проводятся распилы наружной пластины до губчатого вещества по верхнему и нижнему краям ребра. Затем в переднем углу раны остеотомом, поставленным на ребро под углом 45° , делают расщеп в ребре, проникая долотом в губчатый слой. После этого желобоватым долотом с тонкими стенками отделяют наружную кортикальную пластину необходимой длины.

Сглаживают острые костные края, осуществляют гемостаз. Послойно ушивают рану.

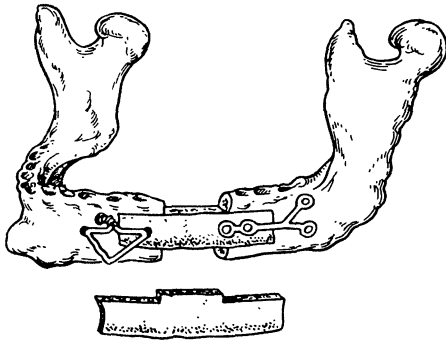


Рис. 24.2. Взятие расщепленного ребра (схема).

Взятие трансплантата из гребня подвздошной кости. Операцию выполняют под общей анестезией. После обработки операционного поля проводят разрез кожи и подкожной жировой клетчатки над гребнем подвздошной кости. Длина разреза зависит от размера трансплантата, который необходимо взять. По верхнему краю гребня рассекают надкостницу и распатором сдвигают ее на внутреннюю и наружную поверхность в глубину раны на 2,5—3 см. Если необходимо взять трансплантат для тела нижней челюсти, то выбирают наиболее прямой участок кости и с помощью дисковой пилы и фрез выпиливают необходимого размера костный фрагмент. Затем, с помощью прямого тонкого долота рассекают нераспиленные участки кости. Фрезой сглаживают острые костные края, осуществляют гемостаз (иногда с помощью воска) и послойно ушивают рану, оставляя на 24—48 ч резиновый выпускник. Если для устранения дефектов нижней челюсти в области угла и ветви необходимо взять трансплантат из гребня подвздошной кости с переходом на крыльчатую часть, то обычно это делают при помощи шаблона, вырезанного по размерам дефекта с запасом 1 — 1,5 см для площадок в местах закрепления последнего с торцами отломков.

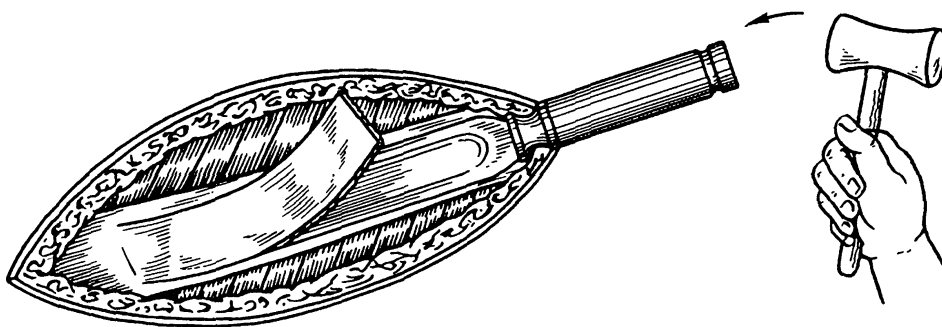


Рис. 24.3. Замещение дефекта тела нижней челюсти аутоотрансплантатом из гребня подвздошной кости (схема).

Костная пластика аллотрансплантатом. В последние годы значительное место среди методов аллопластики нижней челюсти занимает применение лиофилизированных

аллотрансплантатов, особенно взятых из нижней челюсти трупа. Лиофилизированный пластический материал можно длительное время хранить при комнатной температуре, транспортировать и т. д.

Сущность метода лиофилизации заключается в сублимации воды из предварительно замороженной ткани в условиях вакуума. Обезвоживание ткани осуществляется за счет поддержания равновесия концентрации водяных паров в тканях и окружающем пространстве. При таком высушивании ткани в ней не происходит денатурации белков. Остаточная влажность высушиваемого материала во многом зависит от способа лиофильной сушки и аппаратуры и весьма существенно влияет на качество трансплантата, а, следовательно, и на исход пересадки.

Разносторонние клинико-экспериментальные исследования по применению лиофилизированной кости для замещения костных дефектов нижней челюсти провели Н. А. Плотников и сотр., обобщившие опыт 749 остеопластических операций на нижней челюсти с применением лиофилизированных аллотрансплантатов.

Пластика нижней челюсти лиофилизированной аллокостью. Представляет собой одномоментную резекцию и остеопластику нижней челюсти лиофилизированным аллотрансплантатом. Если резекцию или экзартикуляцию челюсти производят по поводу доброкачественной опухоли, то следует сохранить не измененную опухолевым процессом надкостницу и мениск височно-нижнечелюстного сустава. При злокачественной опухоли удаляют не только надкостницу, но и соседние с ней мягкие ткани и регионарные лимфатические узлы. Образовавшееся сообщение раны с полостью рта тщательно ушивают минимум двумя рядами кетгутовых швов. При помощи циркулярной пилы, фрезы и долота на оставшемся фрагменте нижней челюсти с наружной стороны (на расстоянии 1,5—2 см от свободного конца) снимают костную пластинку вплоть до появления кровотока (это необходимо для последующей васкуляризации трансплантата). На месте созданной раневой площадки трепаном просверливают два отверстия для проволочного шва. Затем в подготовленное ложе укладывают трансплантат, плотно подгоняя его к концу фрагмента челюсти реципиента по типу русского замка (трансплантат должен быть на 1,5—2 см длиннее удаляемого участка кости). Для этого на конце трансплантата с внутренней стороны также создают раневую поверхность и делают два отверстия. Трансплантат фиксируют к фрагменту челюсти при помощи проволоки из нержавеющей стали, продетой в перфорационные отверстия. Если резекция челюсти сопровождалась отслойкой жевательных мышц, то под углом трансплантата соединяют швами нижние концы отсепарованных жевательной и медиальной крыловидной мышц.

Окружающие мягкие ткани плотно ушивают, чтобы предупредить образование в них полостей и гематомы. На кожу накладывают швы конским волосом или синтетической нитью. Рану закрывают асептической повязкой. В угол раны вводят узкий резиновый выпускник. Если остеопластику производят после экзартикуляции половины челюсти, то второй конец (головка нижней челюсти) аллотрансплантата помещают в нижнечелюстную ямку.

Вторичная костная пластика нижней челюсти лиофилизированным аллотрансплантатом. При частичных дефектах нижней челюсти костную пластику производят после экономной резекции склерозированных концов кости. С наружной стороны на концах обоих фрагментов создают раневые площадки протяженностью 1,5—2 см. После появления кровотока костные трансплантаты моделируют в виде буквы Т, вводят в качестве распорки между костными фрагментами и одновременно накладывают на созданные раневые площадки. Этим достигается контакт между трансплантатом и костью реципиента, благодаря чему он быстрее приживляется.

При дефекте, возникшем вследствие остеомиелита, наблюдается рубцовое изменение мягких тканей. В этих случаях при подготовке площадки для височно-нижнечелюстного сустава удаляют дегенеративно перерожденный суставной диск, а для проведения (укладки) ветви нижней челюсти (вместе с головкой) формируют туннель в рубцово-измененных мягких тканях. Наличие рубцово-измененных тканей, окружающих трансплантат и область нижнечелюстной ямки, усложняет технику операции и отражается на послеоперационной функции сустава. Для восполнения дефекта ветви и мышечного отростка автор рекомендует применять аллотрансплантат, заготовленный из нижней челюсти вместе с головкой. Головку нижней челюсти вводят во вновь образованную суставную полость, а другой конец трансплантата соединяют с концом фрагмента челюсти реципиента по типу русского замка и укрепляют швом. Необходимо избегать образования сообщения раны с полостью рта. В ране на 24 ч оставляют выпускник.

Послеоперационный уход после обоих вариантов аллоостеопластики по Плотникову предусматривает ежедневный туалет полости рта слабым раствором антисептиков (ирригация, протирание), полноценное питание, изоляцию наружной линии швов от загрязнения, контроль за состоянием ортопедического фиксирующего приспособления и др. Первую перевязку делают на следующий день после операции. Извлекают выпускник, а линию швов и окружающую кожу обрабатывают этиловым спиртом. При возникновении гематомы распускают 1—2 шва, удаляют скопившуюся кровь, в рану вводят антибиотики и дренируют ее еще 2—3 дня. После этого дренаж извлекают. Швы снимают на 7—8-й день. В течение 7—10 дней после операции с целью профилактики проводят антибиотикотерапию, назначают поливитамины. Пища для таких больных должна быть протертой или молотой, энергетически ценной, витаминизированной. Кормить больных следует с помощью поильника. В случае наложения проволочных назубных шин нужно следить за их фиксацией (подкручивать лигатуры, менять резиновые кольца). Через 1—1,5 мес после операции межчелюстное крепление снимают, постепенно усиливают нагрузку на нижнюю челюсть при механотерапии и назначают все более жесткую пищу.

После костной пластики лиофилизированными аллотрансплантатами возможны следующие осложнения: 1) рассасывание трансплантата без последующего замещения новой костью; 2) нагноение с удалением трансплантата; 3) образование ложного сустава; 4) поверхностное нагноение раны с наружной стороны в области швов.

Самыми важными условиями, предупреждающими возникновение осложнений при костно-пластических операциях, не обусловленных тканевой несовместимостью, являются строго дифференцированный подбор трансплантата по форме, качеству, способу консервации, максимальное соблюдение асептики при оперативном вмешательстве, бережное обращение с окружающими тканями, тщательное сопоставление концов трансплантата с тканями реципиента, надежная фиксация и создание абсолютного покоя до наступления консолидации.

Морфологические изменения в лиофилизированных алло- и аутоотрансплантатах аналогичны. Разница заключается в скорости и полноценности замещения трансплантата вновь образованной костью. Значительно быстрее и полноценнее перестройка происходит в аутогенной костной ткани, где уже на 16-й неделе после трансплантации процесс замещения в основном завершается. В лиофилизированной кости ассимиляция протекает медленнее: на 24-й неделе в ней происходят такие же процессы, какие наблюдаются в аутокости на 16-й неделе. При замещении дефекта ортотопическим лиофилизированным аллотрансплантатом установлено, что к 12-й неделе трансплантат частично замещается новообразованной пластинчатой костью, появляющейся по ходу расширенных сосудистых каналов и на старых безостеоцитных костных перекладинах. Через 26—35 нед после операции трансплантат почти полностью замещается регенератором, а спустя 44—52 нед структура последнего аналогична структуре челюсти реципиента [Никитин А. А., Золотарева Ю. Б., 1979]. В

лиофилизированном трансплантате антигенная активность костного мозга, денатурирующегося во время лиофилизации, сравнительно низкая [Плотников Н. А., Троянский И. В., 1979], в то время как неконсервированные и консервированные при температуре -25°C аллотрансплантаты проявляют активную антигенную способность, а потому подвергаются интенсивной остеопластической резорбции, которая может опережать процесс репарации [Юкунева Л. М., 1972]. Наряду с этим установлено, что сроки хранения лиофилизированного аллотрансплантата не оказывают влияния на процессы перестройки. Широко используют также стерилизацию и консервирование аллокости в слабом (0,25 %) растворе формалина, в котором заготовленные в нестерильных условиях костные аллотрансплантаты становятся стерильными через 20 сут, а в 0,5 % растворе — через 10 сут [Бажанов Н. Н. и др., 1975].

После пересадки формализированной кости отмечается более значительный отек мягких тканей, чем после пересадки лиофилизированной, но это не должно служить препятствием к применению столь простого и широко доступного метода консервирования аллокости.

Комбинированная костная пластика ауто- и аллотрансплантатами.

Результаты костнопластических операций при замещении дефектов нижней челюсти в основном зависят от состояния воспринимающего ложа, протяженности дефекта и вида трансплантата. При вторичной костной пластике дефектов нижней челюсти большой протяженности практически всегда создаются неблагоприятные условия для операции, особенно если ей предшествовала лучевая терапия или воспринимающее ложе сформировано из тканей филатовского стебля. В этих случаях в области дефекта преобладает неполноценная, бедная сосудами рубцовая ткань и заместительные процессы в аллотрансплантате протекают медленно или отсутствуют. Ткань трансплантата рассасывается быстрее, чем происходит его замещение новообразованной костью. При больших дефектах нижней челюсти целесообразнее использовать аутокость. Однако не всегда удается придать трансплантату необходимую форму, сохранив достаточную прочность.

Ряд авторов для решения этой проблемы используют аллоаутопластику — комбинированную костную пластику ортотопическим аллотрансплантатом нижней челюсти в сочетании с губчатым аутогенным трансплантатом. Аллокость выполняет роль каркаса и включается в процессы регенерации позже аутогенного трансплантата. Однако такое сочетание позволяет не только ауто-, но и аллотрансплантату перестроиться в полноценный регенерат.

Н. А. Плотников, А. А. Никитин и П. Г. Сысолятин предложили следующую методику операции. Комбинированную остеопластику нижней челюсти аллотрансплантатом в сочетании с аутогенным трансплантатом лучше производить под эндотрахеальным наркозом. Больной находится в положении на спине с откинутой назад головой. После обработки кожи и полости рта проводят разрез кожи в области дефекта по имеющемуся послеоперационному рубцу или нижнему краю филатовского стебля с иссечением рубца. Ткани рассекают послойно. При наличии оставшихся фрагментов челюсти находят их свободные концы. Осторожно, чтобы не перфорировать слизистую оболочку полости рта, выделяют их из рубцовой ткани, устанавливая в правильном анатомическом соотношении и фиксируют с помощью внеротового наконечного аппарата. Накостные клеммы накладывают, отступя не менее 2,5—3 см от свободного конца фрагментов с таким расчетом, чтобы после снятия склерозированной костной ткани оставалась воспринимающая площадка для трансплантата не менее 1,5—2 см. Формирование ложа из мягких тканей осуществляют под контролем введенных в полость рта пальцев. Нужно следить за тем, чтобы не перфорировать слизистую оболочку полости рта. Не рекомендуется оставлять толстый слой жировой клетчатки, поскольку при этом создаются неблагоприятные условия для протезирования. В случае повреждения слизистой оболочки полости рта ее необходимо изолировать от операционной раны двухрядными кетгутовыми швами. При формировании воспринимающего ложа следует

по возможности удалить все рубцы из мягких тканей и провести тщательный гемостаз. Мелкие кровеносные сосуды лучше коагулировать, более крупные — изолированно без захвата мягких тканей перевязать тонким кетгутом. На концах костных фрагментов нижней челюсти циркулярной пилой удаляют склерозированную ткань до неизменной кости. С наружной и внутренней поверхностей снимают кортикальный слой кости длиной 1,5—2 см с каждой культи до появления кровоточащих точек. В тех случаях, когда сохранен только один фрагмент челюсти, в том числе и ее суставной конец, ложе для трансплантата при подходе к суставной площадке формируют тупым путем. Создают туннель с учетом расположения околоушной железы и лицевого нерва. Величину трансплантата определяют в соответствии с размерами дефекта после установления фрагментов челюсти в правильном анатомическом соотношении и удаления с их концевых отделов участков склерозированной кости. Обычно берут трансплантат на 3—4 см больше костного дефекта с таким расчетом, чтобы концы трансплантата соединялись с концами фрагментов челюсти внакладку. В качестве пластического материала в этих случаях используют аллотрансплантат из лиофилизированной нижней челюсти в сочетании с расщепленным ауотрансплантатом из ребра или гребня подвздошной кости. Для их соединения с внутренней поверхности аллотрансплантата снимают кортикальный и губчатый слои на всем протяжении, не доходя до нижнего края 0,5—0,6 мм. На место удаленной части аллотрансплантата помещают расщепленный костный ауотрансплантат в виде сплошной пластинки или нескольких отдельных фрагментов с таким расчетом, чтобы они плотно соединялись не только раневыми поверхностями, но и по нижнему краю, где ауокость входит в желобок аллотрансплантата. Длина алло- и ауотрансплантатов должна быть одинаковой, поскольку они соединяются с концами фрагментов челюсти. Плотные соединенные трансплантаты фиксируют зажимами, делают в них ряд сквозных отверстий, через которые соединяют их между собой П-образными швами из полиамидной нити. Алло- и ауотрансплантаты помещают в сформированное ложе, где соединяют с фрагментами челюсти таким образом, чтобы концы фрагментов челюсти с концами алло- и ауто кости можно было фиксировать проволочными швами или титановыми мини-пластинами.

В тех случаях, когда для замещения дефекта суставного конца аллотрансплантат взят из нижней челюсти с суставной головкой, в шейке суставного отростка и в головке, не повреждая хрящевого покрытия, делают ряд сквозных отверстий, которые заполняют аутогенным костным мозгом, взятым из той же аутогенной кости. Для профилактики осложнений в рану вводят антибиотики. Мягкие ткани послойно ушивают погружными кетгутовыми швами с таким расчетом, чтобы они плотно окутывали трансплантат со всех сторон. В ране оставляют на 1—2 сут резиновый выпускник, на кожу накладывают швы тонкой полиамидной нитью.

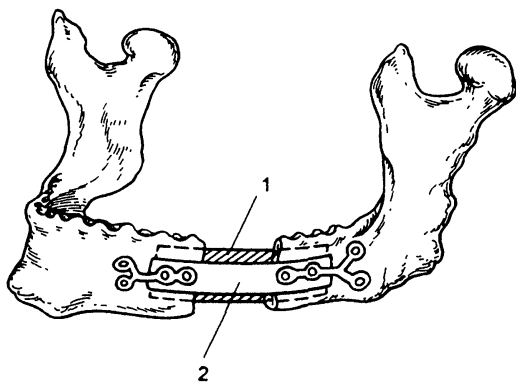


Рис. 24.4. Замещение дефекта тела нижней челюсти комбинированным ауто- (1) и аллотрансплантатом (2) (схема).

Студент должен знать:

- этиологию дефектов челюстей;
- клинические проявления дефектов челюстей;
- методы обследования больных;
- пластику дефектов челюстей аутотрансплантатом;
- взятие трансплантата из ребра, гребня подвздошной кости;
- пластику лиофилизированной аллокостью;
- пластику имплантатами;
- осложнения, возможные после костной пластики.

Студент должен уметь:

- обследовать больного с дефектами челюстей;
- проводить на больном с дефектами челюстей линейные и угловые измерения лица, определять степень укорочения ветви и тела нижней челюсти на стороне патологии;
- прочитать рентгенологические снимки больного;
- поставить предварительный диагноз и наметить план лечения;
- определять степень выраженности контрактуры челюсти;
- иммобилизовать челюсть после костной пластики.

Интерактивный метод: Аквариум.

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Дефекты нижней челюсти возникают вследствие:
 - А) огнестрельных ранений
 - Б) удаления доброкачественных опухолей
 - В) удаления злокачественных опухолей
 - Г) развития диффузных остеомиелитов
 - Д) все ответы верны *
2. Наихудшие результаты при пластике дефектов нижней челюсти возникают при:
 - А) ксенопластике *
 - Б) аллопластике
 - В) аутопластике
 - Г) изопластике
 - Д) имплантации
3. Наилучшие результаты при пластике дефектов нижней челюсти возникают при:
 - А) аутопластике *
 - Б) изопластике
 - В) ксенопластике
 - Г) аллопластике
 - Д) имплантации
4. Для анализа величины дефекта челюсти нужно иметь:
 - Л) гипсовые модели челюстей *
 - М) общий анализ крови больного
 - Н) общий анализ мочи
 - О) величину гемоглобина крови
 - П) группы крови и резус-фактора
5. Для анализа величины дефекта кости верхней челюсти нужно иметь:
 - 11) маску лица *
 - 12) общий анализ крови больного
 - 13) общий анализ мочи
 - 14) величину гемоглобина крови
 - 15) группы крови и резус-фактора
6. Аутопластика это пересадка:

- 11) собственной кости *
- 12) кости от другого человека
- 13) от одного близнеца другому
- 14) кости от животных
- 15) искусственные ткани

7. Аллопластика это пересадка:

- 11) кости от другого человека *
- 12) собственной кости
- 13) от одного близнеца другому
- 14) кости от животных
- 15) искусственные ткани

8. Эксплантация это пересадка:

- 11) искусственного материала *
- 12) собственной кости
- 13) кости от другого человека
- 14) от одного близнеца другому
- 15) кости от животных

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. По этиологическому фактору дефекты и деформации челюстных костей подразделяются:

- A) травматические
 - B) одонтогенные
 - C) врожденные
 - D) сквозные
 - E) поверхностные
- 1) ABC * 2) ACD 3) ADE 4) BCD 5) BDE

2. Степень выраженности дефекта челюсти подразделяются на:

- A) частичные
 - B) субтотальные
 - C) тотальные
 - D) одонтогенные
 - E) травматические
- 1) ABC * 2) ACD 3) ADE 4) BCD 5) BDE

3. К функциональным нарушениям, сопутствующим дефектам и деформациям лицевого скелета, относятся:

- A) затрудненное открывание рта
 - B) нарушение речи
 - C) отсутствие смыкания век
 - D) макростомия
 - E) микростомия
- 1) DE * 2) AB 3) BC 4) CD 5) BD

4. К анатомическим нарушениям, сопровождающим дефекты и деформации лицевого скелета, относятся:

- A) затрудненное открывание рта
- B) нарушение речи
- C) отсутствие смыкания век
- D) деформация челюстей
- E) дефекты челюстей

1) DE * 2) ACD 3) ADE 4) BCD5) BDE

5. Основными принципами восстановительных операций при дефектах лицевого скелета является:

- A) биологическая совместимость пересаживаемых тканей
- B) косметичность
- C) стойкость достигнутого косметического результата
- D) дороговизна операции
- E) длительность этапов операции

1) ABC * 2) ACD 3) ADE 4) BCD5) BDE

Ситуационные задачи:

1) В клинику хирургической стоматологии поступил больной 22 лет с диагнозом «Дефект ветви и тела нижней челюсти после остеомиелита».

1. Проведите дополнительные методы обследования больного.
2. Составьте план лечения и обоснуйте его.

Ответы:

1. Рентгенологическое обследование, изготовление моделей челюстей.
2. Пластика дефекта челюсти моделью из биоситалла.

2) В клинику хирургической стоматологии поступил больной 25 лет с диагнозом «Дефект тела нижней челюсти в области подбородка после резекции». Ранее было произведено удаление доброкачественной опухоли (2 года назад). Больному планируется пересадка костного аутотрансплантата.

1. Проведите дополнительные методы обследования больного.
2. Составьте план лечения и обоснуйте его.

Ответ:

1. Рентгенологическое обследование, изготовление гипсовых моделей челюстей.
2. Пластика дефекта трансплантатом гребешка подвздошной кости.

3) В клинику хирургической стоматологии поступил больной 32 лет с диагнозом «Радикулярная киста нижней челюсти».

Больному планируется замещение дефекта имплантатом из биоактивного материала непосредственно во время операции цистэктомии.

1. Проведите дополнительные методы обследования больного.
2. Составьте план лечения и обоснуйте его.

Ответ:

1. Рентгенологическое обследование.
2. Цистэктомия с заполнением полости гранулами биоситалла.

4) В клинику хирургической стоматологии поступил больной 45 лет с диагнозом «Дефект тела нижней челюсти». Больному решено произвести устранение дефекта с помощью аутотрансплантата.

1. Проведите дополнительные методы обследования больного.
2. Составьте план лечения и обоснуйте его.

Ответ:

1. Рентгенологическое обследование, изготовление гипсовых моделей челюстей.
2. Пластика дефекта ауторребром.

Раздаточные материалы:

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи.
5. Схемы операций устранения анкилоза, деформирующего остеоартроза, дефектов нижней челюсти.
6. Схема развития анкилоза, вторично-деформирующего остеоартроза ВНЧС.

Практическая часть

В практической части занятия проводится курация больных по теме, если тематических больных нет, студенты, создав подгруппы по 2-3 человека, один из которых играет роль больного с анкилозом ВНЧС, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания), осмотр (визуальный, пальпаторный), измерение размеров нижней челюсти от козелка уха до угла челюсти и от угла челюсти до подбородка с обеих сторон. Определяются движения суставных головок.

В процессе обследования преподаватель оценивает 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.

Рекомендуемая литература

-основная:

Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2003 г.

-дополнительная:

6. Бернадский Ю.И. «Основы хирургической стоматологии» Киев, 1998.
7. «Атлас реконструктивных операций на челюстях» В.А. Сукачев (с.41,42)
8. «Руководство по хирургической стоматологии» В.М.Безруков и Т.Г.Робустова. -2000. Том 2 с.249-263, рис.26.1, 26.2, 26.3, 26.4.
9. «Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области» Ю.И. Бернадский. Москва, 2003г., с.282-332.
10. Интернет сайты:
www.chicagocentre.com
www.implantplus.azerin.com
www.ukrdental.com
dentist.spb.ru
www.nidr.nih.gov
spb-mfs.narod.ru
www.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 29

ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ: УСТРАНЕНИЕ МАКРО- ИЛИ ПРОГНАТИИ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|--|--|--|
| | Преподаватель | |
| 1-этап Введение в учебное занятие 10- минут 10- минут 15- минут 5- минут | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| 2- этап Основная часть 25- минут 15- минут 15- минут 5- минут 10- минут 50- минут | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие).</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют</p> |

| | | |
|----------------|--|-----------------------------|
| 40- минут | Перемена | больных |
| 20- минут | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают |
| 3- этап | | Задают вопросы |
| Заключительный | | |
| 40- минут | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| 10- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Этиология и патогенез верхней макро-, прогнатии.
2. Классификация аномалий лицевого черепа Х.А. Каламкарова (1972г.).
3. Клинические проявления верхней макрогнатии.
4. Клинические проявления верхней прогнатии.
5. Функциональные нарушения у больных с деформациями верхней челюсти.
6. Особенности объективного обследования больных с деформациями челюстей.
7. Методы дополнительного обследования.
8. Особенности предоперационной подготовки больных.
9. Методы хирургического устранения верхней макрогнатии.
10. Методы хирургического устранения верхней прогнатии.
11. Особенности послеоперационного ведения больных.

Содержание занятия

Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика врожденных аномалий и деформаций зубочелюстной системы.

Этиология. Врожденные аномалии и деформации зубочелюстной системы, как правило, являются проявлением нарушений развития лицевого и мозгового черепа. Форма и размеры челюстей в значительной степени зависят от индивидуальных особенностей формы и размеров черепа. Нарушение роста или развития челюстей приводит к развитию деформации или аномалии, причем это может наблюдаться как в процессе эмбриогенеза, так и после рождения в период формирования временного или постоянного прикуса. В связи с этим становится понятным, какое многообразие аномалий или деформаций может наблюдаться, причем тяжесть их проявления находится в прямой зависимости от сроков возникновения.

Этиология зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций чрезвычайно разнообразна. Органо- и морфогенез челюстей, лицевого черепа может быть нарушен в результате наследственного воздействия на эмбрион перенесенных родителями заболеваний (эндокринные и обменные нарушения в организме матери, инфекционные болезни), радиоактивного облучения, а также физиологических и анатомических изменений половых органов матери и неправильного положения плода. В раннем детском возрасте развитие зубочелюстной системы может быть нарушено под влиянием эндогенных факторов

(наследственность, эндокринные нарушения, различные инфекционные болезни, нарушения обмена веществ) и экзогенных причин (воспаление в зонах роста челюстей, травма, в том числе родовая, лучевое поражение, механическое давление, вредные привычки, дисфункция жевательного аппарата, нарушение акта глотания, носового дыхания и др.). Большинство деформаций в детском и юношеском возрасте является следствием заболеваний в период развития лицевого черепа (остеомиелит, рахит, артрит височно-нижнечелюстного сустава), травмы, нарушения прикуса в связи с потерей зубов, ранних и травматичных операций по поводу расщелин губы и неба, удаления аденоидов, неправильного и некачественного ортодонтического лечения. Деформация одной челюсти в процессе роста и развития организма более или менее резко отражается на строении всего лицевого черепа. О деформации одной или обеих челюстей речь может идти лишь при резком отклонении их параметров от условных средних величин, наиболее соответствующих остальным отделам лицевого и мозгового черепа данного индивидуума. Вторым критерием наличия деформации челюсти является нарушение функции жевания или речи.

Патогенез. В основе патогенетических механизмов развития аномалий лицевого черепа и деформаций зубочелюстной системы лежат угнетение или частичное прекращение роста основания и свода черепа, а также челюстных костей, убыль костного вещества, выключение функции жевания или открывания рта. Значительную роль в патогенезе деформаций челюстей и лицевого черепа играют эндокринные расстройства в растущем организме. Аномалии и деформации лицевого черепа, в том числе деформации челюстей, у детей и взрослых встречаются весьма часто и в разнообразных формах, сопровождаясь выраженными эстетическими и функциональными нарушениями. Большинство больных сосредоточивают внимание на нарушении пропорций лица, изменении внешнего вида. Эстетический недостаток в свою очередь отрицательно сказывается на эмоциональном состоянии больных, делает их замкнутыми, малообщительными, подозрительными. Неправильное отношение окружающих и самого больного к аномалии или деформации лица приводит к развитию мучительного чувства внешней неполноценности, оказывающего существенное влияние на весь уклад жизни больного. Реакция личности на эстетический недостаток выражается в развитии вторичной невротической реакции, патохарактерологических и интеллектуальных расстройств, которые, по данным различных авторов, наблюдаются в 45—50 % случаев. Многие клиницисты отмечают, что перечисленные нарушения чаще встречаются у женщин, объясняя это более высокой лабильностью женской психики.

Наряду с эстетическими нарушениями и психоэмоциональными расстройствами у больных с аномалиями и деформациями лицевого черепа наблюдаются и другие функциональные расстройства, которые оказывают существенное влияние на жизнедеятельность организма. В связи с затруднениями при откусывании и пережевывании пищи страдает функция органов пищеварения, что приводит к развитию хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Образуется своеобразный порочный круг: аномалии прикуса вызывают патологические сдвиги в нервной и пищеварительной системах, органах дыхания, ЛОР-органах, а взаимосвязь между этими органами и системами способствует прогрессированию функциональных отклонений вплоть до возникновения структурных изменений в органе. У части больных с аномалиями и деформациями зубочелюстной системы отмечены нарушение речи, хронические воспалительные процессы в воздухоносных путях и связанные с этим нарушения дыхания. При этом страдает произношение преимущественно зубных и ряда других звуков вследствие неправильного соотношения зубных рядов, наличия открытого прикуса, деформации твердого и мягкого неба, сужения носовых ходов, нарушения артикуляции языка. Существенные изменения при деформациях челюстей происходят в окружающих зубы тканях и височно-нижнечелюстных суставах. При этом в слизистой оболочке десны у отдельных зубов и их групп развиваются воспалительные изменения с переходом на пародонт и возникновением в дальнейшем симптомов пародонтита, а нарушение объема движений нижней челюсти ведет к

дисфункциональным изменениям в височно-нижнечелюстных суставах. Все изложенное свидетельствует об огромном спектре нарушений, возникающих при деформациях зубочелюстной системы, существенных изменениях функций ряда органов и систем, их тесной взаимосвязи и взаимодействии. Устранение имеющихся анатомических изменений в развитии лицевого черепа ведет к ликвидации ряда функциональных нарушений и в целом способствует полноценной психосоциальной реабилитации больных с аномалиями и деформациями лицевого черепа и возвращению их к активной производственной и общественной деятельности. Многообразие функциональных расстройств различных органов и систем организма у больного с деформацией зубочелюстной системы свидетельствует о важности целенаправленного комплексного лечения в процессе медицинской реабилитации пациента. С организационной точки зрения большое значение имеют эпидемиологические исследования, позволяющие определить, насколько часто встречаются больные с аномалиями и деформациями лицевого черепа и зубочелюстной системы. Прежде чем обсуждать вопрос о частоте проявления различных аномалий и деформаций, необходимо определить понятие нормы.

По мнению многих специалистов, занимающихся лечением больных с аномалиями и деформациями лицевого черепа и зубочелюстной системы, под нормой следует понимать такие соотношения различных отделов лицевого черепа, форму и взаимоотношение зубных рядов, которые: 1) по внешним признакам сходны с наиболее часто встречающимися физиологическими разновидностями (эстетический фактор), 2) обеспечивают оптимальную жевательную эффективность (функциональный фактор), 3) обладают максимальной устойчивостью в процессе развития и формирования жевательного аппарата (онтогенетический фактор). В связи с этим нормой соотношения зубных рядов верхней и нижней челюстей в клинической практике принято считать ортогнатический прикус как наиболее часто встречающийся. Отклонения от ортогнатического прикуса, за исключением его физиологических разновидностей (прямой, бипрогнатический, прогенический), которые характеризуются множественными контактами между зубами-антагонистами, расцениваются как деформации.

Классификация. В отечественной и зарубежной литературе нет единой классификации аномалий и деформаций лицевого черепа и зубочелюстной системы. Отечественные и зарубежные специалисты наиболее часто используют классификацию Энгля, в основу которой положен симптом соотношения первых постоянных больших коренных зубов верхней и нижней челюстей. Недостатком классификации является то, что деформацию оценивают только в переднезаднем направлении в пределах зубного ряда. При определении соотношения зубных рядов невозможно получить представление о строении лицевого и мозгового черепа в целом и выявить истинную причину нарушения прикуса. Внедрение в клиническую практику новых, более современных методов исследования, особенно телерентгенографии, позволило реально оценить морфологические нарушения у больного с аномалией или деформацией лицевого черепа. Следует иметь в виду, что одни и те же нарушения прикуса могут быть вызваны различными морфологическими изменениями в зубочелюстной системе и лицевом черепе. Точная регистрация их может иметь решающее значение при разработке рационального плана лечения. Предлагаемые различными авторами классификационные схемы аномалий лицевого черепа и деформаций челюстей основаны на эмбриологических, патогенетических, морфологических и других признаках. Многообразие терминов, обозначающих деформацию или аномалию, затрудняет диагностику и планирование лечения. Как правило, применение каждой из классификационных схем ограничено узкой специальностью (ортодонтия, ортопедия, челюстно-лицевая хирургия, эмбриология). Такие схемы не отражают сущности аномалии или деформации, морфологических изменений при них и не позволяют составить четкий план лечения на всех этапах медицинской реабилитации.

В настоящее время наиболее полной является рабочая классификация аномалий лицевого черепа, челюстей и зубов, а также их деформаций, предложенная Х. А. Каламкарковым (1972) и усовершенствованная В. М. Безруковым (1981) и В. И. Гунько (1986).

I. Аномалии развития зубов

1. Аномалии количества зубов: а) адентия (частичная, полная); б) сверхкомплектные зубы.

2. Аномалии положения зубов (вестибулярные, оральные, медиальные, дистальные, поворот зубов по оси, высокое или низкое положение зубов, транспозиция).

3. Аномалии величины и формы зубов.

4. Аномалии прорезывания зубов (преждевременное, позднее, ретенция).

5. Аномалии структуры зубов.

II. Деформации челюстей.

1. Макрогнатия (верхняя, нижняя, симметричная, несимметричная, различных отделов или всей челюсти).

2. Микрогнатия (верхняя, нижняя, симметричная, несимметричная, различных отделов или всей челюсти).

3. Прогнатия (верхняя, нижняя, функциональная, морфологическая).

4. Ретрогнатия (верхняя, нижняя, функциональная, морфологическая).

III. Сочетанные деформации челюстей (симметричные, несимметричные).

1. Верхняя микро- и ретрогнатия, нижняя макро- и прогнатия.

2. Верхняя макро- и прогнатия, нижняя микро- и ретрогнатия.

3. Верхняя и нижняя микрогнатия.

4. Верхняя и нижняя макрогнатия.

IV. Сочетанные аномалии зубов и деформации челюстей.

V. Сочетанные аномалии и деформации лицевого и мозгового черепа и зубочелюстной системы.

1. Симметричные: а) челюстно-лицевые дизостозы (синдром Тричера —Колинза — Франческети); б) краниостенозы (синдром Аперта, Крузона); в) гипертелоризм I—III степени.

2. Несимметричные: а) гемифациальная микросомия I—III степени (синдром Гольденхара); б) гипертелоризм I—III степени.

При формировании диагноза, помимо отражения морфологических характеристик аномалии или деформации, приведенных в классификации, целесообразно указать соотношение зубных рядов и вид прикуса (прогнатическое, прогнатическое, ортогнатическое соотношение зубных рядов; глубокий, открытый, перекрестный прикус). Аномалии и деформации лицевого и мозгового черепа характеризуются нарушением размеров в трех взаимно перпендикулярных плоскостях, поэтому, формулируя диагноз, следует указать, какие

размеры преимущественно нарушены (сагиттальные, трансверсальные, вертикальные). Использование данной классификационной схемы позволяет обеспечить преемственность в работе узких специалистов (ортодонты, ортопеды, челюстно-лицевые хирурги, нейрохирурги, логопеды) при медицинской реабилитации больных с аномалиями и деформациями лицевого черепа и зубочелюстной системы.

Клиническая картина. При всех перечисленных видах аномалий и деформаций лицевого черепа и зубочелюстной системы больные, как правило, жалуются на эстетический недостаток — нарушение правильных пропорций лица за счет недоразвития или чрезмерного развития различных отделов лицевого черепа и функциональных нарушений, связанных с неполноценным откусыванием и пережевыванием пищи, неправильным и нечетким произношением ряда звуков, нарушением дыхания, артикуляции. Следует обратить особое внимание на тот факт, что изолированные деформации могут иметь место только в период роста и развития лицевого и мозгового черепа. В возрасте старше 16 лет, когда рост и развитие мозгового черепа и верхних челюстей завершаются, происходит формирование сочетанных деформаций челюстей и аномалий лицевого черепа.

Клиническая картина у больных с верхней прогнатией или макрогнатией характеризуется нарушением пропорций средней зоны лица: средняя треть лица укорочена по сравнению с нижней, ширина ее больше; верхняя губа выступает вперед, несколько приподнята. Носогубной угол либо увеличивается, либо уменьшается. Носогубные складки сглажены. При данном виде деформации наблюдается прогнатическое соотношение зубных рядов. Сагиттальная щель между центральными зубами верхней и нижней челюстей может иметь различные значения, что зависит от степени деформации. Прикус может быть глубоким, глубоким травмирующим, когда фронтальная группа нижних зубов упирается в слизистую оболочку твердого неба, и открытым. Размеры зубной дуги верхней челюсти нарушены в трансверсальной и сагиттальной плоскостях. В большинстве случаев уменьшается ширина верхнего зубного ряда на уровне первых премоляров и увеличивается длина переднего отдела верхней челюсти, фронтальные зубы выступают вперед. В состоянии физиологического покоя верхняя губа не закрывает зубы на верхней челюсти. В отдельных наблюдениях зубы верхней челюсти выступают из-под верхней губы на 2/3 высоты коронки или даже больше. При улыбке верхняя губа, смещаясь кверху, обнажает и слизистую оболочку альвеолярного отростка верхней челюсти.

У больных с верхней микро- или ретрогнатией уплощена и западает средняя треть лица. Это особенно четко проявляется при сравнении наиболее выступающих точек в области лба, верхней челюсти и подбородка. Рельеф скуловых и подглазничных областей симметрично сглажен и уплощен. Основание хрящевого отдела носа западает, носовые ходы сужены вследствие уменьшения грушевидного отверстия. Носовое дыхание затруднено. На границе перехода костного отдела носа в хрящевой определяется горбинка. Верхняя губа, особенно ее основание, западает. Носогубной угол меньше 90°. Носогубные складки резко выражены, глубокие. Нижняя губа, несмотря на правильные размеры нижней челюсти, перекрывает верхнюю. Подбородок выступает вперед. У больных с данным видом деформации наблюдается прогеническое соотношение зубных рядов. Это сопровождается формированием прогенического или открытого прикуса, выраженность которого зависит от степени деформации. При верхней ретрогнатии, как правило, размеры зубной дуги верхней челюсти в трансверсальной и сагиттальной плоскостях не отличаются от нормальных. У больных с верхней микрогнатией выявляются ретенция и дистопия зубов, их скученность, сужение зубного ряда верхней челюсти. Свод твердого неба резко выражен, глубокий, носит название готического.

У больных с верхней микрогнатией после хейло- и уранопластики по поводу врожденных расщелин губы и неба, помимо всего перечисленного, отмечается смещение

костного остова носа в здоровую сторону. Хрящевой отдел носа также смещен в здоровую сторону, крыло носа на стороне расщелины деформировано, уплощено. Перегородка носа укорочена. Основание грушевидного отверстия на стороне расщелины недоразвито, уплощено, западает. Вход в нижний носовой ход на стороне расщелины расположен ниже по сравнению со здоровой стороной. Костная и хрящевая перегородки носа искривлены, носовые раковины на стороне расщелины гипертрофированы. У всех больных с расщелинами нарушено носовое дыхание. Верхняя губа укорочена, уплощена, рубцово деформирована. Подвижность ее несколько ограничена из-за рубцовой деформации и наличия рубцовых спаек по верхнему своду преддверия полости рта. Носогубной угол меньше 90° . Верхний зубной ряд значительно деформирован, в зоне расщелины могут отсутствовать постоянные зубы. Верхний свод преддверия рта неглубокий за счет рубцовых изменений тканей после ранее проведенных операций хейло- и уранопластики. Слизистая оболочка твердого и мягкого неба рубцово изменена, мягкое небо малоподвижное, укороченное. Нередко у части больных данной группы выявляются остаточные дефекты твердого неба и ротоносное соустье в области верхнего свода преддверия рта.

У больных с несимметричными аномалиями лицевого черепа и деформациями зубочелюстной системы клиническая картина характеризуется теми морфологическими изменениями, которые присущи конкретной деформации, и тесно связана с топографией патологических изменений, а также степенью их выраженности. Клиническая картина деформации обусловлена односторонним поражением верхней или нижней челюсти в виде макро- или микрогнатии. У больных с гемифациальной микросомией II и III степени, помимо односторонней деформации лицевого черепа, имеются и дефекты его, что сопровождается значительными функциональными и эстетическими нарушениями.

Диагностика. При обследовании больных с аномалиями лицевого и мозгового черепа и деформациями зубочелюстной системы большое значение приобретает изучение анамнеза жизни, перенесенных заболеваний и операций, семейного анамнеза, наследственности. Особенности клинического обследования больных с аномалиями и деформациями лицевого черепа заключаются в детальном анализе местного статуса, изучении фотографий лица в различных проекциях, моделей челюстей, рентгенологическом исследовании черепа и зубочелюстной системы. При опросе больных особое внимание следует уделить выяснению жалоб, оценить их значимость в свете объективного анализа функциональных и эстетических нарушений.

Изучение местного статуса рекомендуется проводить в следующей последовательности: 1) оценить положение головы; 2) проанализировать контуры лица в фас и профиль, определить его пропорции, симметрию; 3) выяснить соотношение зубных рядов, их форму, размеры, взаимоотношение зубов верхней и нижней челюстей, положение отдельных зубов, состояние пародонта; 4) оценить состояние полости носа, функцию носового дыхания; 5) выяснить характер и объем движений нижней челюсти; 6) определить размеры языка, его положение, артикуляцию, характер нарушений речи; 7) изучить особенности строения и функцию твердого и мягкого неба; 8) оценить состояние слюнных желез, жевательных и мимических мышц, функциональное состояние черепных нервов.

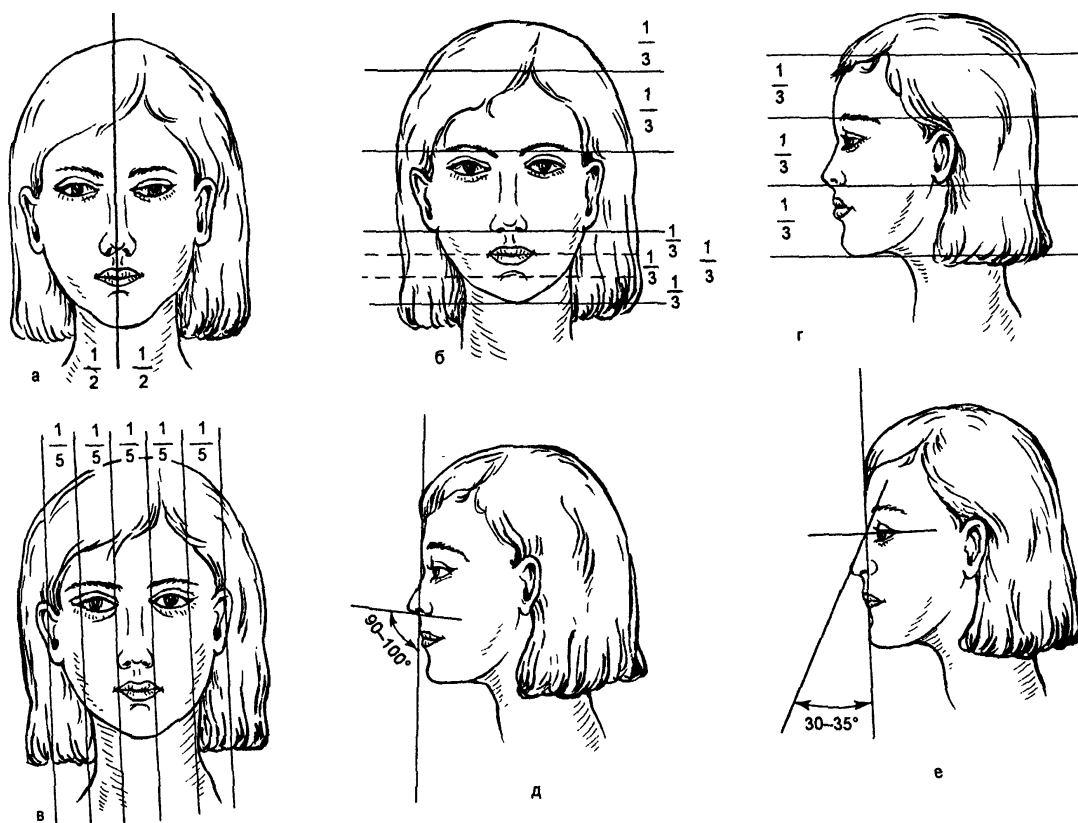


Рис. 26.1. Анализ пропорций лица в фас (а, б, в) и профиль (г, д, е) (схема).

Изучать местный статус надо строго последовательно, целесообразнее всего сверху вниз. Анализируя положение головы больного, необходимо учитывать, что в течение многих лет пациент выбирал такое оптимальное ее расположение, при котором аномалия или деформация менее всего видна окружающим. Можно наблюдать изгиб шейного отдела позвоночника, вынужденное положение нижней челюсти, наклон головы с поворотом по оси при несимметричных деформациях. В связи с этим, проводя клиническое обследование, необходимо постоянно следить за правильным положением головы больного в пространстве.

Первоначально изучают контуры лица в трех взаимно перпендикулярных проекциях с учетом его симметричности, пропорциональности верхней, средней и нижней зон. Следует отметить, что абсолютная симметрия различных отделов лица не встречается, а незначительные отклонения не могут служить поводом для хирургического вмешательства. Разделяя лицо на области условными линиями по вертикали и горизонтали, проводят детальный анализ симметричных участков, определяя деформированные отделы.

Обследуя анатомические образования средней зоны лица (глазницы, нос, верхняя челюсть, скуловые кости), оценивают их симметричность и пропорциональность с учетом общей формы лица. Изучают функцию слезоотводящих путей, характер носового дыхания, форму костного и хрящевого отделов носа, их расположение по отношению к другим отделам лица. При анализе нижней зоны лица акцентируют внимание на положении и характере смыкания верхней и нижней губ, особенности строения носо-губных складок, выраженности подбородочного отдела нижней челюсти. При функциональном покое верхняя и нижняя губы находятся в состоянии смыкания либо между ними может быть диастаз до 3,5 мм. При активной улыбке верхняя губа, приподнимаясь, может обнажать слизистую оболочку альвеолярного отростка верхней челюсти не более чем на 2 мм от зубодесневого края. Увеличение указанных параметров может свидетельствовать либо об укорочении верхней губы, либо о чрезмерном развитии верхней челюсти по вертикали. При оценке пропорции

лица в профиль большое значение имеют данные о положении основания хрящевого отдела носа. Правильный профиль лица характеризуется расположением на одной линии трех основных точек (наиболее выступающая точка лба, основание перегородки и наиболее выступающая точка подбородка). С эстетических позиций важно оценить положение костно-хрящевого отдела носа, носогубной и подбородочно-шейный углы, степень выраженности подбородочно-губной складки. Особое внимание обращают на форму и размеры углов нижней челюсти, форму ушных раковин. Оценивая состояние височно-нижнечелюстных суставов, детально анализируют объем и характер движений нижней челюсти. При осмотре полости рта обращают внимание на соотношение зубных рядов, форму зубных дуг, положение отдельных зубов, их форму и размеры. Анализируют состояние слизистой оболочки полости рта, оценивают форму неба, функцию мягкого неба и языка.

После полного клинического обследования больного с аномалией или деформацией лицевого черепа и зубочелюстной системы приступают к объективной оценке состояния мягких тканей лица, костного остова лица и зубочелюстной системы при помощи дополнительных методов: 1) изучения диагностических моделей челюстей; 2) рентгенологического обследования; 3) анализа фотографий лица больного в прямой и боковой проекциях; 4) функциональных исследований (электромиография, электроэнцефалография, реополярграфия, ринопневмометрия, фоторегистрация движений нижней челюсти).

Для каждого больного целесообразно изготовить две пары гипсовых моделей челюстей, одну из них используют для планирования хирургического лечения, другую для измерения. На моделях определяют размеры зубов и угол их наклона, ширину зубной дуги, глубину неба, длину переднего отрезка зубных дуг, а также форму зубного ряда, симметричность правой и левой его половины. Измерение ширины зубных рядов в области первых малых коренных зубов и первых больших коренных зубов проводят по методу Понта, а длины переднего отрезка зубной дуги — по методу Коркхауза. Изучение взаимоотношения зубных рядов проводят в трех плоскостях после фиксации гипсовых моделей в положении центральной окклюзии в окклюдаторе.

В схему рентгенологического обследования больных с аномалиями и деформациями лицевого черепа и зубочелюстной системы включают телерентгенографию в прямой и боковой проекциях, ортопантомографию, рентгенографию в полуаксиальной проекции, томографию височно-нижнечелюстных суставов при открытом и закрытом рте, зонографию, панорамную рентгенографию.

Краниометрическое рентгенографическое исследование в трех проекциях (прямая, боковая и полуаксиальная) нашло широкое применение в ортодонтии и челюстно-лицевой хирургии. Следует отметить, что данные телерентгенографического исследования характеризуются значительной вариабельностью и зависят от пола, возраста, этнических особенностей и индивидуальных черт строения лицевого и мозгового черепа. Кроме того, на полученные результаты существенное влияние оказывают технические условия съемки, ошибки в ее проведении, а также субъективные погрешности при разметке и измерении линейных и угловых показателей на телерентгенограммах. Основными достоинствами телерентгенографии являются: широкая возможность прижизненного анализа основных параметров лицевого и мозгового черепа в различных проекциях, определение точной локализации деформации и оценка характера нарушений, регистрация их изменений в процессе роста и лечения. При расшифровке телерентгенограмм в прямой и боковой проекциях следует использовать определенные ориентиры, измерять ряд линейных и угловых параметров. Детальное изучение линейных размеров и угловых параметров на телерентгенограммах в прямой и боковой проекциях позволяет получить цифровые данные и на их основании провести анализ взаимного расположения отделов лицевого черепа, а также мягких тканей лица. При телерентгенографическом исследовании можно установить

положение верхней челюсти по отношению к основанию черепа, положение нижней челюсти по отношению к основанию черепа, их расположение по отношению друг к другу и к основанию черепа, размеры базисов верхней и нижней челюстей, локализацию зубных рядов по отношению к базисам челюстей, определить идентичность размеров правой и левой половины лица или их несоответствие.

На полуаксиальных снимках и ортопантомограммах оценивают состояние околоносовых пазух носа. О состоянии височно-нижнечелюстных суставов судят по данным ортопантомографии, томографии при открытом и закрытом рте, зонографии. Структуру костной ткани челюстей, альвеолярных отростков изучают на увеличенных панорамных рентгенограммах или прицельных внутриротовых рентгенограммах.

Функциональные методы исследования используют для оценки состояния мимических и жевательных мышц, кровоснабжения мягких и костных тканей челюстно-лицевой области.

Дифференциальная диагностика деформаций челюстей представляет значительные трудности. Она основывается на данных клинического обследования больных с деформациями, результатах телерентгенографического исследования, анализе биометрических показателей измерения моделей челюстей. Следует дифференцировать микро- и макрогнатию, микро- и ретрогнатию, макро- и прогнатию, а также верхнюю микро- или ретрогнатию и нижнюю макро- или прогнатию, верхнюю макро- или прогнатию и нижнюю микро- или ретрогнатию. Необходимо подчеркнуть, что у взрослых больных с аномалиями и деформациями лицевого черепа и зубочелюстной системы, как правило, встречаются сочетанные деформации челюстей, причем степень каждой из них может быть определена в процессе дифференциальной диагностики.

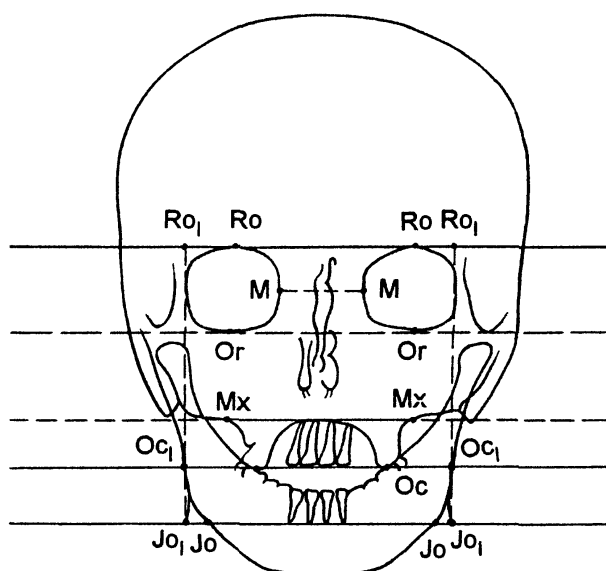


Рис. 26.2. Расположение основных ориентиров и измерение линейных показателей на телерентгенограммах в прямой проекции (схема).

R_0-R_0 — надглазничная плоскость; O_r-O_r — глазничная плоскость; $Mx-Mx$ — плоскость базиса верхней челюсти; O_c-O_c — окклюзионная плоскость; $J_o - J_o$ — нижнечелюстная плоскость; $R_{o_1}-O_{c_1}-J_{o_1}$ — точки пересечения перпендикуляра, опущенного на плоскость через наружный край орбиты; $M-M$ — расстояние между медиальными стенками глазниц

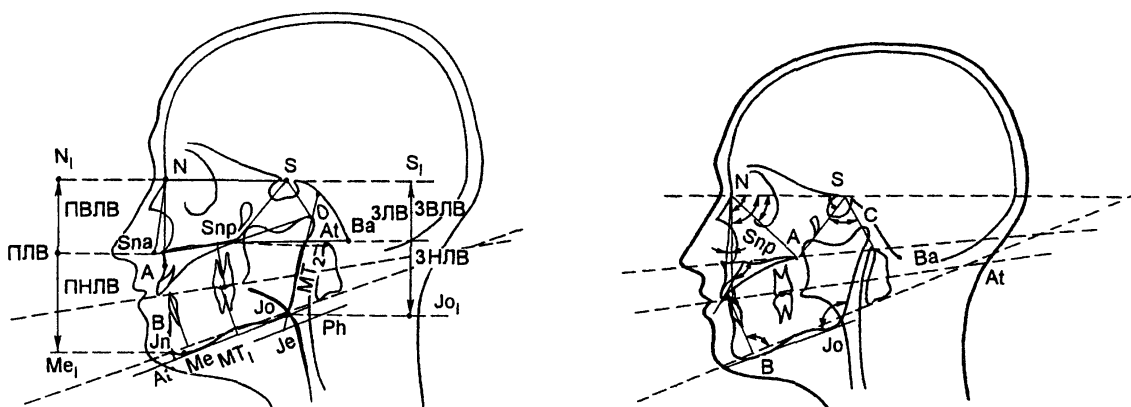


Рис. 26.3. Расположение основных ориентиров и измерение линейных показателей на телерентгенограммах в боковой проекции (схема).

NS — размер базиса основания черепа; $Sna-Snr$ — размер базиса верхней челюсти; MT_1 — размер тела нижней челюсти; MT_2 — размер ветви нижней челюсти; A — наиболее глубокая точка переднего контура верхней челюсти; B — наиболее глубокая точка переднего контура нижней челюсти; J_n — наиболее выступающая точка подбородка; Me — наиболее низкая точка тела нижней челюсти; Ba — передняя точка большого затылочного отверстия; At — верхнепередняя точка I шейного позвонка; N_1-Me_1 — проекция точек N и Me ; $S_1-J_{o_1}$ — проекция точек S и J_o ; J_o — угол нижней челюсти; A_1 — точка пересечения перпендикуляра, опущенного из точки N с базисом нижней челюсти; $Snr-At$ — сагиттальный размер носоглотки; $Je-Ph$ — сагиттальный размер ротоглотки; $ПЛВ$ — передняя лицевая высота; $ПВЛВ$ — передневерхняя лицевая высота, $ПНЛВ$ — передненижняя лицевая высота; $ЗЛВ$ — задняя лицевая высота; $ЗВЛВ$ — задневерхняя лицевая высота; $ЗНЛВ$ — задненижняя лицевая высота.

Рис. 26.4. Измерение угловых показателей на телерентгенограммах в боковой проекции.

N — точка назион; S — точка середины входа в турецкое седло; C — верхняя точка мышелка нижней челюсти; Ba — передняя точка большого затылочного отверстия; At — передневерхняя точка контура I шейного позвонка; J_o — угол нижней челюсти; B — самая глубокая точка на переднем контуре нижней челюсти; A — самая глубокая точка на переднем контуре верхней челюсти; Snp — вершина задней носовой ости.

Показания к хирургическому лечению и принципы его планирования. Больные с аномалиями лицевого черепа и деформациями зубочелюстной системы в первую очередь отмечают эстетические нарушения, которые нередко приводят к развитию вторичных психических реакций. Многие исследователи подчеркивают, что эти нарушения носят обратимый характер. Вовремя проведенное эффективное хирургическое лечение позволяет добиться полной психосоциальной реабилитации больных. Не менее важны при деформациях зубочелюстной системы и функциональные расстройства функций различных органов и систем. Пациенты предъявляют жалобы на затрудненное откусывание и пережевывание пищи вследствие нарушения правильных взаимоотношений зубных рядов верхней и нижней челюстей и отсутствия множественного фиссурно-бугоркового контакта между зубами-антагонистами. Кроме того, возможны нарушение речи, дыхания, функций органов желудочно-кишечного тракта. У пациентов с дефектами и деформациями зубочелюстной системы образуется своеобразный порочный круг: аномалии прикуса вызывают патологические сдвиги в нервной и пищеварительной системах, органах дыхания, а взаимосвязь между этими органами и системами способствует дальнейшему прогрессированию функциональных отклонений вплоть до структурных изменений органов.

При наличии зубочелюстных аномалий встречается поражение тканей пародонта зубов различных групп из-за их недогрузки или, наоборот, перегрузки. В конечном счете это ведет к изменению функции жевательных мышц, нарушению нормальных анатомо-топографических соотношений, а затем к дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Следовательно, устранение или предупреждение перечисленных функциональных нарушений является важным показанием к медицинской реабилитации больных с аномалиями и деформациями лицевого черепа и зубочелюстной системы. Успешная медицинская реабилитация больных с врожденными и приобретенными деформациями лицевого черепа зависит от точности диагностики нарушений, оптимального планирования консервативного и хирургического лечения с привлечением смежных специалистов (ортодонт, психоневролог, ортопед, логопед, оториноларинголог, челюстно-лицевой хирург, а при необходимости невропатолог и нейрохирург) и квалифицированного послеоперационного ведения больных.

Детальное изучение клинической картины у больных с аномалиями и деформациями лицевого черепа и зубочелюстной системы, анализ рентгенологических данных, оценка фотографий, расчет моделей челюстей позволяют получить исчерпывающие данные о нарушениях у конкретного пациента. Планирование лечения начинают с определения порядка и последовательности лечебных мероприятий, их объема и сроков выполнения. Существенным моментом является активное участие в нем самого больного. Подробное ознакомление пациента с выявленными нарушениями, доступное объяснение плана лечения на всех этапах медицинской реабилитации с учетом последних достижений медицинской науки значительно повышают эффективность лечения, так как больной выступает в роли целеустремленного помощника врача. Однако мнение больного не является решающим при определении объекта хирургического вмешательства и степени перемещения остеотомированных фрагментов. Вопросы лечебной стратегии и тактики на основании объективных данных, полученных при обследовании, обязан решать врач, который в разумных пределах учитывает пожелания пациента. В плане лечения должно быть предусмотрено не только устранение эстетических нарушений, но также исправление функциональных недостатков.

При скелетных формах деформации ведущую роль в планировании лечения должен играть челюстно-лицевой хирург, который совместно с другими специалистами определяет необходимость подготовительного лечения перед операцией, выбирает метод хирургического лечения и объект для вмешательства. В случае необходимости на фотоснимках, копиях телерентгенограмм, моделях челюстей моделируют предполагаемое оперативное вмешательство и воспроизводят ожидаемые результаты хирургического лечения. При лечении

больных, с аномалиями и деформациями лицевого черепа и зубочелюстной системы рекомендуется соблюдать такую последовательность реабилитационных мероприятий: предоперационная подготовка (рациональное ортодонтическое лечение в детском и подростковом возрасте), костно-реконструктивная операция на лицевом черепе, в возрасте старше 16 лет, завершающее ортодонтическое и ортопедическое лечение, корригирующие и пластические операции на мягких тканях лица для устранения остаточных послеоперационных деформаций.

Цель предоперационного ортодонтического лечения заключается в исправлении положения отдельных зубов, улучшении формы зубных дуг с учетом послеоперационного положения челюстей. Ортодонтическое лечение, проводимое на этом этапе медицинской реабилитации, должно обеспечить множественный фиссурно-бугорковый контакт зубов-антагонистов. Большое значение в предоперационной подготовке больных с аномалиями и деформациями лицевого черепа и зубочелюстной системы имеет ортопедическое лечение. Его основная задача состоит в замещении дефектов зубных рядов зубными протезами различной конструкции, обеспечивающими множественные контакты между зубами-антагонистами. При этом следует учитывать послеоперационное положение челюстей.

Существуют две точки зрения на сроки проведения хирургического лечения. Одни специалисты считают, что при аномалиях и деформациях лицевого черепа и зубочелюстной системы оперативное вмешательство следует проводить в раннем детском возрасте. По их мнению, раннее хирургическое лечение позволяет избежать или значительно уменьшить выраженность вторичных деформаций. Другая точка зрения заключается в том, что успешное лечение больных хирургическими методами возможно лишь после завершения роста и развития лицевого и мозгового черепа, т. е. в возрасте 16—18 лет. По мнению сторонников данной точки зрения, раннее оперативное вмешательство вызывает повреждение зон роста, что в свою очередь ведет к развитию тяжелых вторичных деформаций лицевого и мозгового черепа. Все изложенное выше свидетельствует о том, что к хирургическому лечению больных с аномалиями и деформациями лицевого черепа и зубочелюстной системы следует подходить дифференцированно: на верхней челюсти оперативное вмешательство можно производить в возрасте 15—16 лет, когда завершается ее рост и развитие, а на нижней — в возрасте 18—20 лет.

Особенности предоперационной подготовки и анестезиологического обеспечения. Поступивший на лечение больной с аномалией или деформацией лицевого черепа и зубочелюстной системы должен быть детально ознакомлен с результатами обследования, планом операции, видом обезболивания, особенностями предполагаемого хирургического лечения, особенностями клинического течения послеоперационного периода, предупрежден о возможных осложнениях. Помимо общепринятой клинико-лабораторной оценки состояния организма больного, которого в плановом порядке подготавливают к оперативному вмешательству, необходимо учитывать ряд особенностей.

При выполнении костно-реконструктивных операций на лицевом черепе необходимо обеспечить надежное обезболивание с блокадой отрицательных нейровегетативных реакций. Для качественного хирургического лечения, связанного с перемещением остеотомированных костных фрагментов челюстей, и точного их сопоставления и фиксации в правильном положении необходимо обеспечить интубацию трахеи через нос. В период подготовки больного к операции из полости рта, носоглотки, зева, уха берут материал для определения вида микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. Послеоперационную антибиотикотерапию проводят с учетом антибиотикограмм, используя препараты широкого спектра действия. Накануне операции фиксируют в полости рта гнутые проволочные стальные шины с зацепными петлями, а также изготовленные зубные протезы или ретенционно-шинирующие аппараты. Нередко в связи с невозможностью адаптации к этим конструкциям в

условиях деформации изготовленные аппараты и протезы фиксируют непосредственно перед операцией. При необходимости на основании данных, полученных при изучении моделей челюстей, шлифуют бугры зубов-антагонистов для получения множественного фиссурно-бугоркового контакта в послеоперационном периоде. После перемещения костных фрагментов при костно-реконструктивных операциях на лицевом черепе, как правило, образуются дефекты, которые необходимо заполнить костными трансплантатами. В процессе подготовки к операции хирург должен определить, какой вид костных трансплантатов (ауто- или аллотрансплантаты) будет применен и соответствующим образом подготовить пациента. За бугры верхних челюстей наиболее целесообразно помещать аллотрансплантаты из компактной кости, которые, длительное время перестраиваясь, обеспечивают надежную фиксацию верхнечелюстного комплекса в новом положении. Ортопедические костные аллотрансплантаты следует использовать при возмещении сложных по форме анатомических образований средней и нижней зон лицевого черепа (особенно у больных с сочетанными несимметричными деформациями лицевого и мозгового черепа), дублируя их ауто-трансплантатами (реберный, гребешок подвздошной кости) или наполняя их губчатым веществом из гребешка подвздошной кости.

Принципы хирургического лечения больных с аномалиями и деформациями лицевого черепа и зубочелюстной системы. В основу хирургического лечения больных с верхней прогнатией или макрогнатией положен метод сегментарной остеотомии фронтального отдела верхней челюсти, позволяющий устранить эстетический недостаток и добиться множественного контакта между зубами антагонистами.

Операция сегментарной остеотомии фронтального отдела верхней челюсти: под эндотрахеальным наркозом проводят Г-образные разрезы слизистой оболочки и надкостницы с вестибулярной стороны альвеолярного отростка верхней челюсти на уровне 5_/_5 до верхнего свода преддверия полости рта. Слизисто-надкостничные лоскуты с обеих сторон отслаивают до уровня 3_/_3 зубов и свободные их концы берут на держалки. Удаляют 4_/_4 зубы и через лунки удаленных зубов производят остеотомию и остэктомию на планируемую величину, начиная от гребня альвеолярного отростка вертикально вверх до уровня, располагающегося на 5 мм выше проекции верхушек корней фронтальных зубов. Затем на данном уровне формируют мягкотканый туннель до края грушевидного отверстия на уровне дна носового хода. Отводя мобилизованные мягкие ткани, выполняют остеотомию и остэктомию, соединяя вершину вертикального распила кости с дном нижнего носового хода. Аналогичные манипуляции осуществляют и на противоположной стороне. Затем отслаивают слизисто-надкостничные лоскуты и со стороны твердого неба по направлению к средней линии в проекции удаленных 4_/_4 зубов. После введения в сформированный туннель специальных защитных лопаток производят остеотомию и остэктомию в области небных пластинок верхних челюстей и небной кости. Через вертикальный разрез слизистой оболочки по уздечке верхней губы скелетируют дно носа в переднем отделе и нижние отделы перегородки носа. Остеотомом пересекают перегородку носа до того уровня, на котором произведена остеотомия неба. При необходимости резецируют нижний отдел хрящевой перегородки носа на нужную величину. Размеры остэктомированных участков на уровне удаленных 4_/_4 зубов и дна нижнего носового хода, а также резецированного участка твердого неба и нижнего отдела хрящевой перегородки носа зависят от расстояния и направления, в котором перемещают остэктомированный сегмент фронтального отдела верхней челюсти. В правильном по прикусу положении костный фрагмент фиксируют проволочными швами или мини-пластинками по краям грушевидного отверстия. Слизисто-надкостничные лоскуты укладывают на место и фиксируют кетгутом. Для обеспечения надежной и жесткой фиксации остэктомированного сегмента на зубы верхней челюсти целесообразно наложить гладкую шину-скобу. Нижние носовые ходы тампонируют на 1—2 сут для остановки кровотечения. Усовершенствованная методика сегментарной остеотомии фронтального отдела верхней челюсти обеспечивает: 1) хорошее кровоснабжение

остеотомированного сегмента и жизнеспособность зубов за счет мягкотканых питающих лоскутов с вестибулярной стороны и со стороны твердого неба; 2) проведение остеотомии и остэктомии под визуальным контролем на удалении от верхушек зубов, чем объясняются их высокая жизнеспособность и устойчивое положение; 3) условия для значительного перемещения остеотомированного сегмента (вверх, вниз, кзади); 4) хороший операционный доступ и обзор операционного поля, что позволяет избежать повреждения корней зубов и питающих сосудов; 5) оптимальные условия для течения процессов репаративной регенерации за счет создания плотного контакта костных фрагментов и их надежной фиксации.

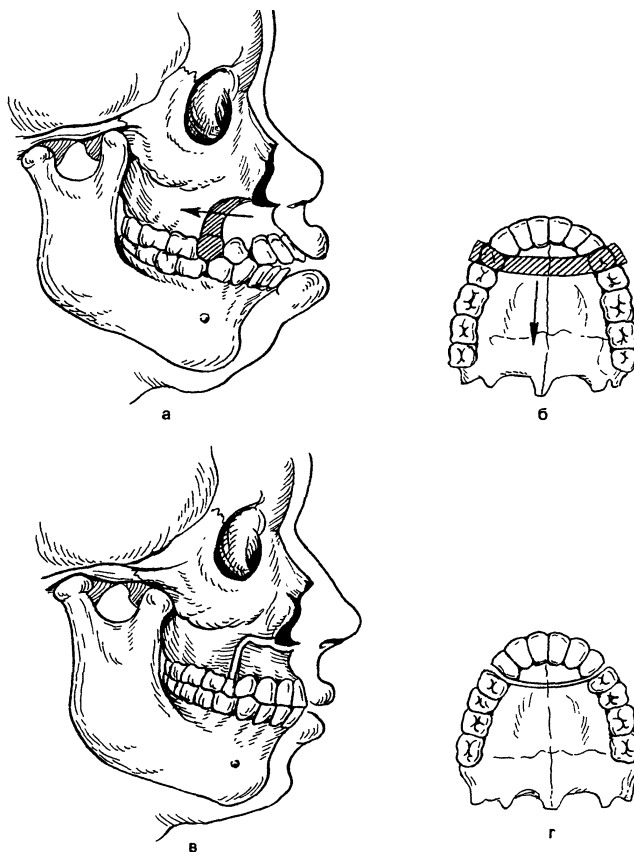


Рис. 26.5. Основные этапы сегментарной остеотомии фронтального отдела верхней челюсти *а — г* (схема).

Студент должен знать:

- причины возникновения деформаций верхней челюсти;
- классификацию деформаций верхней челюсти;
- клинические проявления верхней макрогнатии;
- клинические проявления верхней прогнатии;
- дифференциацию верхней микро-, прогнатии от нижней макро-, микрогнатии на основании данных телерентгенографии, биометрических данных гипсовых моделей;
- способы хирургического устранения деформации верхней челюсти.

Студент должен уметь:

- провести на больном с деформацией верхней челюсти линейные и угловые измерения лица (высота лба, длина носа, вертикальную и сагитальную разобщенность зубов, величину открывания рта).
- изготовить гипсовые модели прикуса для расчетов и отработки техники операции;
- фотографировать больного в фас, профиль, состояние прикуса;
- определить эффективность жевания;
- прочесть электромиограмму больного;
- провести телерентгенографический анализ профиля лица;

– провести десмургию, уход и кормление больных с деформацией верхней челюсти в послеоперационном периоде.

Интерактивный метод: Тур по галерее.

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Верхняя макрогнатия это:
 - А) увеличение всех размеров челюсти *
 - Б) уменьшение всех размеров челюсти
 - В) выдвижение вперед фронтального отдела челюсти
 - Г) смещение кзади фронтального отдела челюсти
 - Д) разобщение между режущими краями резцов
2. Верхняя микрогнатия это:
 - А) уменьшение всех размеров челюсти *
 - Б) увеличение всех размеров челюсти
 - В) выдвижение вперед фронтального отдела челюсти
 - Г) смещение кзади фронтального отдела челюсти
 - Д) разобщение между режущими краями резцов
3. Верхняя прогнатия это:
 - А) выдвижение вперед фронтального отдела челюсти *
 - Б) уменьшение всех размеров челюсти
 - В) увеличение всех размеров челюсти
 - Г) смещение кзади фронтального отдела челюсти
 - Д) разобщение между режущими краями резцов
4. Верхняя ретрогнатия это:
 - А) смещение кзади фронтального отдела челюсти *
 - Б) выдвижение вперед фронтального отдела челюсти
 - В) уменьшение всех размеров челюсти
 - Г) увеличение всех размеров челюсти
 - Д) разобщение между режущими краями резцов
5. Открытый прикус это:
 - А) разобщение между режущими краями резцов *
 - Б) смещение кзади фронтального отдела челюсти
 - В) выдвижение вперед фронтального отдела челюсти
 - Г) уменьшение всех размеров челюсти
 - Д) увеличение всех размеров челюсти
6. Функциональные нарушения характерные для больных с деформациями челюстей:
 - А) патохарактерологические расстройства
 - Б) затруднение откусывания и разжевывания пищи
 - В) нарушение речи
 - Г) нарушение дыхания
 - Д) все ответы верны *
7. Анатомические нарушения характерные для больных с деформациями челюстей:
 - А) нарушение пропорций лица
 - Б) чрезмерное выдвижение верхней челюсти
 - В) чрезмерное выдвижение нижней челюсти
 - Г) невозможность смыкания зубов
 - Д) все ответы верны *
8. К специальным методам обследования больных относится:
 - А) изготовление гипсовых моделей прикуса *
 - Б) общий анализ крови
 - В) определение группы крови
 - Г) рентгенография грудной клетки

- Д) определение белковых фракций
9. Решающим фактором при выборе метода лечения верхней прогнатии является:
- А) возраст больного *
- Б) степень выраженности патологии
- В) жалобы больного на эстетический недостаток
- Г) отсутствие времени у больного на длительное ортодонтическое лечение
- Д) отсутствие в поликлинике врача ортодонта
10. Наиболее информативным методом рентгенологического исследования больного с верхней макро-, ретрогнатией является:
- А) телерентгенография *
- Б) обзорная в прямой проекции
- В) обзорная в боковой проекции
- Г) ортопантомография
- Д) рентгенография аксиальная
11. При реабилитации больных с аномалиями верхней челюсти необходимо последовательное соблюдение:
- А) рациональная ортодонтия в детском возрасте
- Б) костно-реконструктивные операции после 16 лет
- В) завершающее ортопедическое лечение
- Г) коррегирующие операции на мягких тканях
- Д) все ответы верны *

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Приобретенные деформации верхней челюсти возникают вследствие:
- А) остеомиелита (гематогенного)
- Б) ранней потери зубов
- В) вредных привычек
- Г) наследственности
- Д) заболевания матери во время беременности инфекционным заболеванием
- 1) АБВ * 2) БВГ 3) ВГД 4) АВГ 5) АГД
2. Врожденные деформации верхней челюсти возникают вследствие:
- А) остеомиелита (гематогенного)
- Б) ранней потери зубов
- В) вредных привычек
- Г) наследственности
- Д) заболевания матери во время беременности инфекционным заболеванием
- 1) ГД * 2) АБ 3) БВ 4) ВГ 5) АД
3. К функциональным нарушениям при верхней макро-, и прогнатии относятся:
- А) психоэмоциональные расстройства
- Б) затруднение откусывания и разжевывания пищи
- В) нарушение речи
- Г) укорочение среднего отдела лица
- Д) сглаженность носогубной складки
- 1) АБВ * 2) БВГ 3) ВГД 4) АВГ 5) АГД
4. К анатомическим нарушениям при верхней макро-, и прогнатии относятся:
- А) психоэмоциональные расстройства
- Б) затруднение откусывания и разжевывания пищи
- В) нарушение речи
- Г) укорочение среднего отдела лица

Д) сглаженность носогубной складки

1) ГД * 2) АБ 3) БВ 4) ВГ 5) АД

5. К комплексным ортопедохирургическим методам лечения верхней прогнатии относятся

А) операция А.Я. Катца

Б) операция Титова

В) резекция фронтального отдела по Лимбергу

Г) остеотомия по Семенченко

Д) остеотомия по Ю.И. Бернадскому

1) АБ * 2) БВ 3) ВГ 4) ГД 5) АД

Ситуационные задачи:

1. В поликлинику обратился больной 19 лет с жалобами на затрудненное откусывание, неполное длительное разжевывание пищи, наличие косметического дефекта. При осмотре отмечается чрезмерное выстояние верхней челюсти кпереди, верхняя губа укорочена и не смыкается с нижней, в ротовой щели видны верхние фронтальные зубы. Зубы 4321|1234 резко выстоят кпереди и расположены веерообразно. Саггитальная щель между резцами 7мм.

1) Какие дополнительные методы исследования нужно провести для установления диагноза

2) Определите степень выраженности деформации.

Ответы:

1а) Биометрические измерения моделей челюстей.

1б) Телерентгенографический анализ.

2) Прогнатия верхняя II степени.

Больному 14 лет после обследования врач установил диагноз верхняя ретрогнатия. Больной консультирован терапевтом – со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Больного направили на операцию в клинику хирургической стоматологии. В клинике после осмотра профессора в операции было отказано.

3) С чем связана причина отказа в оперативном вмешательстве?

4) Какое лечение предпочтительно в описанной ситуации?

Ответы:

1) Возраст больного.

2) Ортопедическое лечение, при необходимости компактоosteотомия.

Раздаточные материалы:

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.

2. Тесты 1 уровня сложности.

3. Тесты 2 уровня сложности.

4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

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 дефектами, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания), осмотр (визуальный и пальпаторный),

соответствующие измерения в области дефекта и вокруг него в покое и движении и т.д.). 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.

Рекомендуемая литература

-основная:

- 1.Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2003 г.
2. «Руководство по хирургической стоматологии» В.М.Безруков и Т.Г.Робустова.-2000. Том 2 с.249-263, рис.26.1, 26.2, 26.3, 26.4.

-дополнительная:

- 1.«Атлас реконструктивных операций на челюстях» В.А. Сукачев (с.41,42)
- 2.Бернадский Ю.И. «Основы хирургической стоматологии» Киев,1998
- 3.Интернет сайты:

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 30

ДЕФОРМАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ: УСТРАНЕНИЕ МАКРО ИЛИ ПРОГНАТИИ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|--|----------------------|
| | Преподаватель | |
| 1-этап | | |
| Введение в учебное занятие 10- минут | 1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия. | Слушают и записывают |
| 10- минут | 1.2. Дать список литературы (приложение №1) | Слушают и записывают |
| 15- минут | 1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия. | Отвечают на вопросы |
| 5- минут | 1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2) | Слушают |

| | | |
|----------------|---|---|
| 2- этап | 2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради. | Отвечают на вопросы и обсуждают их |
| Основная часть | | |
| 25- минут | | Задают поясняющие вопросы |
| 15- минут | 2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3) | Обсуждают материалы игры Задают вопросы |
| 15- минут | 2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её. | Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему. |
| 5- минут | 2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”. | Слушают |
| 10- минут | 2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2) | Решают тесты. |
| 50- минут | 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). | Курируют больных |
| 40- минут | Перемена | |
| 20- минут | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают |
| 3- этап | | Задают вопросы |
| Заключительный | | |
| 40- минут | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| 10- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Этиология и патогенез нижней макро-, прогнатии.
2. Классификация аномалий лицевого черепа Х.А. Каламкарлова (1972г.).
3. Клинические проявления нижней макрогнатии.
4. Клинические проявления нижней прогнатии.
5. Функциональные нарушения у больных с деформациями нижней челюсти.
6. Особенности объективного обследования больных с деформациями челюстей.
7. Методы дополнительного обследования.
8. Особенности предоперационной подготовки больных.

9. Методы хирургического устранения нижней макрогнатии.
10. Методы хирургического устранения нижней прогнатии.
11. Особенности послеоперационного ведения больных.

Содержание занятия

Частота аномалий и деформаций лицевого черепа

В отечественной и зарубежной литературе приводятся разноречивые данные о частоте аномалий и зубочелюстных деформаций у детей и взрослых. Это связано с применением различных методик эпидемиологического исследования, отсутствием общих четких критериев оценки деформации, использованием различных классификаций. Многочисленные исследования, проведенные отечественными и зарубежными авторами, показали, что зубочелюстные деформации встречаются у 33,1—95,3 % обследованных. Четкие критерии оценки различных видов деформаций и аномалий, детальное обследование и регистрация выявленных отклонений позволяют получить объективно сопоставимые данные эпидемиологических исследований. Подобные качества, отражающие нужды челюстно-лицевых хирургов и ортодонтотв, в настоящее время имеет методика обследования больных с деформациями, предложенная В. М. Безруковым и соавт. (1979), которая по рекомендации ВОЗ, проходит проверку в различных регионах мира.

Высокий процент зубочелюстных аномалий у детей 5—15 лет еще не свидетельствует о том, что такая же частота деформаций зубочелюстной системы будет наблюдаться и у взрослых. Прежде всего, часть деформаций обусловлена диспропорциями роста и развития зубочелюстной системы и в дальнейшем происходит саморегуляция прикуса. Кроме того, среди выявленных аномалий зубочелюстной системы значительное место занимают аномалии положения и формы отдельных зубов или их групп, деформации зубных рядов, которые, как правило, исправляют в процессе ортодонтического лечения. Несомненно, что на частоту деформаций челюстей у взрослых существенное влияние оказывает ортодонтическое лечение детей. Установлено, что 41,6—62,2 % детей, находящихся на ортодонтическом лечении, не заканчивают его по различным причинам.

Эпидемиологические исследования не позволяют сделать аргументированный вывод о потребности в хирургическом лечении при аномалиях и деформациях лицевого черепа и зубочелюстной системы в частности. О частоте зубочелюстных аномалий у взрослых можно судить по данным ряда отечественных и зарубежных исследователей, проводивших эпидемиологические исследования в возрастной группе от 15 лет до 21 года, когда рост лицевого черепа фактически уже завершен. Частота выявленных деформаций колебалась от 41,1 до 95,3 %.

Клинические наблюдения и экспериментальные исследования показали, что ортодонтическими методами можно исправить форму зубных дуг, положение отдельных зубов или целых групп зубов, устранить дистальное смещение нижней челюсти. После окончания роста лицевого черепа добиться увеличения или замедления роста челюстных костей, используя ортодонтические методы лечения, чрезвычайно трудно или невозможно. В соответствии с изложенным выше, многие клиницисты считают, что после окончания роста лицевого черепа изолированное ортодонтическое лечение скелетных форм деформаций челюстей, которые проявляются формированием прогенического, прогнатического, открытого или глубокого прикуса, бесперспективно. Нерациональное применение ортодонтических аппаратов при лечении скелетных форм деформаций челюстей приводит к изменению наклона фронтальных зубов, сопровождается патологическими процессами в тканях пародонта, расшатыванием зубов или резорбцией их корней.

Следовательно, для специалистов, занимающихся костно-реконструктивными операциями, более ценны те данные эпидемиологических исследований, которые отражают

частоту аномалий и деформаций лицевого черепа и аномалий прикуса, характеризующихся прогеническим и прогнатическим соотношением зубных рядов, открытым или глубоким прикусом. При зубочелюстных деформациях прогеническое соотношение зубных рядов выявлено у 1,1—8,7 %, прогнатическое — у 12,4 %, открытый прикус — у 3 %, глубокий — у 11,2 % пациентов.

В хирургическом лечении по поводу аномалий прикуса нуждаются 4,45 % взрослых больных. Представленные данные наиболее полно характеризуют ту категорию больных, которым показаны костно-реконструктивные вмешательства на челюстных костях с обязательным использованием ортодонтических методов лечения на всех этапах медицинской реабилитации. При исследованиях, проведенных в США, установлено, что только по поводу нижней прогнатии и прогенического соотношения зубных рядов более 340 000 человек нуждаются в ортодонтическом и хирургическом лечении. По данным специальной рабочей группы Национального института стоматологии США, у 35 % населения наблюдаются аномалии и деформации лицевого черепа, а также зубочелюстные деформации, причем 5—15 % из них необходимо хирургическое лечение.

К сожалению, ни в отечественной, ни в зарубежной литературе нет систематизированных исчерпывающих данных о частоте как изолированных, так и сочетанных деформаций челюстей. Поданным В. М. Безрукова (1981), изучавшего деформации верхней челюсти (верхняя микро- или ретрогнатия), сочетанные деформации челюстей отмечались у 42 % взрослых больных с деформациями. Еще раньше мнение о том, что изолированные аномалии развития челюстей и особенно верхней встречаются редко, высказал Х. А. Каламкар (1972).

Косвенным подтверждением сказанного являются клинические и рентгенологические изменения в лицевом черепе по типу гипо- или гиперплазии у больных с односторонними деформациями нижней челюсти. Установлено, что первичные изменения в зонах роста нижней челюсти ведут к развитию вторичных деформаций в прилежащих и отдаленных участках лицевого черепа.

Представленные данные были бы неполными без учета частоты врожденных пороков развития лица и челюстей, известных в литературе как врожденные односторонние и двусторонние расщелины губы и неба, синдромы первой и второй жаберных дуг. По данным различных исследователей, частота врожденных расщелин составляет один случай на 600—800 рождений. Пороки развития под названием синдром первой и второй жаберных дуг встречаются у одного из 4000—5642 новорожденных. Пороки развития лицевого и мозгового черепа, известные под названием синдром Крузона и синдром Аперта, наблюдаются еще реже — у одного из 4000—160 000 новорожденных. Следует подчеркнуть, что большинство аномалий и деформаций лицевого черепа встречаются одинаково часто у мужчин и женщин. Приведенные выше данные о частоте зубочелюстных деформаций и аномалий лицевого черепа свидетельствуют о важности и актуальности проблемы для практического здравоохранения и многообразии проявлений аномалий и деформаций в челюстно-лицевой области.

При лечении больных с нижней микро- или ретрогнатией выполняют такие оперативные вмешательства, которые позволяют увеличить размеры нижней челюсти либо изменить ее положение путем перемещения кпереди, восстанавливая тем самым оптимальные эстетические пропорции лицевого черепа.

В настоящее время наиболее широкое распространение в клинической практике получили операции в области угла и ветви нижней челюсти. Это связано с тем, что их производят вне зубного ряда и формируют большие контактирующие костные поверхности,

обеспечивая тем самым значительный диапазон перемещенных костных фрагментов. Кроме того, в процессе операции можно переместить точки прикрепления жевательных мышц.

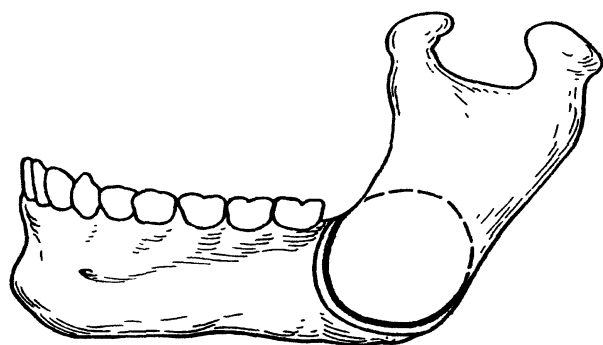
Чаще всего плоскостную остеотомию нижней челюсти в области ветвей производят внутриротовым (по Обвегезеру) и наружным (по Митрофанову и Рудько) доступами.

При внутриротовом доступе под эндотрахеальным наркозом проводят разрез слизистой оболочки по крыловидно-нижнечелюстной складке с переходом на наружную поверхность тела нижней челюсти до уровня нижнего свода преддверия полости рта. Затем рассекают надкостницу по переднему краю ветви нижней челюсти. Распатором скелетируют наружную поверхность ветви нижней челюсти до заднего края, который также скелетируют изогнутым распатором. В рану вводят специальный крючок, который, будучи фиксирован за задний край ветви, позволяет отвести в сторону мягкие ткани щеки, что обеспечивает хороший обзор операционного поля. С внутренней стороны ветви нижней челюсти выше проекции сосудисто-нервного пучка нижней челюсти поднадкостнично отслаивают мягкие ткани в виде туннеля до заднего края ветви нижней челюсти. В образовавшийся туннель вводят другой специальный крючок, который также фиксируют за задний край ветви нижней челюсти выше первого.

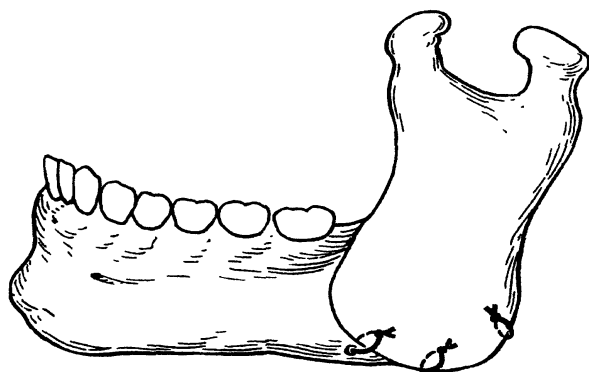
Затем при помощи бора пропиливают внутреннюю компактную пластинку ветви нижней челюсти выше места вхождения сосудисто-нервного пучка по проекции внутреннего крючка. Линию остеотомии продолжают по переднему краю ветви нижней челюсти, переходя на наружную поверхность ветви. Завершают пропил наружной компактной пластинки у нижнего края челюсти. Тонким остеотомом, располагая его ближе к наружной компактной пластинке ветви нижней челюсти, расщепляют ветвь нижней челюсти по плоскости. Фиксируя крючки за задний край ветви, предупреждают проникновение остеотома за пределы ветви нижней челюсти. Аналогичную операцию проводят и с противоположной стороны. Центральный фрагмент нижней челюсти перемещают вперед в правильное по прикусу положение и фиксируют межчелюстной резиновой тягой. Костные фрагменты фиксируют винтами или проволочными швами. Затем через контрапертуры в подчелюстных областях в рану вводят трубчатые силиконовые дренажи диаметром 5 мм. Рану со стороны слизистой оболочки наглухо зашивают кетгутом.

Плоскостную остеотомию нижней челюсти в области ветвей наружным доступом по Митрофанову и Рудько: под эндотрахеальным наркозом в подчелюстной области проводят разрез кожи длиной 6—7 см, окаймляющий угол нижней челюсти. Послойно рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку и подкожную мышцу шеи. Скальпелем рассекают надкостницу на протяжении 3 см, начиная от угла нижней челюсти по ее нижнему краю. Распатором скелетируют наружную поверхность ветви нижней челюсти до полулунной вырезки. Затем обнажают передний и задний края ветви нижней челюсти. Отступя книзу 0,5—0,7 см от полулунной вырезки по переднему и заднему краям ветви нижней челюсти, бором выпиливают насечки, на уровне которых иглой Дешана отслаивают надкостницу с внутренней стороны ветви выше сосудисто-нервного пучка нижней челюсти. Затем, начиная с насечки по переднему краю ветви нижней челюсти, бором производят параболической формы пропил кости до губчатого вещества с переходом на наружную поверхность тела челюсти, нижний край и заднюю поверхность ветви до насечки. При помощи иглы Дешана с внутренней поверхности ветви проводят лавсановую лигатуру, при помощи которой вводят пилу Джигли и пропиливают ею внутреннюю компактную пластинку ветви на уровне насечек. При помощи лопатки Буяльского и остеотома расщепляют ветвь нижней челюсти по плоскости. Аналогичную операцию выполняют с другой стороны. Центральный фрагмент перемещают вперед, фиксируют в правильном по прикусу положении и в области ветвей производят остеосинтез проволочными швами, винтами или на костными мини-пластинками. Рану

послойно ушивают кетгутом, на кожу накладывают швы полиамидной нитью. Между швами вводят выпускники из перчаточной резины.



а



б

Рис. 26.6. Плоскостная остеотомия в области ветви нижней челюсти (а, б) (схема).

Для восстановления правильного и эстетически полноценного контура нижней зоны лица разработана методика ступенчатой гениопластики. Этот способ гениопластики показан при достаточной высоте подбородочного отдела нижней челюсти. Под эндотрахеальным наркозом на нижнюю губу на уровне углов рта накладывают две держалки из лавсановой нити. Зубы верхней и нижней челюстей покрывают салфеткой, смоченной раствором антибиотика, для изоляции их от операционного поля. После инфильтрации мягких тканей подбородочной области и нижней губы раствором новокаина проводят разрез длиной 6—7 см слизистой оболочки нижней губы на 1 — 1,5 см выше нижнего свода преддверия полости рта и параллельно ему. Рассекают ткани до мышечного слоя, достигают переднего края тела нижней челюсти, пересекают надкостницу и скелетируют подбородочный отдел нижней челюсти до уровня вторых малых коренных зубов нижней челюсти. Бором и циркулярной пилой производят горизонтальную остеотомию нижнего отдела подбородка, пересекают нижние пучки двубрюшных мышц и перемещают вперед остеотомированный подковообразный фрагмент на мягкотканой питающей ножке. В новом положении остеотомированный фрагмент фиксируют тремя проволочными швами либо мини-пластинками. Рану со стороны полости рта в три слоя зашивают кетгутом. Через контрапертуру в подподбородочной области в рану вводят выпускник из перчаточной резины. Накладывают формирующую бинтовую повязку.

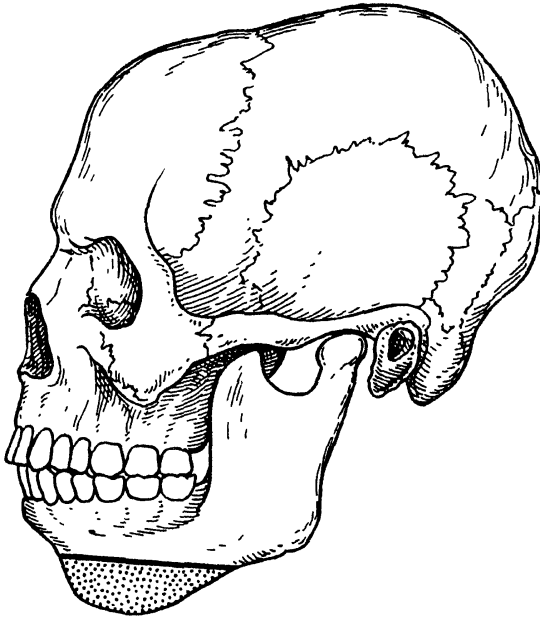


Рис. 26.7. Остеотомия подбородочного отдела нижней челюсти (схема).

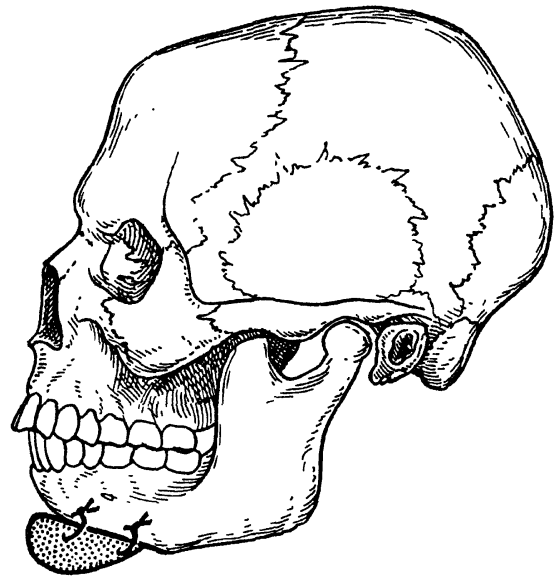
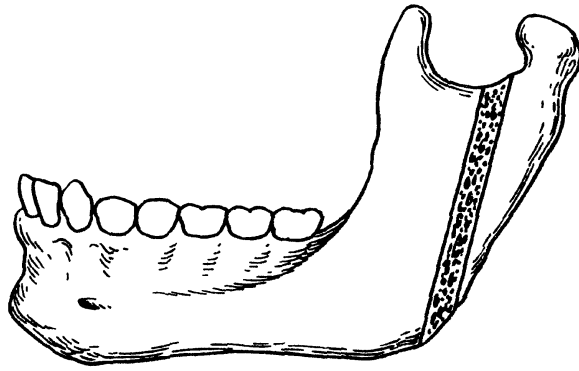
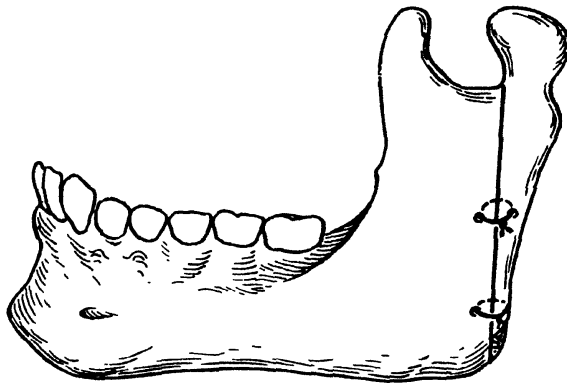


Рис. 26.8. Перемещение и фиксация остеотомированного фрагмента (схема).

Костно-реконструктивные операции, применяемые при лечении больных с нижней макрогнатией или прогнатией, основаны на смещении нижней челюсти кзади. При этом наиболее часто выполняют остеотомии нижней челюсти в области ветвей, которые описаны выше. Следует отметить, что плоскостная остеотомия ветвей нижней челюсти вызывает изменение элементов височно-нижнечелюстного сустава, что может неблагоприятно отразиться на его функции. Более приемлема вертикальная субкондилярная остеотомия ветви нижней челюсти, которая позволяет сохранить правильные взаимоотношения в височно-нижнечелюстном суставе. Под эндотрахеальным наркозом производят разрез кожи в подчелюстной области длиной 4—5 см, окаймляющий угол нижней челюсти и отстоящий от нижнего края челюсти на 2 см. Послойно рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку, подкожную мышцу шеи. По нижнему краю челюсти в области угла рассекают надкостницу и скелетируют наружную поверхность ветви нижней челюсти до полулунной вырезки. Освобождают от мягких тканей задний край ветви и ее внутреннюю поверхность в дистальных отделах. Затем бором производят вертикальную остеотомию ветви, начиная от основания мышцелкового отростка до угла нижней челюсти. Параллельно первому распилу производят второй в пределах наружной компактной пластинки. Ширина удаляемой наружной компактной пластинки соответствует планируемому смещению нижней челюсти кзади. Фрезой производят декортикацию малого фрагмента с внутренней поверхности. Центральный фрагмент смещают кзади и фиксируют в правильном положении. Костные фрагменты фиксируют проволочными швами, винтами либо мини-пластинками. Рану послойно ушивают кетгутом. На кожу накладывают швы из полиамидной нити. В рану вводят выпускники из перчаточной резины.



а



б

Рис. 26.11. Вертикальная субкондилярная остеотомия ветви нижней челюсти (схема).
а — линия распила ветви нижней челюсти; б — фиксация костных фрагментов.

Особенности послеоперационного ведения больных. В течение 4—5 сут после операции больные нуждаются в интенсивной терапии, направленной на корреляцию

дыхательных, гемодинамических и метаболических нарушений. Для предупреждения воспалительных осложнений с профилактической целью в течение 5—6 сут применяют антибиотики и сульфаниламиды широкого спектра действия в терапевтических дозах. Большое значение в предупреждении воспалительных осложнений имеет уход за послеоперационной раной. После операций на нижней челюсти межчелюстную фиксацию осуществляют на следующие сутки. Для обеспечения оптимальных условий течения репаративной регенерации в зоне оперативного лечения используют широко известные принципы — надежную иммобилизацию костных фрагментов и медикаментозное лечение (витамины, кальция глицерофосфат, неробол). Применяют также физические методы лечения — магнитотерапию, УВЧ-терапию. Электрофорез кальция хлорида. Продолжительность межчелюстной фиксации при операциях на нижней челюсти составляет 35—45 сут.

Студент должен знать:

- причины возникновения деформаций нижней челюсти;
- классификацию деформаций нижней челюсти;
- клинические проявления нижней макрогнатии;
- клинические проявления нижней прогнатии;
- дифференциацию нижней микро-, прогнатии от верхней макро-, микрогнатии на основании данных телерентгенографии, биометрических данных гипсовых моделей;
- способы хирургического устранения деформации нижней челюсти.
- основы общего ухода за больными с дефектами и деформациями ЧЛЮ;
- особенности специального ухода за больными с деформациями ЧЛЮ после заготовки стебля Филатова;
- особенности ухода за больными в процессе миграции стебля Филатова к месту дефекта;
- особенности ухода за больными после операций свободной пересадки кожи, хряща, кости и т.д.;
- особенности ухода за больными с дефектами и деформациями челюстных костей в послеоперационном периоде;

Студент должен уметь:

- провести на больном с деформацией нижней челюсти линейные и угловые измерения лица (высота лба, длина носа и нижней трети лица, вертикальную и сагитальную разобшенность зубов, величину открывания рта);
- изготовить гипсовые модели прикуса для расчетов, отработки техники операции;
- фотографировать больного в фас, профиль, состояние прикуса;
- определить эффективность жевания;
- прочесть электромиограмму больного;
- провести телерентгенографический анализ профиля лица;
- провести десмургию, уход и кормление больных с деформацией нижней челюсти в послеоперационном периоде.
- сделать повязку после формирования стебля Филатова с помощью марлево-ватных рулончиков;
- проводить тренировку стебля и фиксировать руки больного к телу и голове при его миграциях;

Интерактивный метод: Аквариум.

ТЕСТЫ 1-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Нижняя макрогнатия это:

- А) увеличение всех размеров челюсти *
- Б) уменьшение всех размеров челюсти
- В) выдвигание вперед фронтального отдела челюсти

- Г) смещение кзади фронтального отдела челюсти
- Д) разобщение между режущими краями резцов

2. Нижняя микрогнатия это:

- А) уменьшение всех размеров челюсти *
- Б) увеличение всех размеров челюсти
- В) выдвижение вперед фронтального отдела челюсти
- Г) смещение кзади фронтального отдела челюсти
- Д) разобщение между режущими краями резцов

3. Нижняя прогнатия это:

- А) выдвижение вперед фронтального отдела челюсти)
- Б) уменьшение всех размеров челюсти
- В) увеличение всех размеров челюсти
- Г) смещение кзади фронтального отдела челюсти
- Д) разобщение между режущими краями резцов

4. Нижняя ретрогнатия это:

- А) смещение кзади фронтального отдела челюсти *
- Б) выдвижение вперед фронтального отдела челюсти
- В) уменьшение всех размеров челюсти
- Г) увеличение всех размеров челюсти
- Д) разобщение между режущими краями резцов

5. Открытый прикус это:

- А) разобщение между режущими краями резцов *
- Б) смещение кзади фронтального отдела челюсти
- В) выдвижение вперед фронтального отдела челюсти
- Г) уменьшение всех размеров челюсти
- Д) увеличение всех размеров челюсти

6. Функциональные нарушения характерные для больных с деформациями челюстей:

- А) патохарактерологические расстройства
- Б) затруднение откусывания и разжевывания пищи
- В) нарушение речи
- Г) нарушение дыхания
- Д) все ответы верны *

7. Анатомические нарушения характерные для больных с деформациями челюстей:

- А) нарушение пропорций лица
- Б) чрезмерное выдвижение верхней челюсти
- В) чрезмерное выдвижение нижней челюсти
- Г) невозможность смыкания зубов
- Д) все ответы верны *

8. К специальным методам обследования больных относится:

- А) изготовление гипсовых моделей прикуса *
- Б) общий анализ крови
- В) определение группы крови
- Г) рентгенография грудной клетки
- Д) определение белковых фракций

9. Решающим фактором при выборе метода лечения нижней прогнатии является:

- А) возраст больного *

- Б) степень выраженности патологии
- В) жалобы больного на эстетический недостаток
- Г) отсутствие времени у больного на длительное ортодонтическое лечение
- Д) отсутствие в поликлинике врача ортодонта

10. Наиболее информативным методом рентгенологического исследования больного с нижней макро-, ретрогнатией является:

- А) телерентгенография *
- Б) обзорная в прямой проекции
- В) обзорная в боковой проекции
- Г) ортопантомография
- Д) рентгенография аксиальная

11. При реабилитации больных с аномалиями нижней челюсти необходимо последовательное соблюдение:

- А) рациональная ортодонтия в детском возрасте
- Б) костно-реконструктивные операции после 16 лет
- В) завершающее ортопедическое лечение
- Г) коррегирующие операции на мягких тканях
- Д) все ответы верны *

12. К энергетическим компонентам для парентерального питания больных относится:

- А) сорбит *
- Б) интралипид
- В) аминокровин
- Г) аминокептид
- Д) гидролизат казеина

13. К жировым препаратам для парентерального питания относится:

- А) интралипид *
- Б) сорбит
- В) аминокровин
- Г) аминокептид
- Д) гидролизат казеина

14. К белковым препаратам для парентерального питания относится:

- А) гидролизат казеина *
- Б) интралипид
- В) раствор глюкозы
- Г) сорбит
- Д) липомиаз-2

15. При кормлении больного в послеоперационном периоде в помощью поильника пища разогревается до:

- А) 45⁰С-50⁰С *
- Б) 20⁰С-30⁰С
- В) 60⁰С-70⁰С
- Г) 80⁰С-90⁰С
- Д) 90⁰С-100⁰С

16. Тонкий резиновый зонд для кормления больного можно оставлять в носовом ходу до:

- А) одной недели *
- Б) 10 дней
- В) 14-16 дней

Г) 1-2 недели

Д) 3-4 недели

17. Хлорвиниловую трубку для кормления больного можно оставлять в носовом ходу:

А) 3-4 недели *

Б) одной недели

В) 10 дней

Г) 14-16 дней

Д) 1-2 недели

18. К специальному уходу за больными с деформациями лица после операций относится:

А) орошение полости рта *

Б) смена нательного белья

В) гигиенические ванны

Г) смена постельного белья

Д) стрижка ногтей

ТЕСТЫ 2-ГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ

1. Приобретенные деформации нижней челюсти возникают вследствие:

А) остеомиелита (гематогенного)

Б) ранней потери зубов

В) вредных привычек

Г) наследственности

Д) заболевания матери во время беременности инфекционным заболеванием

1) АБВ * 2) БВГ 3) ВГД 4) АВГ 5) АГД

2. Врожденные деформации нижней челюсти возникают вследствие:

А) остеомиелита (гематогенного)

Б) ранней потери зубов

В) вредных привычек

Г) наследственности

Д) заболевания матери во время беременности инфекционным заболеванием

1) ГД * 2) АБ 3) БВ 4) ВГ 5) АД

3. К функциональным нарушениям при нижней макро-, и прогнатии относятся:

А) психоэмоциональные расстройства

Б) затруднение откусывания и разжевывания пищи

В) нарушение речи

Г) укорочение среднего отдела лица

Д) сглаженность носогубной складки

1) АБВ * 2) БВГ 3) ВГД 4) АВГ 5) АГД

4. К анатомическим нарушениям при нижней макро-, и прогнатии относятся

А) психоэмоциональные расстройства

Б) затруднение откусывания и разжевывания пищи

В) нарушение речи

Г) укорочение среднего отдела лица

Д) сглаженность носогубной складки

1) ГД * 2) АБ 3) БВ 4) ВГ 5) АД

5. К энтеральным способам введения пищевых веществ относятся:

А) пероральное

Б) зондовое желудочное

- В) ректальное
 - Г) внутривенное
 - Д) внутрикостное
- 1) АБВ * 2) АБГ 3) АГД 4) БВГ 5) ВГД

6.К парентеральным способам введения пищевых веществ относятся:

- А) пероральное
 - Б) зондовое желудочное
 - В) ректальное
 - Г) внутривенное
 - Д) внутрикостное
- 1) ГД * 2) АБ 3) БВ 4) АГ 5) АД

7.К белковым препаратам для парентерального питания относятся:

- А) аминокептид
 - Б) гидролизат казеина
 - В) гиолизин
 - Г) липомиаз-2
 - Д) интралипид
- 1) АБВ * 2) АБГ 3) АГД 4) БВГ 5) ВГД

8.К жировым препаратам для парентерального питания относятся:

- А) аминокептид
 - Б) гидролизат казеина
 - В) гиолизин
 - Г) липомиаз-2
 - Д) интралипид
- 1) ГД * 2) АБ 3) БВ 4) АГ 5) АД

9.К энергетическим компонентам для парентерального питания больных относятся:

- А) раствор глюкозы
 - Б) раствор фруктозы
 - В) сорбит
 - Г) липомиаз-2
 - Д) интралипид
- 1) АБВ * 2) АБГ 3) АГД 4) БВГ 5) ВГД

10.К жировым препаратам для парентерального питания больных относятся:

- А) раствор глюкозы
 - Б) раствор фруктозы
 - В) сорбит
 - Г) липомиаз-2
 - Д) интралипид
- 1) ГД * 2)АБ 3)БВ 4)АГ 5)АД

11.К общему уходу за больными после восстановительных операций относится:

- А) смена нательного белья
- Б) смена постельного белья
- В) ежедневное бритье
- Г) орошение полости рта антисептиками

- Д) изготовление слюноприемников
1) АБВ * 2) АБГ 3) АГД 4) БВГ 5) ВГД

12.К специальному уходу за больными после восстановительных операций относится:

- А) смена нательного белья
Б) смена постельного белья
В) ежедневное бритье
Г) орошение полости рта антисептиками
Д) изготовление слюноприемников
1) ГД * 2) АБ 3) БВ 4) АГ 5) АД

Ситуационные задачи:

1.В поликлинику обратился больной с жалобами на затрудненное откусывание и длительное разжевывание пищи, косметический дефект.

При осмотре отмечается выраженное выступание вперед подбородка и нижней губы. Речь больного шепелявая.

В полости рта определяется перемещение вперед нижнего зубного ряда, саггитальная щель во фронтальном участке 12мм, нарушение соотношения между 6-ми зубами антагонистами достигает 14мм.

- 5) Какие дополнительные методы исследования проведете для установления диагноза
6) Определите степень выраженности деформации нижней челюсти.

Ответы:

1а) Биометрические измерения моделей челюстей.

1б) Телерентгенографический анализ.

2.Нижняя прогнатия III степени.

2.Больной 9 лет с диагнозом нижняя прогнатия I степени направлен в клинику хирургической стоматологии на оперативное лечение. После обследования в клинике в оперативном лечении было отказано.

- 7) С чем связана причина отказа в операции?
8) Какое лечение предпочтительно в данной ситуации?

Ответы:

3) Возраст больного.

4) Ортопедическое лечение, при необходимости компактостеотомия.

3. Больному 27 лет, произведена пластика нижней челюсти ауторебром после устранения анкилоза ВНЧС слева. Нижняя челюсть иммобилизована с помощью шин Тигерштедта и межчелюстной резиновой тяги.

1.Какое питание нужно назначить больному.

2.В чем заключается специальный уход.

Ответ:

1 Челюстной стол №1.2. Частое орошение полости рта.

4. Для закрытия обширного дефекта неба, оставшегося после резекции верхней челюсти по поводу рака, больному пришта к дефекту ножка стебля Филатова. Пероральное питание резко затруднено. Решено назначить парентеральное питание.

1. Распишите схему парентерального питания.

Ответ:

1. Внутривенное вливание белковых, жировых и углеводных растворов от 200мл до 2-4 литров в общей калорийности 1500-2000Кк

Раздаточные материалы:

1. Вопросы для контроля исходного уровня знания студентов.
2. Тесты 1 уровня сложности.
3. Тесты 2 уровня сложности.
4. Ситуационные задачи.

Практическая часть

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 дефектами, другой обследующего врача, учатся проводить опрос больного (жалобы, анамнез заболевания), осмотр (визуальный и пальпаторный, соответствующие измерения в области дефекта и вокруг него в покое и движении и т.д.). 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.

В практической части занятия проводится курация больных по теме. Проводится повторение основ общего ухода. Смена нательного, постельного белья тяжелым больным (возможно привлечение волонтера).

Проводится перевязка больного со стеблем Филатова, фиксация руки такого больного к телу, к голове. Приготовление льда (целлофановые мешочки, грелки) для проведения гипотермии. Проведение орошения полости рта с помощью кружки Эйсмарха.

Изготовление из резиновых перчаток и грелок слюноприемников.

Осуществление кормления больного из поильника.

Рекомендуемая литература

-основная:

1. Робустова Т.Г. «Хирургическая стоматология»: М., Медицина, 2003 г.
2. Бернадский Ю.И. «Основы хирургической стоматологии» Киев, 1998.
3. «Руководство по хирургической стоматологии» В.М.Безруков и Т.Г.Робустова.-2000. Том 2 с.249-263, рис.26.1, 26.2, 26.3, 26.4.
4. «Десмургия и дренирование в хирургической стоматологии» В.А. Ковалев, Ленинград, 1985г., с.107-122.

-дополнительная:

1. «Травмы челюстно-лицевой области» Н.М. Александров, П.З. Аржанцев, Москва, 1986г., с.135-142.
2. «Атлас реконструктивных операций на челюстях» В.А. Сукачев (с.41,42)

2. «Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области»
Ю.И. Бернадский. Москва, 2003г., с.372-376.
3. Интернет сайты:
www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 31

ИСТОЧНИКИ ОСТЕОГЕНЕЗА ТКАНЕЙ И КЛЕТОК. ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|--|---|
| | Преподаватель | |
| 1-этап Введение в учебное занятие 10- минут 10- минут 15- минут 5- минут | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| 2- этап Основная часть 25- минут 15- минут 15- минут | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> |

| | | |
|----------------|--|-------------------------------|
| 5- минут | органайзера “Рыбьего скелета”. | Слушают |
| 10- минут | 2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2) | Решают тесты. |
| 50- минут | 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). | Курируют больных |
| 40- минут | Перемена | |
| 20- минут | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Слушают |
| 3- этап | | Задают вопросы |
| Заключительный | | |
| 40- минут | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают |
| 10- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Слушают и сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Строение костной ткани.
2. Виды остеогенеза. Прямой (первичный) остеогистогенез.
3. Непрямой (вторичный) остеогистогенез.
4. Развитие пластинчатой костной ткани

Содержание занятия

Костные ткани – это специализированный тип соединительной ткани с высокой минерализацией межклеточного органического вещества, содержащего около 70% неорг.соединений, главным образом кальция. В костной ткани обнаружено более 30 микроэлементов (медь, стронций, цинк, барий, магний и др.), играющих важнейшую роль в метаболических процессах в организме.

Органическое вещество – матрикс костной ткани представлено в основном белками коллагенового типа и липидами. Из всех разновидностей соединительных тканей костная ткань обладает наиболее выраженными опорной, механической, защитной функциями для внутренних органов, а также является депо солей кальция, фосфора и др.

Существует два основных стволовых полтипа костной ткани: ретикулофиброзная и пластинчатая. Эти разновидности костной ткани различаются по структурным и физическим свойствам. К костной ткани относятся также дентин и цемент зуба.

В процессе развития костной ткани образуется костный дифферон: стволовые, полустволовые клетки, остеобласты, остециты. Вторым структурным элементом являются остеокласты, развивающиеся из стволовых клеток крови.

Стволовые и полустволовыеостеогенные клетки морфологически не идентифицируются.

Остеобласты, или остеобластоциты - это молодые клетки, создающие костную ткань. Они встречаются только в глубоких слоях надкостницы. Они способны к пролиферации. Форма остеобластов бывает различной: кубической, пирамидальной или угловатой. Размер их тела около 15-20 мкм. Ядро округлой или овальной формы.

Остеоциты – это преобладающие по количеству дефинитивные клетки костной ткани, утратившие способность к делению. Имеют отростчатую форму, компактно, относительно крупное ядро, слабобазофильную цитоплазму. Органеллы развиты слабо. Костные клетки лежат в костных полостях, или лакунах.

Остеокласты - эти клетки гематогенной природы, способные разрушить обызвествленный хрящи и кость. Диаметр их достигает 90 мкм и более, они содержат от 3 до нескольких десятков ядер. Остеокласты располагаются обычно на поверхности костных перекладин. Остеокласты выделяют СО в окружающую среду. Функции остеобластов и остеокластов взаимосвязаны и коррелируют с участием гормонов, простагландинов, функциональной нагрузкой, витаминами и др.

Надкостница или периост. В надкостнице различают два слоя: наружный (волоконистый) и внутренний (клеточный). Наружный слой образован волокнистой соединительной тканью. Внутренний слой содержит остеогенные камбиальные клетки, преостеобласты и остеобласты различной степени дифференцировки. Камбиальные клетки веретеновидной формы имеют небольшой объём цитоплазмы и умеренно развитый синтетический аппарат. Преостеобласты-энергично пролиферирующие клетки овальной формы. Способны синтезировать мукополисахариды. Через надкостницу проходят питающие кость сосуды и нервы, надкостница связывает кость с окружающими тканями и принимает участие в ее трофике, развитии, росте и регенерации.

Остеон является структурными единицами компактного вещества трубчатой кости (диафиза). Они представляют собой цилиндрические образования, состоящих из костных пластинок, как бы вставленных друг в друга. Каждый остеон отграничен от соседних остеонов-спайной линией. В центральном канале остеона проходят кровеносные сосуды. В диафизе длинной кости остеоны расположены параллельно длинной оси. Каналы остеонов анастомозируют друг с другом. Такие каналы называют прободающими или питательными. Эндост – оболочка, покрывающая кость со стороны костномозговой полости. В эндосте различают осмиофильную линию на наружном крае минерализованного вещества кости; остеонидный слой, состоящий из аморфного вещества, колагеновых фибрилл и остеобластов, кровеносных капилляров и нерв. окончаний; слоя чешуевидных клеток. Толщина эндоста превышает 1-2 мкм, но меньше чем у периоста.

Межклеточное вещество состоит из основного аморфного вещества, импрегнированного неорганическими солями, в котором располагаются коллагеновые волокна, образующие небольшие пучки. Они содержат в основном белок - коллаген 1 и 5 типов. Волокна могут иметь беспорядочное или строго ориентированное направление.

Некоторые термины из практической медицины:
остеогенез гетеротопический (син.: остеогенез метапластический) -- остеогенез, происходящий в необычном месте, например в мышцах;
остеогенез несовершенный (*osteogenesis imperfecta*; син.: остеопсатироз, *fragilitas ossium*) -- наследственная болезнь, обусловленная аномалией остеогенеза, проявляющаяся повышенной ломкостью костей, деформациями скелета на месте заживления переломов, иногда голубым цветом склер и отосклерозом; наследуется по аутосомно-доминантному, реже по аутосомно-рецессивному типу;

Остеогенез - развитие костной ткани. Различают два способа образования кости: прямой (первичный, из мезенхимы) и непрямой (вторичный, на месте хрящевой модели)

Прямой (первичный) остеогистогенез. Развитие кости из мезенхимы.

Такой способ остеогенеза характерен для развития грубоволокнистой костной ткани при образовании плоских костей, например покровных костей черепа. Этот процесс наблюдается в

основном в течение первого месяца внутриутробного развития и характеризуется образованием сначала первичной «перепончатой», остеодной костной ткани с последующим отложением солей кальция, фосфора и др. в межклеточном веществе.

Первая стадия — образование скелетогенного островка. В местах развития будущей кости происходят очаговое размножение мезенхимных клеток и васкуляризация скелетогенного островка.

Вторая стадия — остеодная. Во второй стадии происходит дифференцировка клеток островков, образуется органическая матрица костной ткани, или остеод, — оксифильное межклеточное вещество с коллагеновыми фибриллами. Разрастающиеся волокна раздвигают клетки, которые, не теряя своих отростков, остаются связанными друг с другом. В основном веществе появляются мукопротеиды (оссеомукоид), цементирующие волокна в одну прочную массу.

Некоторые клетки, дифференцирующиеся в остеодциты, уже в этой стадии могут оказаться включенными в толщу волокнистой массы. Другие, располагающиеся по поверхности, дифференцируются в остеобласты. В течение некоторого времени остеобласты располагаются по одну сторону волокнистой массы, но вскоре коллагеновые волокна появляются и с других сторон, отделяя остеобласты друг от друга. Постепенно эти клетки оказываются «замурованными» в межклеточном веществе, теряют способность размножаться и превращаются в остеодциты. В то же время из окружающей мезенхимы образуются новые генерации остеобластов, которые наращивают кость снаружи. Т.е. обеспечивают аппозиционный рост костной ткани.

Третья стадия (прямого остеогенеза) — обызвествление, или кальцификация, межклеточного вещества. При этом остеобласты выделяют фермент щелочную фосфатазу, расщепляющую содержащиеся в периферической крови глицерофосфаты на углеводные соединения (сахара) и фосфорную кислоту. Последняя вступает в реакцию с солями кальция, который осаждается в основном веществе и волокнах сначала в виде соединений кальция, формирующих аморфные отложения $\text{Ca}_3(\text{PO}_4)_2$, в дальнейшем из него образуются кристаллы гидроксиапатита $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$. Кальцификацию оссеоида связывают с матриксными везикулами.

Процесс биологической минерализации протекает в 2 фазы.

I фаза заключается в образовании исходных кристаллов гидроксиапатита внутри матриксных везикул. Эта фаза контролируется фосфатазами (включая щелочную фосфатазу), а также кальцийсвязывающими молекулами (фосфолипидами и белками), которыми богаты матриксные везикулы.

II фаза состоит в разрыве мембран матриксных везикул с выходом сформированных кристаллов в экстрацеллюлярное пространство, где дальнейшее размножение их контролируется условиями внеклеточного микроокружения. Важную роль имеют протеазы и мембранные фосфолипазы, которые обеспечивают разрыв мембран и выход минералов наружу.

Одним из посредников кальцификации является остеоонектин — гликопротеин, избирательно связывающий соли кальция и фосфора с коллагеном. В результате кальцификации образуются костные перекладины, или балки. Затем от этих перекладин ответвляются выросты, соединяющиеся между собой и образующие широкую сеть. Пространства между перекладинами оказываются занятыми соединительной волокнистой тканью с проходящими в ней кровеносными сосудами.

К моменту завершения остеогенеза по периферии зачатка кости в эмбриональной соединительной ткани появляется большое количество волокон и остеогенных клеток. Часть этой волокнистой ткани, прилегающей непосредственно к костным перекладинам, превращается в надкостницу, или периост (periosteum), который обеспечивает трофику и регенерацию кости. Такая кость, появляющаяся на стадиях эмбрионального развития и состоящая из перекладин ретикулофиброзной костной ткани, называется первичной губчатой костью. В более поздних стадиях развития она заменяется вторичной губчатой костью взрослых, которая отличается от первой тем, что построена уже из пластинчатой костной ткани (**четвертая стадия остеогенеза**).

Развитие пластинчатой костной ткани тесно связано с процессом разрушения отдельных участков кости и вращением кровеносных сосудов в толщу ретикулофиброзной кости. В этом процессе как в период эмбрионального остеогенеза, так и после рождения принимают участие остеокласты.

Пластинчатая костная ткань - наиболее распространенная разновидность костной ткани во взрослом организме. Она состоит из костных пластинок, которые содержат фибриллы. Пластинки могут расслаиваться, а фибриллы одной пластинке могут продолжаться в соседние. Создавая единую волокнистую основу кости. Из этой ткани построены компактное и губчатое вещество в большинстве плоских и трубчатых костей. Трубчатая костная ткань как орган в основном построена из пластинчатой костной ткани, кроме бугорков. Снаружи кость покрыта надкостницей, за исключением суставных поверхностей эпифизов, покрытых разновидностью гиалинового хряща.

Костные пластинки обычно образуются вокруг кровеносных сосудов путем дифференцировки прилегающей к ним мезенхимы. Над такими пластинками образуется слой новых остеобластов и возникают новые пластинки. Коллагеновые волокна в каждой пластинке ориентированы под углом к волокнам предыдущей пластинки. Таким образом, вокруг сосуда формируются как бы костные цилиндры, вставленные один в другой, - первичные остеоны. С момента появления остеонов ретикулофиброзная костная ткань перестает развиваться и заменяется пластинчатой костной тканью. Со стороны надкостницы формируются общие, или генеральные, пластинки, охватывающие всю кость снаружи. Так развиваются плоские кости. В дальнейшем образовавшаяся в эмбриональном периоде кость подвергается перестройке: разрушаются первичные остеоны и развиваются новые поколения остеонов. Такая перестройка кости практически продолжается всю жизнь.

В отличие от хрящевой ткани кость всегда растет способом наложения новой ткани на уже имеющуюся, т.е. путем аппозиции, а оптимальное кровоснабжение необходимо для дифференцировки клеток скелетогенного островка.

Непрямой (вторичный) остеогенез. Развитие кости на месте хряща.

На 2-м месяце эмбрионального развития в местах будущих трубчатых костей закладывается из мезенхимы хрящевой зачаток, который очень быстро принимает форму будущей кости (хрящевая модель). Зачаток состоит из эмбрионального гиалинового хряща, покрытого надхрящницей. Некоторое время он растет как за счет клеток, образующихся со стороны надхрящницы, так и за счет размножения клеток во внутренних участках. Развитие кости на месте хряща, т.е. непрямой остеогенез, начинается в области диафиза (т.н. перихондральное окостенение). Образованию перихондральной костной манжетки предшествует разрастание кровеносных сосудов. Происходит дифференцировка остеобластов, образующих в виде манжетки сначала ретикулофиброзную костную ткань (первичный центр окостенения), затем заменяющуюся на пластинчатую.

Образование костной манжетки нарушает питание хряща. Вследствие этого в центре диафизарной части хрящевого зачатка возникают дистрофические изменения. Хондроциты вакуолизируются, их ядра пикнотизируются, образуются так называемые пузырьчатые хондроциты. Рост хряща в этом месте прекращается. Удлинение перихондральной костной манжетки сопровождается расширением зоны деструкции хряща и появлением остеокластов, которые очищают пути для вращающихся в модель трубчатой кости кровеносных сосудов и остеобластов.

Это приводит к появлению очагов «внутреннего» эндохондрального окостенения (вторичные центры окостенения). В связи с продолжающимся ростом соседних неизменных дистальных отделов диафиза хондроциты на границе эпифиза и диафиза собираются в продольные колонки. Таким образом, в колонке хондроцитов имеются два противоположно направленных процесса — размножение и рост в дистальных отделах диафиза и дистрофические процессы в его проксимальном отделе.

Одновременно между набухшими клетками происходит отложение минеральных солей, обуславливающее появление резкой базофилии и хрупкости хряща. С момента разрастания

сосудистой сети и появления остеобластов надхрящница перестраивается, превращаясь в надкостницу. В дальнейшем кровеносные сосуды с окружающей их мезенхимой, остеогенными клетками и остеокластами вырастают через отверстия костной манжетки и входят в соприкосновение с обызвествленным хрящом. Под влиянием ферментов, выделяемых остеокластами, происходит растворение (хондролит) обызвещенного межклеточного вещества. Диафизарный хрящ разрушается, в нем возникают удлиненные пространства, в которых «поселяются» остециты, образующие на поверхности оставшихся участков обызвещенного хряща костную ткань.

Процесс отложения кости внутри хрящевого зачатка получил название эндохондрального, или энхондрального, окостенения (греч. endon — внутри). Одновременно с процессом развития энхондральной кости появляются и признаки ее разрушения остеокластами. Вследствие разрушения энхондральной костной ткани образуются еще большие полости и пространства (полости резорбции) и, наконец, возникает костномозговая полость. Из проникшей сюда мезенхимы образуется строма костного мозга, в которой поселяются стволовые клетки крови и соединительной ткани. В это же время по периферии диафиза со стороны надкостницы нарастают все новые и новые перекладины костной ткани, образующейся из надкостницы.

Разрастаясь в длину по направлению к эпифизам и увеличиваясь в толщину, они образуют плотный (компактный) слой кости. Дальнейшая организация периостальной кости протекает иначе, чем организация энхондральной костной ткани. Вокруг сосудов, которые идут по длинной оси зачатка кости из прилегающей к ним мезенхимы, на месте разрушающейся ретикулофиброзной кости начинают образовываться концентрические пластинки, состоящие из параллельно ориентированных тонких коллагеновых волокон и цементирующего межклеточного вещества. Так возникают первичные остеоны. Просвет их широк, границы пластинок нерезко контурированы. Вслед за появлением первой генерации остеонов со стороны периоста начинается развитие общих (генеральных) пластинок, окружающих кость в области диафиза.

Вслед за диафизом центры окостенения появляются в эпифизах. Этому предшествуют сначала дифференцировка хондроцитов, их гипертрофия, сменяемая ухудшением питания, дистрофией и кальцинацией. В дальнейшем отмечается процесс окостенения, подобный описанному выше. Оссификация сопровождается вращением в эпифизы сосудов. В промежуточной области между диафизом и эпифизами сохраняется хрящевая ткань — метафизарный хрящ, являющийся зоной роста костей в длину.

С момента разрастания сосудистой сети и появления остеобластов надхрящница превращается в надкостницу. Диафизарный хрящ разрушается, в нем возникают удлиненные пространства, в которых «поселяются» остециты, образующие на поверхности оставшихся участков обызвещенного хряща костную ткань.

Возрастные изменения. Соединительные ткани с возрастом претерпевают изменения в строении, количестве и химическом составе, увеличиваются общая масса соединительнотканых образований, рост костного скелета. Во многих разновидностях соединительнотканых структур изменяется соотношение типов коллагена, гликозаминогликанов; в частности, в них становится больше сульфатированных соединений.

Компрессионно-дистракционный остеосинтез в челюстно-лицевой хирургии

В настоящее время метод широко используется в челюстно-лицевой хирургии для устранения различных деформаций лица, связанных с недоразвитием и дефектами костей черепа.

С помощью компрессионно-дистракционных аппаратов соединяются костные фрагменты, полученные после остеотомии. Компрессия и дистракция выполняется при сохранении функции, что обеспечивает активные процессы остеогенеза, гистогенеза и ангиогенеза.

Применение КДО по сравнению с другими методами лечения имеет достаточно весомые преимущества: отсутствие осложнений, присущих методам костной пластики; восстановление симметрии лица достигается исключительно местными тканями; мягкие ткани постепенно адаптируются к новой форме костного скелета, что значительно снижает риск рецидива; значительно меньше травматичность операции и её длительность; меньше процент послеоперационных осложнений; в большинстве случаев достигается стойкий положительный функциональный и косметический результат.

Погружной остеосинтез — это оперативное введение фиксатора кости непосредственно в зону перелома. В зависимости от расположения фиксатора по отношению к кости данный метод бывает внутрикостным (интрамедуллярным), накостным и чрескостным. Для внутрикостного остеосинтеза используют различные виды стержней (гвозди, штифты), для накостного — различные пластинки с винтами, шурупами, для чрескостного — винты, спицы. Нередко возможно сочетание этих видов остеосинтеза.

Внутрикостный остеосинтез может быть закрытым и открытым. При закрытом после сопоставления отломков по проводнику через небольшой разрез вдали от места перелома вводят под рентген-контролем фиксатор. При открытом зону перелома обнажают, отломки репозируют и в костный канал сломанной кости вводят фиксатор.

Накостный остеосинтез производят с помощью фиксаторов-пластин различной толщины и формы, соединяемые с костью при помощи шурупов и винтов. Иногда при накостном остеосинтезе в качестве фиксаторов возможно применение металлической проволоки, лент, колец и полуколец, крайне редко — мягкий шовный материал (лавсан, шелк).

Чрескостный остеосинтез. При чрескостном остеосинтезе фиксаторы проводятся в поперечном или косопоперечном направлении через стенки костной трубки в зоне перелома.

Показания. Абсолютные показания:

переломы, не срастающиеся без оперативного вмешательства; переломы, при которых есть риск повреждения костными отломками кожи, мышц, сосудов, нервов и т. д.; неправильно сросшиеся переломы.

Относительные показания:

медленносрастающиеся переломы; вторичное смещение отломков; невозможность закрытой репозиции отломков; коррекция плоскостопия; вальгусная деформация

Противопоказания

открытые переломы с обширной зоной повреждения; резкое загрязнение мягких тканей; занесение инфекции в зону перелома; общее тяжелое состояние; наличие тяжелой сопутствующей патологии внутренних органов; выраженный остеопороз; декомпенсированная сосудистая патология конечностей; заболевания нервной системы, сопровождающиеся судорогами

Интерактивный метод:

Слабое звено.

Основная и дополнительная литература и источники информации.

Основная литература

1. Жилонов А.А., Нормаммадов Б.Т. Юз-жағ жарроҳлиги. Дарслик-Тошкент. ТТА босмахонаси 2018 йил.

Дополнительная литература

1. Азимов М.И. Юзнинг ривожланиши ва аномалиялари. Ўқув қўлланма.- Тошкент. Илм зиё, 2018 йил.
2. Давид А. Митчел. Ан инбтродустион то орал анд махиллофасиал сургери. Текстбоок. Сесонд едитион, 2015 й
3. Козлов Б.А., Каган И.И. Оперативная челюстно - лицевая хирургия и стоматология. Учебное пособие. Москва. ГЕОТАР – медиа 2014 г
4. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. Москва. Медицинская книга 2014 г.
5. Персин Л.С, Сахаров М.Н. Стоматология. Нейростоматология. Дисфункция зубочелюстной системы. Учебное пособие. Москва. ГЕОТАР. Медиа-2013 г.
6. Евтухов В.Л. Современный инструментарий в ЧЛХ. Учебно методическое пособие. Минск. БГМУ.2011 г
7. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. Учебник- Киев. Медисина 2010г
8. Афанасьев В.В. Травматология ЧЛЮ. Руководство- Москва ГЕОТАР-Медиа.2010 г
9. Тимофеев А.А. Хирургическая стоматология. Учебник- Киев. Медицина 2010 г

Практическое занятие № 32

ИМПЛАНТАЦИЯ ПОЛИМЕРНЫХ КОМПОЗИТОВ.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|--|---|
| | Преподаватель | |
| <p>1-этап</p> <p>Введение в учебное занятие 10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают</p> <p>Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| <p>2- этап</p> <p>Основная часть</p> | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> |

| | | |
|----------------|---|---|
| 25- минут | обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради. | Задают поясняющие вопросы |
| 15- минут | 2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3) | Обсуждают материалы игры Задают вопросы |
| 15- минут | 2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её. | Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему. |
| 5- минут | 2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”. | Слушают |
| 10- минут | 2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2) | Решают тесты. |
| 50- минут | 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). | Курируют больных |
| 40- минут | | |
| 20- минут | Перемена | |
| 3- этап | | Слушают |
| Заключительный | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Задают вопросы |
| 40- минут | | Слушают |
| 10- минут | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают и сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Записывают задания. |
| | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы:

1. Понятие композитов.
2. Физические свойства композитов.
3. Применение композитов в ЧЛО.

Композитом называется комбинация материалов, в которой каждый компонент сохраняет свои индивидуальные физические свойства. Или, что более важно, композит — это материал, состоящий из нескольких фаз, имеющих улучшенные свойства по

сравнению со свойствами каждой из фаз в отдельности. В композитах, состоящих из двух компонентов, выделяют две фазы — матрицу и наполнитель, при этом, матрица является тем компонентом, который связывает между собой частицы наполнителя. Прекрасными примерами природных композитов являются эмаль и дентин: они состоят из органической матрицы (коллагена, протеинов, воды) и неорганического наполнителя (гидроксилapatита). У наполненных композитов (с порошкообразными частицами наполнителя) матрица может быть как термопластичным, так и термореактивным полимером. Частицы наполнителя могут быть введены в состав такого композита лишь для снижения его себестоимости, или выполнять какую-то особую роль, например, для придания окраски бесцветному полимеру. Однако чаще, их используют для повышения механической прочности полимерных материалов. Например, включение стекла в состав полимера увеличивает жесткость материала, а в некоторых случаях повышает его механическую прочность. Текучесть эластомерных оттискных материалов можно регулировать путем введения определенных количеств наполнителя. Форма и распределение частиц наполнителя играют немаловажную роль в модификации (изменении) свойств полимерных материалов. В полимер можно вводить не только частицы наполнителя, но и волокна или усы (монокристаллические образования). Введение волокон в полимерную матрицу может оказать серьезное влияние на свойства конечного композита. Продуманное армирование полимерной матрицы волокнами приводит к значительному увеличению прочности и жесткости материала, и, в то же самое время, позволяет сохранить его низкий вес. Усы — это очень тонкие кристаллы, обладающие предельно высоким соотношением между своей длиной и диаметром. Примером усов являются кристаллы фторканазита. Волокна могут быть короткими или длинными, их можно распределить в полимерной матрице самыми разными способами в зависимости от тех свойств, которые требуется получить. Примерами полимеров, армированных тканями или сетчатыми материалами, являются слоистые пластики, материалы, составленные из листов, уложенных один на другой, каждый из которых состоит из расположенных в определенном направлении волокон. Структура армированных слоистых пластиков; тонкие листы армирующих волокон с разным направлением, уложенные друг на друга например, текстолиты или стеклопластики), обладают высокой прочностью в разных направлениях. В стоматологии чаще всего применяются порошкообразные наполнители. Двумя самыми важными областями использования порошкообразных наполнителей являются оттискные материалы и композиты на полимерной основе для пломбирования или реставрации зубов. Интерес к применению композитов растет, не только в качестве пломбировочных материалов, но и для изготовления полимерных мостовидных протезов, армированных стекловолокном, а также, эндодонтических культевых вкладок. Клиническое значение. Полимеры - группа материалов многоцелевого назначения. При комнатной температуре они могут быть жидкими и твердыми, хрупкими или эластичными в зависимости от своего химического состава и строения.

МЕХАНИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА. При попытке с одинаковым усилием растянуть стальную проволоку или резиновую ленту, можно заметить, что реакция материалов на натяжение будет разной. Стальная проволока не удлинится, в то время как длина резиновой ленты может удвоиться. Следовательно, на приложение одинаковой нагрузки разные материалы реагируют по-разному. Можно изготовить определенной формы предмет и определить его реакцию на приложение внешней нагрузки, однако собранные данные будут относиться только к этому предмету, и на их основании нельзя предсказать поведение других предметов, изготовленных из того же материала, но имеющих другую форму. Как же оценить поведение материалов, используемых для разных целей? Очевидно, что здесь необходим объективный стандарт, который позволит сравнивать разные материалы, независимо от их размера и формы. При наличии такого стандарта представится возможность сравнивать свойства разных материалов, и предсказывать

поведение изготовленных из них объектов. Основой для таких объективных стандартов являются показатели, называемые напряжением и деформацией.

МЕХАНИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

НАПРЯЖЕНИЕ И ДЕФОРМАЦИЯ. Для того, чтобы представить себе наглядно напряжение и деформацию, следует рассмотреть натяжение стержня, изготовленного из конкретного материала. Предположим, что на стержень будет действовать сила растяжения, или растягивающая нагрузка. Под воздействием этой нагрузки стержень растянется. Понятно, что если нагрузка будет слишком высокой, то стержень может разрушиться (то есть, разорваться или деформироваться). Нагрузка, при которой произойдет разрушение стержня, является мерой прочности стержня, однако не любого, а того, который имеет определенный размер и изготовлен из конкретного материала. Нагрузка, воздействие которой стержень может выдержать без разрушения, возрастет при увеличении диаметра стержня, и понизится при уменьшении его диаметра. Длина, на которую вытянется стержень к моменту разрушения, зависит от начальной длины стержня: чем длиннее стержень до начала испытания, тем больше он вытянется. Таким образом, сила и удлинение не являются идеальными способами оценки механических свойств материала. Для того, чтобы преодолеть зависимость результата испытания от размеров испытываемого стержня, были введены такие характеристические параметры, как напряжение. Образец материала в виде стержня растягивается в направлении продольной оси s , и деформация e , и им даются следующие определения: Напряжение — это сила, действующая на единицу площади поперечного сечения материала. Деформация — это изменение размера единицы длины, вызванное приложением силы. Таким образом, если мы будем растягивать стержень, то есть, приложим к нему силу F вдоль его длины, то напряжение σ может быть описано формулой: $\sigma = F/A$, где A — площадь поперечного сечения стержня. Единицами измерения напряжения являются ньютон на кв. метр = Н/м^2 = Паскаль = Па. В то же самое время, при воздействии на стержень силы F , длина стержня изменится от исходной длины до длины растянутого стержня. Возникшую в результате этого деформацию (относительную) можно описать формулой: $e = (L - L_0)/L_0$. Этот параметр будет безразмерным, поскольку при его подсчете длину делят на длину. Существует возможность практически для любого материала измерить растяжение стержня под действием сил разной величины, и построить кривую зависимости относительной деформации от напряжения. Имея такую информацию, можно предсказать величину растяжения в зависимости от приложенной силы (нагрузки) для стержней любой длины и с любой площадью поперечного сечения. Более того, можно сравнить реакцию разных материалов на приложение одинаковых по величине растягивающих нагрузок. Напряжение и деформация не являются свойствами материала, но они позволяют определить ряд механических свойств, которые без этих характеристических параметров невозможно было бы оценить. Три основных вида напряжений: (а) растяжения; (б) сжатия; (в) сдвига нагрузки, действующей вдоль длины стержня), однако на практике направление действия нагрузки может быть любым, и в большинстве случаев на объект будет воздействовать не одна, а несколько разных по величине нагрузок. Эти нагрузки вызывают возникновение сложных напряжений в образце. Существует три принципиально разных типа напряжений: растяжения, сжатия и сдвига. Клиническое значение. Нагрузка на восстановленный зуб передается через пломбу, что приводит к появлению в восстановительном материале напряжений и деформаций. Если величины этих напряжений и деформаций превышают предельные значения, которые может выдержать данный материал, то в результате может произойти его разрушение.

Предел текучести и условный предел текучести Напряжение, при котором начинается пластическая деформация, называется пределом текучести. Практически, эту точку трудно найти, поскольку в данном случае наблюдается скорее постепенный

переход, чем быстрое изменение наклона кривой напряжение — деформация. В качестве меры наступления состояния пластической деформации используют понятие условный предел текучести. Условным пределом текучести называется напряжение, которому соответствует остаточная деформация, равная 0,2%. Клиническое значение. Если в какой-либо точке металлической реставрации (например, мостовидного зубного протеза из трех единиц), напряжение растяжения превысит предел текучести, то произойдет необратимая деформация зубного протеза.

Пластичность Величина пластической деформации образца при его разрушении, называется пластичностью материала. Пластичность определяют путем проведения от точки разрушения линии, параллельной прямолинейному участку диаграммы растяжение-деформация. Значение по оси деформации от нулевой точки до точки, в которой эта линия пересечет ось деформации, и будет мерой вязкости материала. Часто ее используют для обозначения процентного удлинения материала.

Интерактивный метод:

Диаграмма Венна

Основная и дополнительная литература и источники информации.

Основная литература

2. Жилонов А.А., Нормакмадов Б.Т. Юз-жағ жарроҳлиги. Дарслик-Тошкент. ТТА босмахонаси 2018 йил.

Дополнительная литература

10. Азимов М.И. Юзнинг ривожланиши ва аномалиялари. Ўқув қўлланма.- Тошкент. Илм зиё, 2018 йил.
11. Давид А. Митчел. Ан интродустион то орал анд махиллофасиал сургери. Текстбоок. Сесонд едитион, 2015 й
12. Козлов Б.А., Каган И.И. Оперативная челюстно - лицевая хирургия и стоматология. Учебное пособие. Москва. ГЕОТАР – медиа 2014 г
13. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. Москва. Медицинская книга 2014 г.
14. Персин Л.С, Сахаров М.Н. Стоматология. Нейростоматология. Дисфункция зубочелюстной системы. Учебное пособие. Москва. ГЕОТАР. Медиа-2013 г.
15. Евтухов В.Л. Современный инструментарий в ЧЛХ. Учебно методическое пособие. Минск. БГМУ.2011 г
16. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. Учебник- Киев. Медисина 2010г
17. Афанасьев В.В. Травматология ЧЛЮ. Руководство- Москва ГЕОТАР-Медиа.2010 г
18. Тимофеев А.А. Хирургическая стоматология. Учебник- Киев. Медицина 2010 г

Практическое занятие № 33

СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ИНЖЕНЕРИИ ТКАНЕЙ И ПРИМЕНЕНИЕ ЕЁ В КОСТНОЙ ПЛАСТИКЕ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|----------------------------------|---------------|-------------|
| | Преподаватель | |
| | | |

| | | |
|---|--|--|
| <p>1-этап</p> <p>Введение в учебное занятие</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| <p>2- этап</p> <p>Основная часть</p> <p>25- минут</p> <p>15- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> <p>10- минут</p> <p>50- минут</p> <p>40- минут</p> <p>20- минут</p> <p>3- этап</p> <p>Заключительный</p> <p>40- минут</p> | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие).</p> <p>Перемена</p> <p>2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов)</p> <p>3.1. Заключение. Проводится заключение по</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> <p>Слушают</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Слушают</p> <p>Слушают сами</p> |

| | | |
|-----------|---|---------------------|
| 10- минут | теме. | себя оценивают |
| 10- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | Записывают задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы:

1. Понятие инженерии тканей.
2. Применение инженерии тканей в хирургической стоматологии.
3. Использование стволовых клеток.

Развитие новых медицинских технологий позволяет использовать достижения материаловедения, биохимии, молекулярной биологии и генной инженерии при создании новых комбинированных синтетических материалов для костной пластики. Модификация их объёмной структуры, приближающая их строение к костной ткани, включение в состав цитокинов: факторов роста и морфогенов, позволяет наделять синтетические материалы, кроме остеокондуктивных, остеоиндуктивными свойствами. Это также позволяет контролировать скорость биодеградации, приближая её к кинетике остеогенеза.

Синтетические резорбируемые материалы были предназначены в качестве недорогой замены естественному гидроксиапатиту (ГАП). К синтетическим имплантационным материалам относят: различные виды кальций-фосфатной керамики: трикальцийфосфат (Vitlokit, Ceramit), биостекло (PerioGlass, BioGran), гидроксиапатит (ГАП) и его композиции с коллагеном, сульфатированными гликозаминогликанами-кератан и хондроитин-сульфатом (Биоимплантат), а также с сульфатом (Haspet) и с фосфатом кальция. В настоящее время на основе ГАП создано множество различных форм в виде пористых наноструктурированных кальций-фосфатных керамик, костных цементов, биогибридных и биокompозитных соединений.

Синтетические материалы на основе искусственного ГАП по ряду характеристик превосходят ГАП животного происхождения. Они исключают возможность переноса инфекционных заболеваний, позволяют регулировать скорость резорбции за счет особенностей синтеза, различных замещений фосфатных и гидроксильных групп в структуре апатита. Это характеризует синтетический ГАП как перспективный остеопластический материал для использования во всех областях костно-пластической хирургии. Синтетические препараты различаются по степени диссоциации и рассасыванию, которые в большей степени связаны с количеством образуемой межклеточной жидкости и деятельности остеокластов. К материалам с низкой степенью диссоциации и резорбции можно отнести некоторые препараты синтетического гранулированного гидроксиапатита, биостекла и биоситалла..

Из резорбируемых, растворимых и имеющих высокую степень диссоциации, а, следовательно, и высокую степень метаболической активности, материалов можно назвать трикальций-фосфат и сульфат кальция. Кальций-фосфатные материалы (трикальций-фосфат) относятся к биоактивным материалам, способствующим

образованию на их поверхности новообразованной кости и формированию с последней прочных химических связей. Эти биоматериалы способствуют прикреплению, пролиферации, миграции и фенотипической экспрессии костных клеток, что приводит к аппозиционному росту кости на поверхности имплантата. Так же они способны адсорбировать протеины стимулирующие функцию остеокластов и остеобластов и ингибирующие функцию конкурирующих клеток, в частности фибробластов, ответственных за формирование соединительной ткани.

Несмотря на указанные положительные биологические свойства, недостатком большинства кальций-фосфатных материалов является слабая механическая прочность, медленная резорбция в тканях организма.

Керамические материалы. Синтетический ГАП используется в виде непористой (нерезорбируемой) и пористой (резорбируемой) керамики. Непористая керамика (Osteograph/LD, PermaRidg, Calcitte, Interpore 200, Durapatite) в течение длительного времени в организме как бы «замуровывается костью». Непосредственно в области занятой материалом остеогенеза не происходит.

Пористая ГАП керамика (Osteograph/LD, РНА Interpore 200, Алгипор) является остеокондуктором, то есть проводником регенерата, который прорастает имплантат. Одной из применяемой форм пористой керамики является ее гранулят. В основе биологических эффектов при имплантации гранулята высокотемпературной керамики (Osteograph/LD, OsteoGen, Гидроксиапол) в костные дефекты лежит прорастание соединительной ткани, и в ее составе остеогенных элементов, в межгранулярные пространства. Это послужило основанием для использования данного материала в качестве покрытия эндопротезов, конструкций для остеосинтеза, дентальных имплантатов. Наиболее интенсивно процесс протекает преимущественно у поверхности конгломератов частиц ГАП вблизи источников остеогенного роста (стенки костного дефекта).

Наноразмерный ГАП. В костной ткани ГАП присутствует в виде наноразмерных кристаллов, поэтому следующим этапом развития материалов на основе ФК и ГАП стало создание нанокристаллов. Нанокристаллы ФК обладают двумя важнейшими для физиологии костной ткани качествами: они находятся в динамическом равновесии с биологическим окружением в цикле ремоделирования (резорбции/минерализации) и проявляют высокий уровень механических свойств. Нанокристаллический ГАП (нано-ГАП) обладает повышенной способностью адсорбировать белки, необходимые для жизнедеятельности клеток, а также избирательностью по отношению к функциям клеток, образующих костную и фиброзную ткани. В работе на модели гетеротопической имплантации нано-гидроксиапатита показано, что некоторые кальций-фосфатные материалы обладают остеоиндуктивными свойствами, которые в значительной степени определяются геометрической характеристикой материала.

Проведенные ранее доклинические испытания показали, что наноструктурный ГА (нано-ГА), полученный при температурах до 60 °С, обладает существенно большей способностью стимулировать репаративный остеогенез по сравнению с поликристаллическим (высокотемпературным) аналогом. Нанокристаллы биологического ГА придают кости твердость и жесткость, в то время как волокна коллагена обеспечивают эластичность и высокую трещиностойкость, а также необходимую скорость резорбции и обновления костной ткани.

Комбинированные синтетические материалы. Использование в клинической практике мелкодисперстных форм материала неудобно. Поэтому создаются

комбинированные формы, состоящие из полимерной матрицы (на основе полилактида, полиоксибутирата, полигликолевой кислоты и их комбинаций) и нано-гидроксиапатита как наполнителя. Появление композитов из синтетического ГАП в форме порошков, гранул и гелей в сочетании с полисахаридами хитозаном, альгинатом, гиалуроновой кислотой, белком коллагеном, пептидами, эмбриональными стволовыми клетками, лекарственными и другими препаратами расширило возможности восстановления патологически измененных минерализованных тканей.

Костные морфогенетические белки (ВМР) являются истинными остеоиндукторами и способны вызывать образование эктопической костной ткани. Сочетание ВМР с биоматериалами, которые могут доставлять белок, продемонстрировали максимальный терапевтический эффект ВМР. Гидроксиапатит с его osteoconductive свойствами является наилучшим носителем для ВМР. Как показали исследования Rohanizadeh, лучшим способом их сочетания, является включение ВМР в состав гидроксиапатита. Показано, что кальций-фосфатная паста (α -BSM; ETEX, Cambridge, MA) в сочетании с rhBMP-2 ускоряет заживление костной ткани и приводит к восстановлению механических свойств, эквивалентных нормальной кости. В экспериментальной модели, на малоберцовой кости приматов, при остеотомии, применение пасты rhBMP-2/ α -BSM ускоряло заживление кости примерно на 40 %.

CAD/CAM технологии активно используются в стоматологии для изготовления вкладок, виниров, коронок и мостовидных коронок при восстановлении зубов. Для возмещения костных дефектов челюстей и лицевых костей сложной формы, компьютерное моделирование и изготовление имплантатов является перспективной технологией.

В экспериментальной работе на животных продемонстрированы интересные результаты по восстановлению костных дефектов альвеолярного отростка ВЧ с использованием керамических имплантов, изготовленных методом объемной печати. Имплантаты имели равномерную микроархитектонику с величиной пор 120 ± 20 μ m и по форме полностью соответствовали сформированному дефектам. Остеоиндуктивные свойства были обусловлены введением в состав имплантата ВМР-2. Полученные в работе данные показывают, что керамические материалы на основе ГАП, изготовленные методами объемного прототипирования в комбинации с морфогенетическими белками, имеют реальные возможности применения для костной тканевой инженерии, с основным преимуществом - полностью настраиваемой 3D-структурой и формой.

Таким образом, анализ доступной литературы позволяет сделать вывод, что разработка новых костнопластических материалов преследует 2 основные цели - оптимизация регенерации костной ткани и восстановление костных дефектов. Очевидно, что в перспективе для восстановления костных дефектов методами 3D прототипирования, будут создаваться индивидуальные искусственные керамические имплантаты на основе ГАП, содержащие комбинацию факторов роста и морфогенов, например, ВМР и VEGF. Возможно, именно такой подход позволит эффективно осуществлять биоинженерию костной ткани в различных клинических ситуациях

Интерактивный метод:

Круглый стол

Основная и дополнительная литература и источники информации.

Основная литература

3. Жилонов А.А., Нормаммадов Б.Т. Юз-жағ жаррохлиги. Дарслик-Тошкент. ТТА босмахонаси 2018 йил.

4.

Дополнительная литература

19. Азимов М.И. Юзнинг ривожланиши ва аномалиялари. Ўқув қўлланма.- Тошкент. Илм зиё, 2018 йил.
20. Давид А. Митчел. Ан инбтродустион то орал анд махиллофасиал сургери. Тeхтбуок. Сесонд едитион, 2015 й
21. Козлов Б.А., Каган И.И. Оперативная челюстно - лицевая хирургия и стоматология. Учебное пособие. Москва. ГЕОТАР – медиа 2014 г
22. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. Москва. Медицинская книга 2014 г.
23. Персин Л.С, Сахаров М.Н. Стоматология. Нейростоматология. Дисфункция зубочелюстной системы. Учебное пособие. Москва. ГЕОТАР. Медиа-2013 г.
24. Евтухов В.Л. Современный инструментарий в ЧЛХ. Учебно методическое пособие. Минск. БГМУ.2011 г
25. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. Учебник- Киев. Медисина 2010г
26. Афанасьев В.В. Травматология ЧЛЮ. Руководство- Москва ГЕОТАР-Медиа.2010 г
27. Тимофеев А.А. Хирургическая стоматология. Учебник- Киев. Медицина 2010 г

Практическое занятие № 34

НЕВРИТ И НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА.

Технологическая карта практического занятия.

| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
|---|--|----------------------|
| | Преподаватель | |
| 1-этап | | |
| Введение в учебное занятие 10- минут | 1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия. | Слушают и записывают |
| 10- минут | 1.2. Дать список литературы (приложение №1) | Слушают и записывают |
| 15- минут | 1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия. | Отвечают на вопросы |
| 5- минут | 1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2) | Слушают |

| | | |
|----------------|---|---|
| 2- этап | 2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради. | Отвечают на вопросы и обсуждают их |
| Основная часть | | |
| 25- минут | | Задают поясняющие вопросы |
| 15- минут | 2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3) | Обсуждают материалы игры Задают вопросы |
| 15- минут | 2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её. | Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему. |
| 5- минут | 2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”. | Слушают |
| 10- минут | 2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2) | Решают тесты. |
| 50- минут | 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). | Курируют больных |
| 40- минут | | |
| 20- минут | Перемена | Слушают |
| 3- этап | 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) | Задают вопросы |
| Заключительный | | |
| 40- минут | | Слушают |
| 10- минут | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. | Слушают и сами себя оценивают |
| 10- минут | 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) | Записывают задания. |
| | 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

6. Анатомическое строение тройничного нерва.
7. Симптоматическая невралгия - ее причины и лечение.
8. Идиопатическая невралгия - этиопатогенез и медикаментозное лечение
9. Невриты тройничного нерва.

Содержание занятия

Теоретическая часть

В практике хирургической стоматологии часто наблюдаются те или иные проявления поражений нервной системы в области лица и челюстей, чаще всего — в болевых синдромах. Существует ряд классификаций, систематизирующих болевые синдромы, в том числе лицевые боли. Все они в целом соответствуют принятой в 1988 г. Международной классификации лицевой, головной боли и черепных невралгий. Вместе с тем М.Н. Пузин, придерживаясь этой классификации, считает необходимым выделять нейростоматологические заболевания и синдромы (соматические, вегетативные и вегетативно-сосудистые формы, синдром болевой дисфункции) височно-нижнечелюстного сустава (миофасциальный болевой синдром лица), судороги и гиперкинезы лица. Среди различных по этиологии и патогенезу лицевых болей В.А. Карлов и О.Н. Савицкая (1990) различают две группы прозопалгий - соматогенные и неврогенные. Соматогенные лицевые боли связаны с заболеваниями зубов, слизистых оболочек полости рта, ЛОР-органов, глаз, а также могут быть отраженными при заболеваниях внутренних органов. Неврогенные лицевые боли бывают типичными и атипичными прозопалгиями.

Типичные прозопалгии наблюдаются в виде пароксизмальных невралгий черепных нервов — тройничного, языкоглоточного, верхнегортанного. Атипичные прозопалгии проявляются в виде симпаталгии, вегетативно-сосудистых поражений при краниальной невралгии, интракраниальных процессах, заболеваниях ЦНС.

При диагностике заболеваний, связанных с болевыми синдромами, большое значение имеют психологическое обследование и изучение личности пациента. Изучение преморбидных факторов, личностного восприятия болезни, социальной адаптации пациента, а также особенностей вегетативной иннервации лица способствует распознаванию неврологических заболеваний лица и дифференциальной диагностике сходных с ними болезней. Наблюдаются также такие неврологические синдромы, как невралгический, невралгический, полиневритический и другие синдромы стволового, надствольного уровня.

В стоматологической практике чаще всего приходится лечить типичные прозопалгии — пароксизмальные невралгии тройничного, языкоглоточного и других нервов, невриты и повреждения нервов, выражающиеся в потере проводимости и приводящие к парезам и параличам мимической мускулатуры. Лечат такие поражения различными способами, в том числе хирургическими.

Наиболее часто встречаются поражения тройничного и лицевого нервов. Тройничный нерв смешанный: его двигательная часть иннервирует всю жевательную мускулатуру, а чувствительная обеспечивает болевую, тактильную и другую чувствительность лица и полости рта. Периферические ветви этих двух частей складываются в три основных ствола, или ветви. Первая ветвь тройничного нерва (глазной нерв) поражается преимущественно при вирусных инфекциях, в том числе при герпесе, когда развивается так называемая постгерпетическая невралгия. Вторая ветвь тройничного нерва — верхнечелюстной нерв — делится на периферические ветви, из которых наиболее важен подглазничный нерв. Третья ветвь тройничного нерва является смешанной и включает чувствительные и двигательные волокна. Для функции тройничного нерва большое значение имеет его кровоснабжение. Оно осуществляется от ветвей как внутренней сонной, так и внутренней и средней оболочных артерий. В.А. Карлов (1995) указывает, что поражение тройничного нерва проявляется сужением костных каналов и компрессией нерва. М.Н. Пузин (1996) связывает развитие прозопалгий с сосудистыми нарушениями системы нерва. По его мнению, именно нарушением трофики при атеросклерозе, гипертонической болезни объясняется развитие болевых синдромов у больных старшей возрастной группы.

Невралгия тройничного нерва — наиболее частый болевой синдром в стоматологии. Под невралгией понимают расстройство чувствительности, которое выражается в приступообразных болях в зоне иннервации соответствующего нерва.

Сущностью невралгии тройничного нерва (тригеминальная невралгия) является нарушение функций афферентных аниальных и вегетативных волокон. Возникающая при этом в каком-либо звене тригеминальной системы ирритация порождает болевые импульсы. Поток этих импульсов распространяется как в диэнцефальную область (гипоталамус), так и в чувствительные ядра коры головного мозга. Болевое ощущение формируется в коре головного мозга. В ответ на болевое раздражение в ЦНС происходят изменения. Вначале болевое ощущение, пока оно не стало длительным, вызывает в организме малозаметные сдвиги. Не прекращаясь и становясь длительным (хроническим), болевой синдром при невралгии тройничного нерва создает в коре головного мозга стойкий очаг возбуждения, оживление которого происходит при любых добавочных раздражениях.

Этиология и патогенез. Единой точки зрения на природу невралгии тройничного нерва нет. Различают две формы тригеминальной невралгии: идиопатическую (эссенциальную), или первичную, и симптоматическую, или вторичную. При последней боли являются лишь симптомом патологических процессов, протекающих в самом нерве или близлежащих тканях и органах. Согласно данным В.А. Карлова и О.Н. Савицкой (1990), первично периферический генез заболевания связан с компрессионным фактором. Как отмечают эти авторы, тригеминальная невралгия чаще развивается при компрессии корешка нерва, возникающей вследствие врожденного или приобретенного сужения подглазничного канала и нарушений кровоснабжения. Причинами ее могут быть также сращение твердой мозговой оболочки в области тройничного узла, нарушение циркуляции желудочковой жидкости головного мозга в результате арахноидита, молекулярные и коллоидные изменения в нервном волокне, изменения жевательного аппарата, приводящие к нарушению прикуса. Большое значение в развитии невралгии имеют предшествовавшие одонтогенные и риногенные хронические воспалительные заболевания, аллергическая воспалительная реакция в ветвях нерва в результате инфекции или переохлаждения лица. У лиц пожилого возраста невралгия может быть связана с изменениями сосудов, питающих как экстра-, так и интракраниальные отделы тройничного нерва.

Клиническая картина. Невралгия тройничного нерва представляет собой хроническое заболевание, сопровождающееся резкими приступообразными болями длительностью от нескольких секунд до 1 мин. Во время приступа больной «замирает» с гримасой страха, боли, иногда отмечаются подергивания мимических мышц (болевой тик). Боли обычно ограничены зоной иннервации одной из пораженных ветвей нерва. Интенсивность их различна. Со временем они становятся сверлящими, режущими, жгучими, бьющими, как электрическим током. Без лечения приступы болей становятся частыми и жестокими. В начале заболевания или под влиянием лечения ремиссии между болевыми приступами бывают продолжительными. Приступ болей возникает как спонтанно, так и в результате каких-либо раздражений: движения, изменения температуры окружающей среды, прикосновения к аллогенным, или триггерным (курковым), зонам. Эти зоны представляют собой небольшие участки слизистой оболочки или кожи, как правило, в зоне иннервации, соответствующей пораженной ветви нерва: при поражении первой ветви — в подбровной области внутреннего угла глаза, спинки носа, второй ветви — в области носогубной складки, крыла носа, верхней губы, слизистой оболочки верхнего свода преддверия рта, иногда малых коренных зубов, третьей ветви — в области подбородка, нижней губы, слизистой оболочки нижнего свода преддверия рта. При длительном течении болезни отмечается гиперестезия, у пациентов, леченных алкоголизацией, — гиперестезия или анестезия.

При сильном надавливании на пораженную ветвь нерва приступ болей прекращается, иногда резко. Обычно определяется точная локализация болей, но иногда они могут не соответствовать топографии нерва, становятся разлитыми. Часто боли иррадиируют в интактные зубы, из-за чего в стоматологической практике иногда принимаются неверные решения и необоснованно удаляют здоровые зубы. В некоторых случаях приступы болей сопровождаются вегетативными симптомами: на пораженной стороне лица выступает пот, наблюдаются покраснение (реже побледнение) кожи, расширение зрачка, отечность, слезотечение, усиливаются выделение слюны и носового секрета. М.Н. Пузин (1996) считает целесообразным оценивать частоту болевых приступов ветвей тройничного нерва по трем признакам: 1) приступы возникают самопроизвольно под влиянием триггерных факторов; 2) приступы появляются в покое под влиянием триггерных факторов; 3) одиночные болевые приступы (до 3 раз в сутки) вызываются триггерными факторами. Этот автор использует классификационный термин «типическая невралгия тройничного нерва» и выделяет сторону поражения, различные сегменты лица, фазу заболевания, характер болевого синдрома. С учетом перечисленных факторов строится диагностика и дифференциальная диагностика.

Диагностика. Для того чтобы судить о поражении той или иной ветви тройничного нерва, определяют курковые зоны и зоны извращения или нарушения чувствительности на коже и слизистой оболочке полости рта. Методом расспроса и обследования устанавливают локализацию поражения, стадию (I, II и III) и период (ремиссия, обострение его). Следует дифференцировать тригеминальную невралгию от поражений языкоглоточного и верхнелобных нервов, что устанавливается локализацией болевых ощущений, в частности в курковых зонах. Проводят рентгенологические исследования, в том числе компьютерную томографию. Они позволяют установить сужение канала или отверстия на стороне болевых пароксизмов. Кроме того, при компьютерной томографии оценивают патологию в области мозга. В специализированных клиниках и центрах проводят контрастную рентгенографию сосудов вертебробазиллярного бассейна, при которой можно выявить анатомические и функциональные изменения сосудов, находящихся вблизи тройничного корешка и далее по ходу ствола и его ветвей [Григорян Ю.А., 1990]. М.Н. Пузин (1996) установил смещение каудальной петли верхней мозжечковой артерии на стороне неврологического синдрома, что он связывает с сосудистой компрессией входной зоны корешка тройничного нерва. Применяют электрофизиологические методы исследования: электрометрию — измерение порогов тактильной и болевой чувствительности, электронейромиографию, регистрацию соматосенсорных тригеминальных потенциалов. При электрометрии можно оценить проводимость нерва и дифференцировать невралгии и невропатии тройничного нерва. Кроме того, с помощью этой методики определяют скорость прохождения импульса, на основании чего судят о сохранности нервного волокна. Электронейромиография определяет скорость проведения афферентной импульсации периферических ветвей тройничного нерва, которая дает возможность отличить невралгию от невропатии. Исследования тригеминальных соматосенсорных вызванных потенциалов позволяют установить локализацию структурного дефекта эфферентных волокон. По данным М.Н. Пузина (1996), невралгию тройничного нерва вызывают структурные центральные и периферические нарушения, а невропатии связаны со структурными дефектами, чаще в периферических ветвях тройничного нерва. С целью как диагностики, так и прогнозирования лицевых болей определяют уровни биологически активных веществ (простагландины, нейропептиды, тестостерон), а также иммунный статус пациента. Нарушение этих показателей позволяет выявить участие медиаторов и модуляторов в механизме болевой чувствительности и разработать тактику последующей фармакотерапии.

Дифференциальная диагностика. Болевые атаки при тригеминальной невралгии, особенно при болевых ощущениях в зубах и слизистой оболочке полости рта, необходимо отличать от пульпита, периодонтита. Клиническое исследование зубов, одонтодиагностика способствуют установлению диагноза. Особое значение для диагностики поражений имеет контрольное выключение чувствительности соответствующей ветви нерва путем

перинеурального введения анестетика (обычно 1 % раствор новокаина, лидокаина или тримекаина). Боли прекращаются на период действия анестетика. Для дифференциальной диагностики используют также перечисленные выше методы: рентгенологический, компьютерную томографию, электрофункциональные исследования, биохимические и иммунологические тесты, электроодонтодиагностику.

Лечение. Методы лечения делят на консервативные и хирургические. К консервативным методам относятся: 1) физические — дарсонвализация, токи Бернара (диадинамическая терапия), флюктуоризация, электрофорез и др.; 2) лекарственные — витаминотерапия (В6 В12, никотиновая кислота), применение седативных средств (седуксен, мепробамат, триоксазин, бромисто-мединаловая микстура). Внутривенно вводят раствор натрия бромида по методу Несвижского 10 мл ежедневно; на курс лечения до 25 инъекций). Концентрацию раствора постепенно повышают с 0,5 до 10 %. Некоторые клиницисты широко применяют неспецифические средства (иногруппную кровь, инсулин, змеиный и пчелиный яды), проводят тканевую терапию. Эффективны противоэпилептические средства: карбамазепин (финлепсин), дифенин, тегретол, стазепин, баклофен и др. Карбамазепин назначают ежедневно по 100 мг (½ таблетки) 3 раза в день в течение 2 сут, в последующие 2 дня — по 200 мг 3 раза. Если эффекта не наступает, дозу повышают до 1200 мг. Препарат может быть применен в комбинации с пипольфеном А мл 2,5 % раствора). Целесообразна периодическая смена препаратов, а также комбинация их с антидепрессантами. При лечении противоэпилептическими препаратами наблюдается постепенное ослабление их действия, а при назначении их в субтерапевтических дозах развивается токсичность. У пациентов с сосудистыми заболеваниями следует включать в комплекс лечения вазоактивные препараты (трентал, кавинтон). В отсутствие терапевтического эффекта показано хирургическое лечение. Хороший лечебный эффект дают местные тримекаиновые блокады и внутривенное вливание растворов анестетиков. Лечение заключается в подведении к местам выхода нерва 0,5 % или 1 % раствора анестетика в дозе до 5 мл 2—3 раза в неделю (на курс лечения 15—20 инъекций). Используют также местно анестезирующие мази, наносимые на триггерные зоны. Согласно классификации Э.И. Канделя (1981), производят следующие операции: 1) операции на трех ветвях тройничного нерва (перерезка нервного ствола, алкоголизация); 2) операции на тройничном узле и чувствительном корешке тройничного нерва (перерезка, декомпрессия, электродеструкция); 3) перерезка проводящих путей тройничного нерва и его сенсорных ядер в продолговатом и среднем мозге, на уровне таламуса и болевых путей от таламуса к коре мозга. Такие хирургические методы, как алкоголизация или перерезка нерва, ранее применялись широко. В настоящее время при неэффективности консервативного лечения их применяют только у очень пожилых пациентов. В пораженную ветвь тройничного нерва эндоневрально вводят 2—4 % раствор новокаина, тримекаина или лидокаина на 80 % этиловом спирте (не более 0,5 мл). Наступающая дегенерация нерва нарушает его проводимость. Перинеуральное введение спирта обычно не вызывает дегенерации нерва, а болезненное состояние усугубляется присоединением невралгии. Эффект алкоголизации уменьшается с каждой последующей процедурой и становится короче период ремиссии. Кроме того, при частом проведении алкоголизации происходит возбуждение близлежащих вегетативных узлов и может развиваться ганглиолит. По таким же показаниям при невралгии тройничного нерва выполняют оперативное вмешательство — перерезку периферических ветвей на лице и у основания мозга.

Одним из эффективных методов является перкутанная стереотаксическая деструкция тройничного нерва. Она основана на коагуляции с целью исключения сенсорного корешка тройничного нерва, но с сохранением тактильной чувствительности. Обычно производят от 2 до 8 коагуляций [Лившиц Л.Я., 1965; Оглезнев К.Я., Григорян Ю.Я., 1989; Hipp J., 1988]. Чувствительный корешок тройничного нерва разрушают путем гидрометрической деструкции, применяя бидистиллированную воду температуры 95 °С. По данным J.Hipp (1988), при лечении невралгии эффективен высокочастотный термонеуролитизис и

термоганглиолизис. Применяют также ризолизис глицеролом. Чрескожно ретрогассерально производят инъекции глицерина, после чего некоторое время может снижаться чувствительность в зоне иннервации нерва, но быстро снимается болевой синдром. Эффективным хирургическим методом является микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва, которая заключается в трепанации задней черепной ямки и ревизии корешка тройничного нерва, верхней мозжечковой артерии и верхней каменной вены. При обнаружении компрессии сосуда и нервы выделяют и изолируют биоматериалом. Производят также декомпрессионные операции по освобождению периферических ветвей тройничного нерва из костных каналов при выходе их на поверхность лица. Резекция периферических ветвей тройничного нерва со всеми его веточками не всегда эффективна; в 30—40 % случаев после операции наблюдаются рецидивы.

Тригеминальная невралгия - пароксизмальная невралгия компрессионного происхождения тройничного нерва. Этиология чаще связана 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 на 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 выражена 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 болезненные 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.

При проведении лечения вначале следует особое внимание обратить на взаимосвязь с общим состоянием больного: повышение артериального давления, внутричерепного давления, глазного давления и с состоянием ЦНС. В связи с чем следует лечение проводить в комплексе с невропатологами, терапевтами, а иногда и с нейрохирургами.

Лечение. Используется противозипелитические средства, карбамазепин (финлепсин, тегретол, стазепин). Большой эффект можно получить при добавлении к противозипелитическим средствам производных гамма-аминомасляной кислоты-фенибута по 0,25-0,5 г или пантогама по 0,5-1 г 3 раза в сутки, в/в инъекций 20 мм 20% р-ра натрия оксибутирата 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.

В последние годы стали применять курс витаминотерапии «В» -группы, а также аминазин 2,5% - вместе с новокаином, лидокаином. Опубликованы случаи применения курса лечения плазмоллом.

Спиртоновакоиновые блокады поражённых 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 деструкция тригеминального узла. Производят также инъекции глицерола в область тригеминальной цистерны.

Рекомендуемая литература

- основная

9. Учебник «Хирургическая стоматология» под редакцией Т.Г.Робустовой, М.Медгиз 2003, С.488-490, 491-493

10. Руководство по хирургической стоматологии челюстно-лицевой хирургии под редакцией В.М.Безрукова, Т.Г. Робустовой том 1, 2000 г., стр 599.

11.Штейнберг- «Невралгия тройничного нерва».

12.Карлов -«Лицевые боли».

- дополнительная

5. Ю.И.Бернадский «Травматология и восстановительная хирургия ЧЛО». -1999.-С.257-264.

6. Интернет сайты:

www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Практическое занятие № 35

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ МЯГКИХ И КОСТНЫХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

Технологическая карта практического занятия.

| | | |
|----------------------------------|---------------|-------------|
| Этапы и продолжительность работы | Деятельность | Обучающиеся |
| | Преподаватель | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>1-этап</p> <p>Введение в учебное занятие</p> <p>10- минут</p> <p>10- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> | <p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p> | <p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p> |
| <p>2- этап</p> <p>Основная часть</p> <p>25- минут</p> <p>15- минут</p> <p>15- минут</p> <p>5- минут</p> <p>10- минут</p> <p>50- минут</p> <p>40- минут</p> <p>20- минут</p> <p>3- этап</p> <p>Заключительный</p> <p>40- минут</p> | <p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие).</p> <p>Перемена</p> <p>2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов)</p> | <p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> <p>Слушают</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Слушают</p> <p>Слушают сами</p> |

| | | |
|------------------------|--|---------------------------------------|
| 10- минут 10- минут | 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе.(приложение 5) 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7) | себя оценивают Записывают задания. |
| Всего | | 6 часов |

Контрольные вопросы

1. Особенности послеоперационного ведения больных.
2. Особенности общего ухода за больными после восстановительных операций.
3. Особенности специального ухода за больными после пластических операций.
4. Десмургия после восстановительных операций на ЧЛЮ.
5. Показания к гипотермии после пластических операций и способы её проведения.
6. Консистенция и калорийность челюстных столов и показания к их назначению.
7. Показания к парентеральному питанию, препараты, применяемые при этом.
8. Особенности кормления больных, перенесших пластические операции органов полости рта и челюстных костей.
9. Показания к зондовому питанию и организация его проведения.
10. Диспансеризация и реабилитация больных после пластических операций.

Операционная или случайная травма челюстно-лицевой области сопровождается появлением болезненности, полным или частичным нарушением функции начального отдела пищеварительной системы; это влечет за собой необходимость применения прежде всего особых методов приготовления пищи и введения ее в организм больного на фоне устранения болевых ощущений. После случайной травмы или операции в области лица и челюстей наступает выраженная реакция со стороны гипофиза и надпочечников, а частичное голодание и нарушение функции пищеварительной системы в целом служат причиной развития гипопроteinемии и полигиповитаминоза. Гипопроteinемия у таких больных проявляется низким уровнем метаболизма аминокислот (особенно незаменимых), уменьшением экскреции с мочой главных конечных продуктов белкового обмена, заметным уменьшением в первую неделю после операции содержания в крови общего белка и его альбуминовой фракции, сдвигом белкового спектра крови в сторону увеличения грубодисперсных глобулиновых фракций. Полигиповитаминоз выражается в резком снижении экскреции (с мочой) аскорбиновой кислоты, тиамин, рибофлавина, никотиновой кислоты, что обусловлено недостаточным поступлением их с пищей (частичное голодание), а также повышенным расходом, свойственным для любой механической травмы.

Насыщение организма витаминами в условиях гипопроteinемии, вызванной травмой, оказывается безуспешным, так как витамины, в особенности группы В, тесно связанные с белковым обменом, выводятся с мочой, т. е. не используются. Поэтому для профилактики

гиповитаминоза после челюстно-лицевой травмы, помимо дополнительного введения лечебных доз витаминных препаратов, необходимо одновременное адекватное обеспечение организма полноценным белком.

Нарушения функции пищеварительной системы заключаются в резком ограничении или невозможности использования перорального введения пищи, полном нарушении функции жевания, заметном нарушении функции слюнных желез, кислото- и ферментообразующей функции желудка, а также переваривающей и эвакуаторной функций кишок (длительная задержка стула); отмечается нарушение функции печени и поджелудочной железы.

Госпитальный паек в лечебных учреждениях Вооруженных Сил отличается высокой энергетической ценностью и разнообразием полноценных продуктов, позволяющих широко варьировать состав лечебных диет, но трудоемкость приготовления пищи для больных с челюстно-лицевой травмой исключает возможность использования в полной мере обычных продуктов питания. Многие из продуктов даже после специальной технологической обработки оказываются недоступными для употребления больными с челюстно-лицевой травмой, что ставит их в положение вынужденно голодающих. Поэтому наиболее перспективными для перорального питания челюстных больных следует считать пищевые концентраты, не требующие длительной и сложной технологии приготовления.

Отдавая предпочтение пероральному методу кормления больных с челюстно-лицевой травмой как наиболее физиологичному, необходимо одновременно использовать парентеральные методы питания, способные в первую неделю после операции уменьшить степень гликогенолиза, гипопроteinемии и гиповитаминоза. Для контроля за качественной адекватностью питания хирургам и диетологам рекомендуется использование экспрессметодов определения белковой и витаминной обеспеченности организма (исследование общего белка крови и уровня экскреции витаминов с мочой).

В челюстно-лицевом отделении госпиталя применяют три основные диеты: челюстную первую, челюстную вторую и общую.

Диету челюстную первую (трубочную или зондовую) назначают тем, у кого в результате обширной травмы нарушены сосание, жевание и глотание (травма языка, нёба, дна полости рта с выраженным отеком), когда введение пищи не только бесполезно, но и опасно из-за возможности аспирации. Пища подается через зонд или трубку, надетую на носик поильника, или же с помощью специальной ложки с трубкой. Трубка поильника при этом может лежать в преддверии рта либо на спинке языка.



Рис. 310. Кормление больного с челюстно-лицевой травмой из воронки (поильника и т. п.) через зонд, введенный в пищевод:
а — положение зонда во время кормления; б — после кормления (по Г. М. Иващенко).

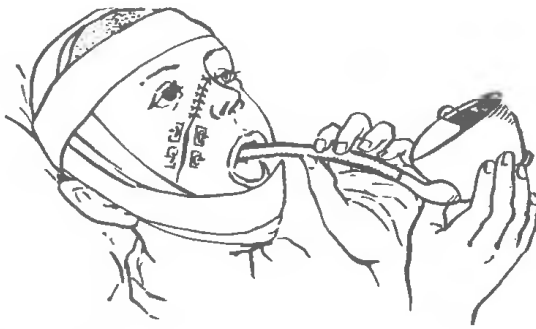


Рис. 59. Самостоятельный прием пищи больным с помощью поильника с эластичной трубкой (по Г. М. Ивашенко).



Рис. 60. Специальная ложка-поильник для приема пищи больными с челюстно-лицевой травмой (предложена сотрудниками кафедры челюстно-лицевой хирургии ВМА).

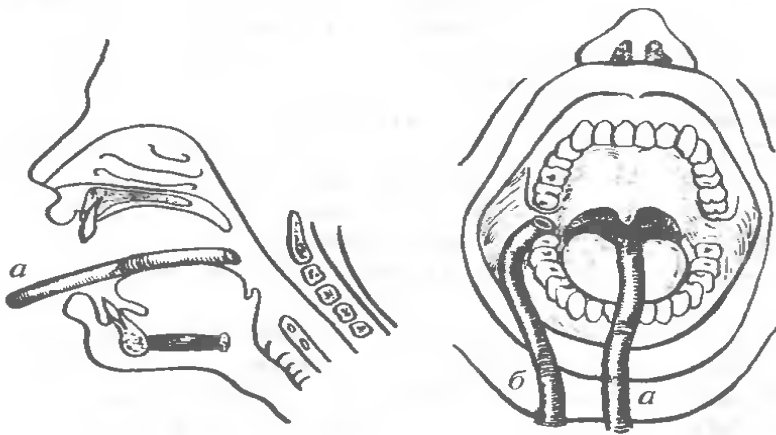


Рис. 311. Положение эластической трубочки, одетой на носик поильника, в полости рта больного во время кормления:
а — на спинке языка; б — в преддверии рта (по Г. М. Ивашенко).

Диету челюстную вторую назначают в тех случаях, когда хорошо сохранены функции глотания и сосания. Ее назначают также в качестве переходного этапа к общей диете реконвалесцентам, у которых наступила консолидация перелома, т. е. через 3-6 недель после операции или перелома челюсти. Таким больным разрешено во время еды снимать межчелюстные кольца, обеспечивающие межчелюстное вытяжение; они питаются самостоятельно, пользуясь обычной ложкой, а легкие движения нижней челюстью во время еды являются полезным гимнастическим упражнением.

По составу пищевых продуктов обе челюстные диеты одинаковы и отличаются лишь степенью размельчения компонентов пищи. Продолжительность питания больных по челюстной диете и время перевода их на общий стол определяются врачом строго индивидуально в зависимости от характера травмы, особенностей послеоперационного периода (после хирургической обработки, остеосинтеза, шинирования и т. д.). Большинство больных, поступающих в стационар по поводу врожденных или приобретенных деформаций, аномалий лицевого отдела черепа, в предоперационном периоде не нуждаются в специальной диете, им назначается общий стол. После операции появляется необходимость в назначении одной из челюстных диет.

Диета общая, или общий стол (N15) физиологически полноценная пища, обычно приготовленная с использованием всего ассортимента продуктов, предусмотренных больничными (госпитальными) нормами. Таким больным разрешаются все продукты с использованием обычной, разнообразной их кулинарной обработки. Питание больных должно быть механически, химически и термически щадящим: температура пищи не должна превышать +50⁰С.

Вторую челюстную диету готовят путем измельчения всех свежих продуктов, входящих в рацион, с помощью различных аппаратов и приспособлений (мясорубка, протирочные машины, ступки, сито и т. п.), чтобы после их разбавления овощным отваром, мясным бульоном, молоком, чаем или кипяченой водой получить однородную массу, близкую по консистенции к жидкой сметане. Таким путем можно приготовить первые блюда (суп пюре из картофеля на овощном отваре с молоком; суп пюре крупяной с овощами и молоком; суп пюре из овощей с молоком и т. п.). В тщательно протертую пищу добавляют горячее кипяченое молоко и повторно первые блюда уже не кипятят. Так же можно готовить щи из свежей капусты, борщ и т. п., но механическое измельчение, протирка всех твердых ингредиентов остаются непременным требованием, иначе пища будет недоступна больному.

Для приготовления первых блюд первой челюстной диеты требуется тщательно протертую пищу (как в случае второй челюстной диеты) процеживать через тонкое сито, чтобы лишить ее грубых волокон растительной клетчатки и соединительнотканых волокон мясных (рыбных) продуктов. Затем пищу разбавляют до консистенции сливок, чтобы она могла свободно проходить через зонд и поильник. Главные ингредиенты вторых блюд: мясные и рыбные продукты- источники полноценных белков, а также крупяные и овощные гарниры. Мясо должно быть высокосортовым из наиболее мягких частей туши. Вареное остывшее мясо нарезают на мелкие куски, дважды пропускают через мясорубку с густой сеткой, затем мясной фарш протирают через густое сито. Таким же образом готовят рыбный фарш. Все гарниры также протирают через сито. Мясные и рыбные фарши разбавляют до нужной консистенции путем добавления бульонов, полученных при варке.

Диеты включают сладкие блюда в виде киселей, компотов, напитков, для приготовления которых используются как свежие фрукты, ягоды, так и сушеные. Фруктовые ягодные отвары могут использоваться самостоятельно. Вареные фрукты и ягоды также пропускают через мясорубку и протирают через сито. Для питания используются и консервированные продукты. Из сушеных овощей можно приготовить как первые блюда (борщ, щи, суп картофельный с крупой или макаронными изделиями, суп овощной), так и вторые (картофельное пюре, пюре из моркови, свеклу тушеную, капусту тушеную, рагу из овощей). Все овощи после варки протирают через сито, а при необходимости получения первой диеты процеживают для освобождения от грубоволокнистых ингредиентов. Для вторых блюд используют также сушеное мясо, сушеную рыбу самостоятельно или, чаще всего, в смеси с гарнирами (различные крупы, картофель, овощи). Удобство этих продуктов состоит в том, что они, в отличие от свежих продуктов, не требуют длительной варки. Для улучшения вкусовых качеств первых и вторых блюд можно использовать заправочные овощные консервы из предварительно обжаренных свежего лука или моркови. Целесообразно применение консервов из молока и молочных продуктов: молоко сухое цельное, молоко сухое обезжиренное, сгущенное молоко с сахаром и без сахара, кофе, какао со сгущенным молоком, сливки сухие консервированные, сметана сухая, простокваша сухая, творог сухой, сыр сухой, а также яичный порошок. Все эти продукты не требуют сложной кулинарной обработки (чаще всего лишь разводятся теплой кипяченой водой).

Широкое распространение получили пищевые концентраты - сухие смеси пищевых продуктов растительного происхождения, подвергнутые специальной обработке,

обеспечивающей быстрое приготовление пищи. Их разводят теплой водой, бульоном или молоком, размешивают и кипятят (20-30 мин).

Институтом питания АМН разработан ряд препаратов (энпитов) для энтерального питания тяжелобольных, лишенных возможности свободно жевать и даже проглатывать пищу. Ассортимент их довольно разнообразен и позволяет готовить первые, вторые и третьи блюда.

Энпиты первой группы это порошкообразные молочные смеси-концентраты, второй группы- сухие молочно-крупяные смеси и гомогенизированные консервы, в том числе и мясные. Они отвечают требованиям формулы сбалансированного питания и не требуют сложной кулинарной обработки. Энпиты (белковые, углеводные, жировые, обезжиренные, противоанемические, низколактозные) прошли клинические испытания в челюстно-лицевых клиниках и получили положительную оценку и рекомендованы для массового изготовления. Учитывая возможность наличия у больных (особенно у детей и лиц пожилого старческого возраста) различных системных нарушений, используя энпиты, врач-диетолог может подобрать оптимальный вариант энтерального питания для каждого больного с челюстно-лицевой травмой.

Способы питания больных с травмой челюстно-лицевой области. При невозможности питания естественным, оральным путем могут использоваться энтеральный и парентеральный пути введения питательных веществ.

При энтеральном питании пищу вводят в организм на одном из участков пищевого канала: через оро или назогастральный зонд, через гастростому и еюностому. При парентеральном питании вещества, необходимые для восполнения энергетических затрат и поддержания нормального уровня обменных процессов, вводят в организм, минуя пищевой канал: внутривенно, подкожно, внутримышечно, внутрикостно, внутриаартериально.

Наиболее физиологическим является естественный, оральный способ питания. Различные тактильные и болевые раздражения, запах, вкус и даже вид пищи воспринимаются сложным рецепторным аппаратом лица. Раздражение рецепторов полости рта передается на слюнные железы, железы желудка и поджелудочную железу и определенным образом регулирует их деятельность. Акт жевания способствует возбуждению рефлекторной фазы секреции желудка и поджелудочной железы, причем чем полнее акт жевания, тем обильнее и качественно полноценнее секреция, моторная функция желудка и кишок. При поражении челюстно-лицевой области эти факторы теряют свое значение, так как акт жевания утрачивается полностью или частично. Пища же, даже вводимая через рот, пребывает в нем самое короткое время и соприкасается с рецепторами полости рта на ограниченном участке. Запах и вкус пищи, приготовленной по челюстной диете, сохраняются, но полностью меняется ее привычный вид, что имеет немаловажное значение для условнорефлекторной фазы пищеварения: вид такой пищи не способствует возбуждению аппетита у больного. Несмотря на это, оральное питание является для больных с травмой челюстно-лицевой области наиболее физиологичным, так как оно обеспечивает работу именно той системы организма, которая филогенетически сложилась как пищеварительная. Помимо этого, естественный способ питания для больных с травмой челюстно-лицевой области имеет огромное психологическое значение: если больной в короткий период после травмы переходит к самостоятельному кормлению, это вселяет в него уверенность в скором выздоровлении, поднимает его моральный дух, заставляет забыть о состоянии полной беспомощности, часто возникающем в первые часы и дни после травмы. Многие больные с челюстно-лицевой травмой даже после наложения назубных шин и применения межчелюстного вытяжения могут принимать жидкую пищу с помощью обычной ложки, при сохранности у них сосательных движений, схлебывания. Кормление больных подобным образом облегчается при наличии в зубном ряду дефекта на месте ранее удаленного или выбитого зуба. Кормление с помощью ложки имеет большое психологическое значение, так как поильник, как бы он ни был удобен, является для

больного необычным предметом. Медицинский персонал должен кормить таких больных в первые дни после травмы, так как они, испытывая боль при кормлении, ограничивают себя в еде. Спустя 3-4 дня после травмы больные могут полностью обходиться без помощи медицинского персонала. Когда пользование ложкой невозможно, больных кормят с помощью поильника, снабженного резиновой или поливиниловой дренажной трубкой, насаженной на его носик. Несмотря на кажущуюся простоту кормления с помощью поильника, в первые дни после травмы оно является сложной и трудоемкой процедурой. Медицинский персонал при этом должен:

- хорошо владеть методикой кормления, чтобы обучить этому больных и, тем самым, как можно скорее преодолеть у них неуверенность в возможности самостоятельного приема пищи;

- внушить больному, что такой метод кормления является временным и что в дальнейшем, по мере выздоровления, он будет принимать пищу так же свободно, как и до травмы;

- соблюдать равномерность поступления пищи. При чрезмерно большом ее поступлении переполняется полость рта, больной захлебывается, кашляет, испытывая при этом сильную боль. Слишком малое поступление пищи приводит к усиленному сокращению мышц глотки, участвующих в акте глотания, что также сопряжено со значительной болью;

- учитывать, что интенсивность боли при глотании пищи в значительной степени зависит и от ее консистенции: более жидкая обычно вызывает меньшую боль, чем сметанообразная; наиболее болезненным является проглатывание воды, чая, так как и в этом случае возникает наиболее сильное рефлекторное сокращение мышц глотки.

Кормление больного с помощью поильника. Больному придают сидячее или полусидячее положение. Тяжелых больных кормят в положении лежа, приподняв голову с помощью подушки. Пищу, подогретую до 50⁰С, наливают в поильник с насаженной на его носик резиновой трубкой. Больному предлагают открыть рот на сколько возможно шире и вводят в его полость к корню языка конец резиновой трубки. Чтобы пища не попала в рот больного преждевременно, поильник должен находиться ниже головы или ротовой щели больного. Затем резиновую трубку зажимают посередине пальцами и приподнимают поильник так, чтобы он находился выше ротовой щели. Осторожно разжав пальцы, удерживающие трубку, вливают в рот оптимальное количество пищи (примерно 8-10 мл), необходимое для полного глотка. После этого трубку вновь пережимают пальцами, больному предлагают проглотить пищу и сделать 1-2 вдоха и выдоха. Затем процедуру повторяют. Так, чередуя глотательные движения с дыхательными паузами, вскармливают всю пищу, делая это не спеша. Если у больного имеются назубные шины с межчелюстным вытяжением или наложено межчелюстное проволочное связывание и в связи с этим открывание рта и введение резиновой трубки становятся невозможным, то ее вводят в полость рта через дефект зубного ряда. При отсутствии этого дефекта пищу вводят через так называемую «позадимоллярную» щель: лопаткой Буяльского отодвигают угол рта и щеку в сторону и осторожно вводят конец резиновой трубки в преддверие рта, а затем продвигают ее к позадимоллярному пространству. Помощник или сам больной в этот момент держит в руке поильник. Конец трубки при этом не должен упираться в слизистую оболочку щеки, а голова больного должна быть несколько запрокинута кзади. После введения порции жидкой пищи она поступает через щель к корню языка; для ускорения этого процесса больной должен ее подсасывать.

Кормить больного следует с паузами (0.5-1 мин), настойчиво и терпеливо вскармливая, по возможности, всю порцию, каждый раз убеждая больного в лечебной необходимости полноценного питания. Постепенно больные привыкают к методике такого кормления и через

несколько дней обходятся без посторонней помощи. После кормления поильник и резиновую трубку следует тщательно вымыть, прокипятить и вернуть больному.

В клинике ВМА Н. М. Александровым и сотрудниками вместо поильника (с трубкой на носике) предложена и используется специальная столовая ложка, к которой с одной стороны прикреплена небольшая трубочка, вставляемая больным между губами. Через нее больной засасывает жидкую пищу в преддверие рта, оттуда она через межзубные пространства (если они есть) и позадиомолярные щели попадает в полость рта.

Кормление больного через зонд. Необходимые принадлежности: тонкий желудочный зонд без оливы или прозрачная хлорвиниловая трубка диаметром 4-5 мм и длиной до 1м; воронка емкостью 200 мл или шприц типа Жанэ. На зонд заранее наносят три метки: на расстоянии 30-35 см, если зонд вводят только в пищевод; 45 см при введении в желудок; 50-55 см при введении в двенадцатиперстную кишку. Зонд, трубку, воронку и шприц кипятят и охлаждают, 2-3 стакана пищи подогревают до $+50^{\circ}\text{C}$. Перед введением зонда через нос врач должен убедиться в том, что носовые ходы свободны. При наличии полипов, новообразований, рубцовых синехий в этой области данный способ кормления противопоказан. Закругленный конец зонда, смазанный глицерином, вводят в нижний носовой ход, перпендикулярно по отношению к поверхности лица. Когда отрезок зонда длиной 15- 17 см скроется в носовой части глотки, больному предлагают наклонить голову и делать глотательные движения. Во время каждого такого «глотка» зонд продвигают до желудка, т. е. до отметки 45 см. У больных, находящихся в бессознательном состоянии, после введения зонда в носовую часть глотки вводят указательный палец одной руки в рот и, нащупывая конец зонда, слегка прижимают его к задней стенке глотки, другой рукой продвигают зонд дальше. Без такого контроля пальцем зонд может попасть в трахею. Убедившись, что зонд находится не в трахее, а в пищеводе (пушинка ваты в этом случае неподвижна), продвигают его в желудок и далее в двенадцатиперстную кишку, руководствуясь сделанными заранее метками. После этого можно приступить к кормлению. К наружному концу зонда прикрепляют воронку и, опустив ее ниже уровня головы больного, вливают в нее пищу. Затем медленно приподнимают воронку с таким расчетом, чтобы в зонд попало не более глотка (8-10 мл); после этого воронку опускают. Чередуя подъемы и опускания воронки, постепенно вводят в желудок всю пищу. После окончания кормления воронку удаляют, а конец зонда закрепляют на лице сбоку с помощью полоски липкого пластыря, чтобы он не мешал больному. Целесообразно после кормления дать питье (чай, компот), так как жидкость смывает с внутренних стенок зонда остатки пищи, которые могли бы без этой процедуры подвергаться разложению. Резиновый зонд, введенный через носовой ход, можно оставлять лишь на 2-3 дня (опасность образования пролежней), после чего его извлекают и тщательно промывают и кипятят. Вместо воронки при питании через зонд можно пользоваться также большим шприцем для промывания полостей (типа Жанэ). Для этого

конец зонда плотно надевают на втулку шприца. Пищу, как и при кормлении из поильника, вводят небольшими порциями, медленно выжимая содержимое одного шприца (100 мл) в течение 1-2 минут. Температура пищи должна равняться $+50^{\circ}\text{C}$.

Ректальное питание (питательные клизмы) как разновидность энтерального применяется в тех случаях, когда невозможно использование других методов (повреждение стенок глотки, пищевода, его рубцовый стеноз и т. п.). Ассортимент питательных веществ при таком методе питания весьма ограничен, так как в прямой кишке отсутствуют пищеварительные ферменты. Следует вводить такие пищевые вещества, которые способны всасываться в кишках без какого-либо гидролиза: изотонический раствор натрия хлорида + 5% раствор глюкозы, 4-5% раствор алкоголя, аминокептид и т. д.

Парентеральное питание позволяет вводить в организм больных с челюстно-лицевой травмой высокоэффективные препараты, углеводы, жировые эмульсии, витамины, соли,

гормональные препараты, смеси полипептидов и аминокислот и другие новейшие смеси, что особенно полезно в тех случаях, когда, несмотря на все усилия, не удастся путем энтерального питания нормализовать нарушенный обмен веществ. Вместе с тем парентеральное питание следует применять лишь как дополнительное, так как оно ни в какой мере не может заменить энтерального. Поэтому парентеральное питание применяют лишь на короткое время не более 10 дней. К смесям полипептидов и аминокислот относят: аминокепид, гидролизат казеина, гидролизин Л-103, аминокровин и др.

Существует ошибочное мнение, что обычное переливание донорской крови, кровезаменителей относится к парентеральному питанию. Эти вливания предназначены для восстановления объема крови при острых кровопотерях, для дезинтоксикации, борьбы с шоком.

Техника внутривенного введения питательных веществ по существу ничем не отличается от внутривенного капельного введения лекарственных средств, крови, крове- или плазмозаменителей. Скорость вливания зависит от состава питательной смеси. Для белковых гидролизатов и жировых эмульсий она составляет обычно 30-40 капель в мин, для растворов глюкозы и изотонических растворов солей до 60 капель, или 4-5 мл в мин.

Количество вливаемых питательных смесей может быть различным от 200 мл при разовом введении до 2-4 л в сутки при многократном вливании. Быстрое введение питательных смесей может вызвать перегрузку органов кровообращения, кроме того, в этом случае организм не в состоянии в полной мере усвоить питательные вещества или депонировать их. При длительном введении не рекомендуется применение растворов глюкозы с концентрацией более 10%, так как они способствуют развитию флебитов, тромбозов, эмболий. В связи с этим в настоящее время для обеспечения энергетических потребностей больного предложено введение специально приготовленных жировых эмульсий.

Режим питания. Рациональное питание предусматривает соответствующий ритм приема пищи в течение дня: регулярное поступление ее в организм с соблюдением физиологически правильных интервалов между ее приемами, а также наиболее рациональное распределение продуктов и готовых блюд в течение дня. Этим обеспечивается ритмичность деятельности пищеварительной системы в целом и ее различных отделов. Многократное (в течение дня) кормление или питание с длительными перерывами в одинаковой степени вредны для пищеварительной системы и могут серьезно отразиться на обмене веществ. Поэтому для таких больных должен быть установлен больничный режим питания с не менее чем 4-кратным кормлением в течение дня: завтрак в 9 ч, обед в 13-14 ч, ужин в 18 ч. и второй легкий ужин (чай, кисель, кефир и т. п.) за 1-1.5 ч до сна. Необходимо также учесть, что в первые дни после травмы процедура кормления больных с помощью поильника сильно утомляет их. Поэтому, если есть возможность, в первые 2-3 дня кормление таких больных желательно разделить на 6 приемов, имея в виду дополнительное кормление между завтраком и обедом (второй завтрак) и между обедом и ужином (полдник), не считаясь с субъективными ощущениями больных, которые в первые дни после травмы стараются ограничить себя в еде, настаивая на утолении жажды. Шестиразовое кормление больных тем более целесообразно, поскольку вследствие сильного разбавления (жидкого состояния) пища по своему объему значительно превосходит обычную. Поэтому чувство насыщения наступает значительно быстрее.

При четырехразовом кормлении энергетическая ценность пищи должна распределяться следующим образом: завтрак 30%, обед 40%, ужин 20-25%, второй ужин 5-8%; при шестиразовом: первый завтрак 10%, обед 30-35%, полдник 10%, первый ужин 20%, второй ужин 5-10%.

После каждого кормления, особенно при наличии во рту назубных шин, больному необходимо давать чай для очистки полости рта от твердых частиц застрявшей во рту пищи, а также проводить ирригацию полости рта.

Особенности ухода за больными с повреждениями челюстно-лицевой области в результате случайной травмы или плановых операций. Желательно, чтобы весь медицинский персонал отделения имел достаточный опыт по организации ухода за хирургическими больными вообще, так как челюстно-лицевая травма нередко сочетается с повреждениями других участков тела. Знание и опыт по уходу за общехирургическими больными значительно облегчают процесс приобретения опыта по специфическому уходу за больными с челюстно-лицевой травмой, который предусматривает:

- 1) наблюдение за питанием и личное индивидуальное кормление наиболее тяжелых больных;
- 2) организацию тщательного ухода за полостью рта и личное участие в этом;
- 3) специальный уход при гиперсаливации;
- 4) применение специальных упражнений по ЛФК и специальных методов физиотерапевтического лечения;
- 5) специальный уход за детьми с челюстно-лицевой травмой;
- 6) специальный уход за больными с челюстно-лицевой травмой пожилого и старческого возраста.

В связи с разнообразными источниками инфекции в полости рта у всех больных перед плановыми оперативными вмешательствами в челюстно-лицевой области должна проводиться тщательная санация полости рта в амбулаторных условиях. Это необходимо также потому, что лица с несанированной полостью рта, находясь рядом с оперированными больными, являются источником загрязнения воздуха палаты, посуды и др. При предварительной санации полости рта у больных с челюстно-лицевой травмой значительно уменьшается возможность возникновения осложнений (остеомиелит, флегмона). Несмотря на исключительные свойства челюстно-лицевой области противостоять инфекции, полость рта у оперированных больных оказывается крайне загрязненной и потому требует постоянного и тщательного ухода. Как бы тщательно ни были ушиты мягкие ткани в полости рта, область шва остается открытой для доступа инфекции. В первые дни после травмы развивается неизбежное воспаление со всеми обязательными компонентами: боль, гиперемия, отек, экссудация и нарушение функции. Все это обуславливает специфический запах изо рта, ощутимый на расстоянии и крайне неприятный как для больного, так и для окружающих.

В первые часы и даже дни после травмы из-за боли и отсутствия навыков больные еще не могут самостоятельно ухаживать за полостью рта. Задача врача и медицинской сестры состоит в том, чтобы обучить больного уходу за полостью рта и приучить его самостоятельно выполнять необходимые процедуры. В отделениях челюстно-лицевой хирургии для этой цели применяют ирригацию полости рта дезинфицирующими и дезодорирующими растворами: теплым (37-38⁰С) раствором калия перманганата или фурацилина в разведении 1:5000. Хорошим освежающим эффектом обладают мятные капли, которые в небольшом количестве (3-5 капель на 1 л) можно добавлять к этим растворам. Ирригация способствует удалению из полости рта остатков пищи, разлагающихся сгустков крови, отторгающихся кусочков омертвевших тканей, а бактерицидные свойства растворов губительно влияют на патогенную микрофлору и предотвращают развитие осложнений гнойно-воспалительного характера. Кроме того, частые ирригации (через каждые 2 ч, до и после каждого кормления больного, а также перед каждой перевязкой) теплым раствором играют роль физиотерапевтического

средства, активируют течение обменных процессов в ране путем усиления кровообращения. Наконец, ирригация полости рта не только устраняет дурной запах изо рта, но и освежает воздух в палате. Там, где эта процедура проводится регулярно, воздух в палате всегда чистый. Для больных, которые могут ходить, целесообразно оборудовать ирригационную в отдельном помещении, вне палаты. Если этого сделать нельзя, выделяют ирригационный угол в палате, отгородив его ширмой. При отсутствии в ирригационной комнате раковины, сливные воды нужно своевременно удалять, полы следует протирать насухо. Для защиты одежды от возможного промокания больной должен надевать клеенчатый или полиэтиленовый нагрудник (фартук). При необходимости соблюдения больными строгого постельного режима ирригацию непосредственно в постели выполняет медицинская сестра или по ее указанию санитарка .



Рис. 312. Орошение зубов, назубных шин и ран в полости рта и на лице больного (по Г. М. Иващенко).

Уход за полостью рта больных с травмой челюстно-лицевой области не ограничивается ирригацией, так как полностью удалить застрявшие остатки пищи с помощью одной ирригации, как правило, не удастся. Они вызывают дополнительные рефлекторные сокращения жевательных мышц, сопровождающиеся болью, причиняют беспокойство больному, подобно тому как здорового человека раздражает в межзубном промежутке кусочек пищи. Но у больного с назубными шинами такие ощущения усиливаются во много раз, и поэтому оставить его без внимания нельзя. После очередного принятия пищи и последующей ирригации полости рта медицинская сестра с помощью зеркала или шпателя должна осмотреть преддверие рта, шины и зубоорачебным пинцетом тщательно удалить видимые застрявшие остатки пищи. Затем полезно еще раз сделать ирригацию полости рта, а десны протереть рыхлым тампоном, смоченным 1-2% р-ром перекиси водорода.

Подобный уход за полостью рта в ряде случаев могут производить и сами достаточно окрепшие больные, пользуясь зеркалом и зубной щеткой.

Уход за больными с повышенным слюноотделением. У больных с челюстно-лицевой травмой, особенно проникающей в полость рта, как правило, наблюдается гиперсаливация. В норме взрослый человек ежедневно выделяет 1000-1500 мл слюны. При случайной или операционной челюстно-лицевой травме выделение слюны может достигать 3000 мл. Потеря воды может привести к обезвоживанию организма, а так как слюна содержит значительное количество белка (2.0-4.0 г/л), электролиты (калий, кальций, хлор и др.), то гиперсаливация вызывает состояние гипопроотеинемии, что существенно сказывается на состоянии водно-минерального обмена. Заглатывание большого количества слюны, имеющей слабощелочную или даже нейтральную реакцию, приводит к усилению процессов гниения и брожения в желудке. Если же функция глотания в результате травмы нарушена, то слюна выделяется наружу через ротовую щель или через рану, увлажняя и загрязняя белье, одежду, постель, а также вызывая мацерацию кожи на лице и шее. Чтобы избежать загрязнения белья, больных снабжают специально подготовленными слюноприемниками в виде полиэтиленового мешка,

части грелки или резиновой перчатки, закрепленных на голове лямками; положение больного на койке при гиперсаливации полусидячее.

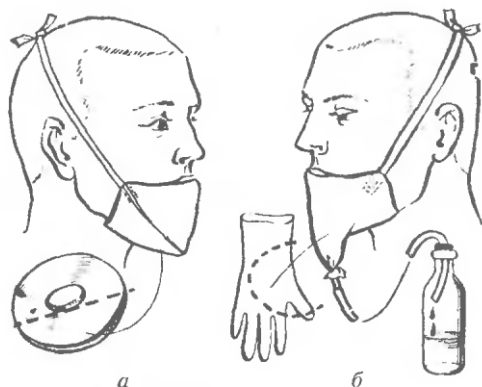


Рис. 313. Приспособления для сбора слюны больного:
а – из резиновой грелки или полиэтиленового мешочка;
б – из резиновой перчатки с приемником (бутылочкой),
находящейся в кармане пижамы или халата больного (по
Г. М. Иващенко).

Для уменьшения выделения слюны применяют различные медикаментозные средства: аэрон по 1 таблетке 3 раза в сутки, настойку белладонны по 6-8 капель 2-3 раза в сутки или подкожные инъекции атропина сульфата по 0.5мл 0.1% р-ра (1-2 раза в сутки, по показаниям) и т. п.

К соответствующим мерам профилактики осложнений после операций относят:

1) устранение посттравматических или послеоперационных болевых ощущений в ране (в частности методом пролонгированной регионарной анестезии по Ю. П. Столяренко или Ю. И. Бернадскому и К. Я. Передкову);

2) применение многоканальной биоуправляемой электростимуляции (МБПЭМ) всех мышц, принимающих участие в акте жевания, по методике, разработанной О. Е. Малевичем и его сотрудниками (1991), использующими прибор типа «Миотом 3М».

Применение МБПЭМ оказывает благотворное влияние на восстановление мышечной активности функции жевания у больных с переломами нижней челюсти, иммобилизованными назубными шинами с двучелюстной фиксацией; с односторонними переломами нижней челюсти в области угла, закрепленными остеосинтезом; у больных с нижней макрогнатией (прогенией), подвергавшихся двусторонней скользящей остеотомии и длительной двучелюстной фиксации нижней челюсти. МБПЭМ позволяют добиться более быстрого реабилитационного эффекта в сравнении с другими методами.

Заключая рассмотрение проблемы реабилитации челюстно-лицевых больных и пострадавших от различных травм, необходимо подчеркнуть, что в настоящее время необходимо учитывать в анамнезе участие пациентов в ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС, проживание в радиоактивной зоне, а также возможность наличия признаков СПИДа, гепатита и других скрытых хронических заболеваний, нарушений психики, склонность к наркомании и т. д. Поэтому хирург не должен пренебрегать консультативной помощью психотерапевта, нарколога, инфекциониста, логопеда, специалиста в области ЛФК, радиолога и др.

Значительному снижению риска послеоперационных осложнений после хирургических реконструктивных операций способствует гипербарическая оксигенация, повышающая резистентность организма пациентов (М. Г. Панин и соавт., 1985).

Рекомендуемая литература

- основная

13. Учебник «Хирургическая стоматология» под редакцией Т.Г.Робустовой, М.Медгиз 2003, С.488-490, 491-493
14. Руководство по хирургической стоматологии челюстно-лицевой хирургии под редакцией В.М.Безрукова, Т.Г. Робустовой том 1, 2000 г., стр 599.
15. Штейнберг- «Невралгия тройничного нерва».
16. Карлов -«Лицевые боли».

- дополнительная

7. Ю.И.Бернадский «Травматология и восстановительная хирургия ЧЛО».-1999.-С.257-264.
8. Интернет сайты:
www.chicagocentre.comwww.implantplus.azerin.comwww.ukrdental.com
dentist.spb.ruwww.nidr.nih.govspb-mfs.narod.ruwww.zubnoy.spb.ru

Содержание и форма организации самостоятельных работ.

При подготовке самостоятельных работ студентами рекомендовано пользоваться следующими формами, исходя из особенностей предмета:

1. Изучать темы и главы предмета по учебным пособиям;
2. Усвоить лекционный материал по раздаточным материалам;
3. Работа с контролирующими и автоматизированными системами;
4. Работа над темами и разделами предмета по специальной литературе;
5. Изучить новые технологии, аппаратуру, процессы и технологии;
6. Глубоко изучить темы и разделы предмета, связанные с учебно-научно-исследовательской работой студентов;
7. Учебные занятия с использованием интерактивных методов;
8. Обучение на расстоянии (дистанционное).

Рекомендуемые темы самостоятельных работ:

| | Темы | Часы |
|---|--|------|
| 1 | Теории происхождения опухолей. Международная гистологическая классификация опухолей. Стадии развития опухолей. | 2ч |
| 2 | Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей челюстно - лицевой области. | 2ч |
| 3 | Доброкачественные остеогенные опухоли. Клиника, диагностика, лечение. (Остеома, остеоид остеома, остеобластома, хондрома, остеохондрома, гигантоклеточная опухоль). | 2ч |
| 4 | Одонтогенные опухоли. Амелобластома, одонтома, цементома, одонтогенная фиброма. Клиника, диагностика, лечение. | 2ч |
| 5 | Опухолеподобные образования челюстей. Этиология, патогенез, диагностика, лечение (радикулярная киста, кератокиста, зубосодержащая киста, киста прорезывания зубов, кисты десен). | 2ч |
| 6 | Опухоли слюнных желез. Мономорфная аденома, полиморфная аденома, мукоэпидермальная опухоль. Клиника, диагностика и лечение. Аденокарцинома. Диагностика и принципы лечения. | 2ч |
| 7 | Врожденные кисты лица и шеи. (эпидермоидные и дермоидные). Клиника, диагностика и лечение. | 2ч |
| 8 | Врожденные свищевые ходы лица и шеи. | 2ч |
| 9 | Планирование восстановительных операций: основные принципы планирования, показания к проведению пластических операций в области | 2ч |

| | | |
|----|---|----|
| | лица и особенности их проведения. | |
| 10 | Пластика местными тканями: виды операций местной пластики, мобилизация краёв раны и встречные треугольные лоскуты по Лимбергу. | 2ч |
| 11 | Выполнение пластики лоскутом на ножке. | 2ч |
| 12 | Пластика местными тканями: встречные треугольные лоскуты по Лимбергу. | 2ч |
| 13 | Свободная пересадка тканей: показания к свободной пересадке тканей челюстно-лицевой области и принципы их проведения. | 2ч |
| 14 | Пластика Филатовым стеблем: показания к подготовке Филатовского стебля. Этапы миграции стебля к области дефекта. Распластывание стебля. Осложнения. | 2ч |
| 15 | Пластика дефектов и деформаций челюстно-лицевой области с помощью методов микрохирургии. | 2ч |
| 16 | Неврит и невралгия лицевого нерва. Паралич мимических мышц. | 2ч |
| 17 | Эстетическая хирургия лицевой области. | 2ч |
| 18 | Методы обследования и диагностика больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области. | 2ч |
| 19 | Облигатные и факультативные предраковые заболевания кожи лица. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губы. Клиника, диагностика и лечение. | 2ч |
| 20 | Злокачественные опухоли кожи: базалиома, плоскоклеточный рак и меланома. Клиника, диагностика и лечение. | 3ч |
| 21 | Злокачественные эпителиальные опухоли красной каймы губы. Клиника, диагностика и принципы лечения. | 3ч |
| 22 | Злокачественные эпителиальные опухоли слизистой оболочки полости рта: щеки, неба, языка, дна полости рта. Клиника, диагностика и принципы лечения. | 3ч |
| 23 | Злокачественные эпителиальные и неэпителиальные опухоли верхней челюсти. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и принципы хирургического лечения. | 3ч |
| 24 | Злокачественные эпителиальные и неэпителиальные опухоли нижней челюсти. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и принципы хирургического лечения. | 3ч |
| 25 | Синдром дисфункции ВНЧС. Остеоартроз. Клиника и диагностика. Принципы хирургического лечения. | 3ч |
| 26 | Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава. Клиника и диагностика. Принципы хирургического лечения. | 3ч |
| 27 | Контрактура нижней челюсти. Клиника и диагностика. Принципы хирургического лечения. | 3ч |
| 28 | Костная пластика. Виды трансплантатов. Принципы хирургических | 3ч |

| | | |
|----|---|----|
| | методов лечения. | |
| 29 | Деформации верхней челюсти: устранение макро- или прогнатии. | 3ч |
| 30 | Деформации нижней челюсти: устранение макро- или прогнатии. | 3ч |
| 31 | Источники остеогенеза тканей и клеток. Дистракционный остеосинтез. | 3ч |
| 32 | Имплантация полимерных композитов. | 3ч |
| 33 | Современная технология в инженерии тканей и применение её в костной пластике. Использование стволовых клеток. | 3ч |
| 34 | Неврит и невралгия тройничного нерва. | 3ч |
| 35 | Уход за больными после проведения пластических операций мягких и костных тканей челюстно-лицевой области. | 3ч |
| | Всего | 86 |

Глоссарий:

1. **Пародонт** — комплекс тканей, окружающих зуб и обеспечивающих его фиксацию к челюсти.
2. **Пародонтальный карман** – самый точный признак пародонтита, являясь резервуаром токсинов и микробов, вызывает деструкцию пародонта.
3. **Контрастная рентгенография** – диагностический метод, осуществляемый путём введения контрастных веществ (йодолилола, бария, кардиотраста, ангиотраста и др.). Контрастные вещества вводятся в верхнечелюстную пазуху (гайморография), кистозные полости (цистография), слюнные железы (сиалография), сосуды (ангиография), что используется для определения степени и границ распространённости процесса.
4. **Рентгеноскопия (графия)** – рентгенологический метод, используется для определения наличия и степени соматических и онкологических (гематогенных метастазов) в грудной клетке.
5. **Цитологическое исследование** – при этом методе изучается клеточный состав материала.
6. **Ортопантограмма** - развёрнутая рентгенография верхней, нижней челюстей и зубных рядов.
7. **Синус-лифтинг** – операция поднятия дна гайморовой пазухи.
8. **Фолликулярная киста** - зубосодержащая киста.
9. **Радикулярная киста**- киста, расположенная в области корня зуба.
10. **СОПР** – слизистая оболочка полости рта.
11. **ЧЛО** – челюстно-лицевая область.
12. **ВНЧС** – височно- нижнечелюстной сустав.
13. **ЭОД-электроодонтодиагностика**
14. **Дифференциальный диагноз** – определение различительных признаков данного заболевания с другими схожими заболеваниями.

15. Невралгия тройничного нерва — заболевание, характеризующееся приступообразными болями областей, иннервируемых ветвями тройничного нерва.

16. Тригеминальная невралгия – пароксизмальная невралгия компрессионной природы тройничного нерва.

17. Вегетативные симптомы – сосудистые нарушения, покраснение конъюнктивы, изменение цвета кожи и слизистых оболочек, снижение их температуры в области повреждения.

18. Рубцовая контрактура – рубцовые изменения тканей, окружающих нижнюю челюсть и ограничивающие открывание рта.

19. Остеогенная саркома – чрезвычайно опасная обширная опухоль, развивающаяся из собственно костной ткани.

20. Ксенотрансплантация - пересадка тканей животных человеку, например: собаки, зайцев, ягнят.

21. Аллотрансплантация - пересадка тканей генетически одинаковых организмов друг другу (от человека к человеку).

22. Операция Ваннаха операцияси – удаление подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов с поверхностной фасцией шеи.

23. Мономорфная аденома – доброкачественная опухоль слюнных желез.

24. Бранхиальные кисты и свищевые ходы – кисты и свищевые ходы, развивающиеся из I и II жаберных дуг.

25. Изотрасплантация - пересадка тканей от одного близнеца другому.

26. Точки Валле – отверстия черепа, из которых выходят периферические ветви тройничного нерва.

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Зарегистрировано
учебно-методическим отделом
№ _____ « _____ »
_____ 2019 г.

“УТВЕРЖДАЮ”
Проректор по учебной и
воспитательной работе
к.м.н., доцент Г.Ж. Жарылкасынова
« _____ » _____ 2019 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

ПО ПРЕДМЕТУ

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

**ОБЛАСТЬ ЗНАНИЙ: 700000 - СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ.**

ОБЛАСТЬ ОБРАЗОВАНИЯ: 720000 - ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

НАПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ: 5510400 - СТОМАТОЛОГИЯ

Курс: - 5

Объем часов: – 296 часов

Всего часов: - 210 часов

Из этого:

Лекция: – 12 часов

Практические занятия: – 94 часов

Клинические занятия: - 104 часов

Самостоятельная работа: – 86 часов

Составители:

Рахимов З.К. - заведующий кафедрой Хирургической стоматологии, к.м.н.
Пулатова Ш.К. – ассистент кафедры Хирургической стоматологии

Рецензенты:

Камалова Ф.Р. - заведующая кафедрой “Детской стоматологии” БухгосМИ
к.м.н.

Идиев Г.Э. – заведующий кафедрой «Ортопедической стоматологии»
БухгосМИ к.м.н.

Данная рабочая программа составлена на основании образцовой учебной программы и учебного плана направления 5510400 – Стоматология, обсуждена и утверждена на кафедральном заседании.

Протокол №___ «27» июня 2019 г.

Заведующий кафедрой Хирургической стоматологии Рахимов З.К.

Председатель центральной методической комиссии факультета к.м.н.
Хабибова Н.Н. _____

Данная рабочая программа составлена на основании образцовой учебной программы и учебного плана направления Стоматология, обсуждена и утверждена на заседании центральной методической комиссии Бухарского государственного медицинского института.

Протокол №___ «___» август 2019 г.

Методист:

Жумаева Ш.Б.

СОСТАВ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ ПО ПРЕДМЕТУ:

В учебно-методическом комплексе “Челюстно-лицевая хирургия с учебной практикой” охвачены теоретические и практические знания основных разделов предмета, восстановительная хирургия органов полости рта, встречающиеся в челюстно-лицевой области опухоли и опухолеподобные образования, заболевания височно-нижнечелюстного сустава, врожденные и приобретенные дефекты и деформации и причины их развития, охватывает их клиническую картину и диагностику, созданы предпосылки для клинического мышления, обоснования признаков заболевания, определения принципов лечения заболеваний для будущего стоматолога общей практики.

Цели и задачи учебного предмета

Цель изучения предмета – “Челюстно-лицевая хирургия с учебной практикой” подготовка врача-стоматолога общей практики к оказанию амбулаторной хирургической стоматологической помощи, обозначенной структурой здравоохранения Республики Узбекистан при различных заболеваниях, встречающихся в органах челюстно-лицевой области и полости рта путем применения основных разделов теоретических и практических знаний.

Задачи предмета:

- 1 обучение применения в каждодневной практике обследования, диагностики и методов хирургического лечения заболеваний органов полости рта в условиях поликлиники;
- 2 ознакомление с особенностями методов обследования, диагностики и методов лечения опухолей и опухолеподобных образований, встречающихся в челюстно-лицевой области;
- 3 ознакомление с причинами развития встречающихся в челюстно-лицевой области врожденных и приобретенных дефектов и деформаций, особенностями методов обследования, диагностики и методов лечения;
- 4 предмет челюстно-лицевая хирургия acquaints and teaches methods of conductible rehabilitation of patients, treated in the department of maxillofacial surgery after discharge from the hospital.

Требования, предъявляемые к знаниям, навыкам и квалификации студентов по предмету

В процессе усвоения учебного предмета с учебной практикой челюстно-лицевой хирургии в процессе применяемых на практике бакалавра:

- анатомическое строение тканей парадонта;
- теорию развития заболеваний парадонта;
- классификацию заболеваний парадонта;
- проявления клиники различных видов заболеваний парадонта;
- виды трансплантатов, применяемых в костной ткани;
- аномалии развития уздечки губы и языка;
- причины развития рубцовых деформаций слизистой оболочки полости рта;
- причины первичной и вторичной адентии;
- патоморфологические основы дентальной имплантации;
- виды дентальной имплантации;
- общие принципы операций дентальной имплантации;

- оценка к подготовке дентальной имплантации и функционального состояния полости рта;
- составление совместного плана лечения с ортопедом стоматологом;
- диагностика и устранение осложнений, наблюдаемых во время и после дентальной имплантации;
- этиопатогенез и теорию происхождения опухолей;
- онкологическую настороженность, диспансеризацию;

- анатомио-топографическое строение регионарной лимфатической системы области лица и шеи;
- облигатные и факультативные предраковые заболевания;
- TNM система и международная классификация опухолей;
- органоспецифические и органонеспецифические доброкачественные опухоли мягких тканей и костей;
- опухолеподобные образования;
- определение лечебного учреждения и диагностика злокачественных опухолей;
- анатомио-топографическое строение мимических мышц и нервов лица;
- развитие врожденных дефектов, их классификация и принципы лечения;
- развитие приобретенных дефектов лица и челюстей, их классификация и принципы лечения;
- **должен знать** классификацию развития аномалий челюстей и костей лицевого скелета и принципы их лечения;
- проведение кюретажа зубо-десневых карманов;
- проведение гингивотомии и гингивэктомии;
- проведение простых лоскутных операций на слизистой оболочке десны;
- устранение короткой уздечки верхней и нижней губы и языка;
- проведение альвеолопластики;
- устранение экзостозов челюстей;
- проведение компактной остеотомии;
- мобилизация краёв раны и устранение рубцовых тканей;
- процедуры по устранению осложнений, наблюдаемых во время и после дентальной имплантации;
- проведение биопсии;
- удаление предраковых образований;
- удаление образований мягких тканей лица;
- проведение операции цистотомии при одонтогенных кистах;
- проведение “алкоголизации” и коагуляции при опухолях кровеносных сосудов;

- фиксация челюстей простым ортопедическим путём после резекции нижней челюсти;
- *должен уметь проводить* процедуры по уходу за больными после восстановительных операций области лица.

Связь учебного плана предмета с другими предметами и непрерывная последовательность с методической точки зрения

Челюстно-лицевая хирургия с учебной практикой считается клиническим предметом и проводится на 9-10-семестрах. Чтобы применить программу на практике, требуется обладать достаточными знаниями и навыками по предметам, запланированным в учебном плане - анатомия человека, гистология, цитология и эмбриология, патологическая анатомия, патологическая физиология, топографическая анатомия и оперативная хирургия, клиническая фармакология, оториноларингология, офтальмология, нейрохирургия, онкология, рентгенология, лучевая диагностика, общая хирургия, анестезиология и реанимация.

Роль в системе здравоохранения.

Предмет Челюстно-лицевая хирургия с учебной практикой занимая особенное отдельное место в системе здравоохранения, занимается устранением дефектов и деформаций, возникающих после различных травм челюстно-лицевой области, инфекционно-воспалительных и онкологических заболеваний.

Современные информационные и педагогические технологии в обучении предмету

Для усвоения студентами предмета челюстно-лицевая хирургия с учебной практикой имеет важное значение применение новых информационно-педагогических технологий, использование современных и передовых методов преподавания.

В процессе усвоения предмета используются учебные и методические пособия, тексты лекций, раздаточные материалы, программы компьютеров, электронные материалы и видеосистемы. На лекционных и практических занятиях пользуются соответствующими передовыми педагогическими технологиями.

Я этого достоин

На лекционных занятиях у студентов появится возможность непосредственно испытать практические знания, освоенные ими вне уроков. В целях быстрого оценивания усвоенных ими знаний во время выполнения заданного им задания, мы предлагаем испытанную на практике следующую методику оценивания – «Я этого достоин».

При этом:

- студенты предварительно подготовившись, делятся на группы на основании подготовки на разданные вопросы. Кто считает себя достойным той или иной оценки, присоединяется к той группе. «Отлично», «Хорошо», «Удовлетворительно». Если студент согласно критерию оценивания на сегодняшний урок должен оцениваться по 3-х балльной текущей оценке, то отлично – 2,6-3 балла, хорошо - 2.2-2.5 балла, удовлетворительно -1.7-2.1 балла;
- для каждой из групп должна иметься система заранее подготовленных вопросов, сначала нужно заниматься с группой оценки «Отлично»;
- если студент находит ответ на вопрос подготовленный для этой группы, из игры он естественно выходит с оценкой «Отлично»;
- если все вопросы группы уже заданы, а студент, претендующий на оценку отлично не ответил ни на один вопрос, он будет вынужден присоединиться к группе ниже;
- при продолжении процесса в том же духе, студент, не смогуший ответить на вопросы и других групп, считается не сдавшим задание.

Результаты, ожидаемые от применения метода:

- у студента появится возможность самооценивания;
- для того, чтобы быть достойным «этой оценки», студент усердно занимается, нужно дать ответы на более трудные вопросы, что вынуждает его собирать побольше сведений и обосновывать мысли;
- студент по возможности будет стремиться попасть в группу «повыше», что заставит его работать над собой;
- каждый студент должен стараться для «себя», это будет способствовать появлению у него чувства ответственности;
- для оценивания затрачивается не так уж много времени.

В общем, в результате применения метода у каждого студента появится возможность «роста», что обеспечивает выполнение объективного оценивания, то есть, у учителя поменяется мнение, «что этот студент учится на тройки».

“Творческая мысль и клиническая находчивость”

Цель: Изучить творческое мышление и клиническую находчивость и оценить студентов исходя из смысла ситуационной задачи.

При этом студентам раздаются касающиеся данной темы ситуационные задачи и листы с температурной кривой. Студент внимательно изучив смысл задачи, отражает на листе соответствующие дню лабораторные сведения и клинические признаки, ставит диагноз и назначает лечебные мероприятия..

Оригинальная мысль.

Данная педагогическая технология применяется для оценки степени усвоения слушателями и закрепления ими содержания темы. Производится анализ мнений слушателей. Слушатель, выразивший оригинальную мысль, награждается.

Метод “Трёхступенчатое интервью”

Цель: Обучить студентов определению проблем больного и правильному психологическому подходу в их решении.

Основные направления: Группа делится на 2-3 малые подгруппы и студентам разделяют роли: врач, больной, эксперт. Студенту, выполняющему роль больного, скрытно говорится его диагноз. Больной должен хорошо знать жалобы, развитие заболевания, эпидемиологический анамнез, врач в свою очередь должен глубоко знать изменения, имеющиеся у больного и те, которые могут у него развиться вследствие заболевания. Каждый врач дает консультацию больному в течение 10-15 минут. Эксперт оценивает деятельность участников (больной и врач) по трем критериям:

1. Что сделано правильно?
2. Что сделано неправильно?
3. Как нужно было правильно выполнить?

Сценарий проведения метода “Ручка на середине стола”

Студентам задаётся одно задание. На основании этого задания студент написав один вариант ответа, вращая свою ручку на середине стола, передаёт её другому студенту.

Метод игры “Кот в мешке”

Цель: Обеспечение обладания студентами глубоких знаний по данной теме.

Преимущества: Преподаватель готовит вопросы для студентов по данной теме. Во время урока студент по списку достаёт один из вопросов из мешка. Вопросы готовятся на специальных карточках.

Студенты достают карточки. Ответы на вопросы дают письменно. Консультанты проверив ответы, объявляют количество баллов и самые высокие из них.

| Количество часов | Распределение количества учебной нагрузки по аудиторным занятиям (часы) | | | | | Самостоятельная работа |
|------------------|---|--------|----------------------|---------|---------------------|------------------------|
| | Всего | Лекции | Практические занятия | Семинар | Клинические занятия | |
| 296 | 210 | 12 | 94 | - | 104 | 86 |

4. Лекции

4.1. Тематический план лекционных занятий

| № | План лекций | часы |
|---|--|-------------|
| 1 | Цели и задачи восстановительной хирургии челюстно-лицевой области. Методы обследования. Пластика местными тканями. | 2 ч |
| 2 | Восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. Пластика Филатовым стеблем. Пластика дефектов и деформаций челюстно-лицевой области с применением методов микрохирургии. | 2ч |
| 3 | Современные понятия о биологической сущности опухолей. Организация онкостоматологической помощи. Теории канцерогенеза. Международная гистологическая классификация опухолей. Стадии развития опухолей. Статистика. Методы обследования и диагностики больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губы. | 2 ч |
| 4 | Одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования. | 2 ч |
| 5 | Неэпителиальные доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования. | 2 ч |
| 6 | Врожденные и приобретенные дефекты и деформации челюстно-лицевой области. Устранение деформаций хирургическим путем. Костная пластика. Виды трансплантатов. Принципы хирургических методов лечения. Анкилоз и контрактура височно-нижнечелюстного сустава. Современные понятия об источниках остеогенеза клеток и тканей. Дистракционный остеосинтез. Имплантация полимерных композитов. Современные технологии в инженерии тканей и применение их в костной пластике. Использование стволовых клеток. | 2 ч |
| | Всего | 12 ч |

4.2. Содержание лекционных материалов

Тема №1 Цели и задачи восстановительной хирургии челюстно-лицевой области. Методы обследования. Пластика местными тканями.

Восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. Планирование восстановительных операций: основные принципы планирования, показания к проведению пластических операций и особенности их проведения. Пластика местными тканями: виды операций местной пластики, устранение рубцов и деформации лица местными тканями. Пластика лоскутом на ножке: виды лоскута на ножке, со лба, носо-губной складки. показания к пластике встречными треугольными лоскутами

Литература: О (основная)- 1 Д (дополнительная)-10,11,12,20,21.

Тема №2 Восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. Пластика Филатовым стеблем. Пластика дефектов и деформаций челюстно-лицевой области с применением методов микрохирургии.

Пластика Филатовым стеблем: показания к подготовке Филатовского стебля. Методы подготовки стебля и этапы миграции к области дефекта, свободная пересадка тканей: показания и самые оптимальные области для взятия тканей для пересадки. Пластика дефектов и деформаций челюстно-лицевой области с помощью микрохирургии: понятия о микрохирургической пластике. Планирование и схема проведения микрохирургических операций. Уход за больными после проведения пластических операций мягких тканей и скелета лица и челюстей. Современные хирургические методы лечения

Литература: О (основная)- 1 Д (дополнительная)-10,11,12,20,21.

Опухоли челюстно-лицевой области.

Организация онкостоматологической помощи. Диспансеризация онкостоматологических больных. Группы диспансеризации. Эпителиальные доброкачественные опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение.(плоскоклеточная папиллома, сосочковая гиперплазия, ринофима, кератоакантома, кератоз, невус). Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования фиброзной и жировой тканей (фиброма, фиброматоз десен, эпulis, липома, рабдомиома). Клиника, диагностика, лечение. Одонтогенные опухоли. Амелобластома, одонтома, цементома, одонтогенная фиброма. Клиника, диагностика, лечение. Кисты челюстей. Этиология, патогенез, диагностика, лечение (радикулярная киста, фолликулярная киста, кератокиста, кисты десен, кисты периода прорезывания зубов). Остеогенные опухоли челюстей (остеома, остеоид-остеома, остеобластокластома, хондрома, остеохондрома, гигантоклеточная опухоль). Клиника, диагностика, лечение. Неостеогенные опухоли челюстей (опухоли костного мозга, опухоли кровеносных сосудов костей, фибромы). Опухоли слюнных желез (полиморфная аденома, мономорфная аденома, мукоэпидермоидная опухоль, аденокарцинома). Клиника, диагностика, лечение. Кисты слюнных желез (ретенционные кисты, ранула). Клиника, диагностика, лечение. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и кожи лица, их факультативные и облигатные формы, клиника, лечение. Рак кожи лица и слизистой оболочки полости рта (языка, дна полости рта, мягкого и твердого неба и др.), их морфологические виды. Клиника, диагностика, лечение. Рак и саркома нижней челюсти. Клиника, диагностика, лечение. Рак и саркома верхней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.

Литература: О (основная)- 1 Д (дополнительная)-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,15,18,20,21.

Тема №3 Современные понятия о биологической сущности опухолей. Организация онкостоматологической помощи. Теории канцерогенеза. Международная гистологическая классификация опухолей. Стадии развития опухолей. Статистика. Методы обследования и диагностики больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губы.

Современные понятия о биологической сущности опухолей. Теории канцерогенеза. Международная гистологическая классификация опухолей. Стадии развития опухолей. Статистика. Методы обследования и диагностики больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.

Литература: О (основная)- 1 Д (дополнительная)--13,14,20,21.

Тема № 4 Одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования.

В челюстных костях вследствие эмбрионального развития скелета челюстей происходят внутренние, глубокие и сложные изменения. Эти изменения в челюстях в свою очередь, влияют на такие процессы, как формирование, прорезывание и рост зубов. Такие опухоли Петрес назвал одонтогенными опухолями. Амелобластома (адамантинома) – эпителиальная одонтогенная опухоль. Сходство с эмалью зуба небольшое. В основном, локализуется в области жевательных зубов, угла и ветви нижней челюсти. Морфологически бывает двух видов:

- плотная
- кистозная

В области тела и ветви нижней челюсти появляется образование округлой формы. Челюсть резко деформируется, приобретая яйцевидную форму. Наряду с этим отмечается атрофия костной ткани, кортикальная пластинка истончается, в некоторых местах совсем отсутствует. Опухоль растет в основном наружу, в области нижних моляров может выпячиваться в язычную сторону. На верхней челюсти опухоль растет наружу и в сторону верхнечелюстной пазухи. При пальпации кортикальной пластинки отмечается крепитация или флюктуация.

Литература: О (основная)- 1 Д (дополнительная)-6,17,19,20,21

Тема № 5 Неэпителиальные доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования.

Опухольвидные образования бывают вирусной или грибковой природы, располагаясь на твёрдом нёбе. Обычно они безболезненны и состоят из нескольких тканей. Представляют собой мягкие сосочковые образования красного цвета с широким основанием. Встречается на верхней челюсти у больных, пользующихся съёмным пластинчатым протезом. При микроскопическом исследовании отмечается утолщение эпителиального слоя без ороговения, с признаками хронического воспаления.

Литература: О (основная)- 1 Д (дополнительная)-6,17,19,20,21

Тема № 6 Врожденные и приобретенные дефекты и деформации челюстно-лицевой области. Устранение деформаций хирургическим путем. Костная пластика. Виды трансплантатов. Принципы хирургических методов лечения. Анкилоз и контрактура височно-нижнечелюстного сустава. Современные понятия об источниках остеогенеза клеток и тканей. Дистракционный остеосинтез. Имплантация полимерных композитов. Современные технологии в инженерии тканей и применение их в костной пластике. Использование стволовых клеток.

При анализе дефекта необходимо уточнить его происхождение, причину рубцовых спаек и смещения тканей, ограничения открывания рта, нарушение дыхания, глотания или речи. Необходимо определить размер и форму дефекта. Кроме этого, для закрытия области дефекта необходимо знать объём нужной ткани. В некоторых случаях для восстановления утраченных тканей в эстетическом отношении нужный их объём для полноценного выполнения функции недостаточен. Если при закрытии тотального дефекта щёчной области в состоянии закрытого рта, при восстановлении внутреннего и наружного слоёв щеки в двухкратном размере увеличить размер тканей, произойдет ограничение открывания рта. Больные с заболеваниями ВНЧС встречаются в 95% случаев. Нарушение функции сустава связано с изменениями механизмов

сложного нервно-мышечного аппарата, контролирующего и направляющего все его движения. При этом пломбирование зуба, его удаление или протезирование является причиной заболеваний зубов, десен и слизистой полости рта (пародонтит, пародонтоз, патологическая стираемость зубов). Нарушения прикуса способствуют дискоординации и асинхронному сокращению жевательных мышц.

Литература: О (основная)- 1 Д (дополнительная)-10,11,12,20,21.

Показания и рекомендации по организации практических занятий.

На практических занятиях студенты изучают в тематических комнатах по теме на волонтерах, фантомах или муляжах диагностику заболеваний, составление плана лечения, дифференциальную диагностику, проведение манипуляций и операций, перевязки больных в стационаре, участие в экстренных и плановых операциях, выполнение оперативных вмешательств.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПРЕДМЕТУ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

| | Темы | прак | клин | часы |
|-----|--|------|------|------|
| 1. | Теории происхождения опухолей. Международная гистологическая классификация опухолей. Стадии развития опухолей. | 4 | 2 | 6 |
| 2. | Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей челюстно - лицевой области. | 1 | 3 | 4 |
| 3. | Доброкачественные остеогенные опухоли. Клиника, диагностика, лечение. (Остеома, остеоид остеома, остеобластома, хондрома, остеохондрома, гигантоклеточная опухоль). | 3 | 3 | 6 |
| 4. | Одонтогенные опухоли. Амелобластома, одонтома, цементома, одонтогенная фиброма. Клиника, диагностика, лечение. | 3 | 3 | 6 |
| 5. | Опухолеподобные образования челюстей. Этиология, патогенез, диагностика, лечение (радикулярная киста, кератокиста, зубосодержащая киста, киста прорезывания зубов, кисты десен). | 1 | 3 | 4 |
| 6. | Опухоли слюнных желез. Мономорфная аденома, полиморфная аденома, мукоэпидермальная опухоль. Клиника, диагностика и лечение. Аденокарцинома. Диагностика и принципы лечения. | 3 | 3 | 6 |
| 7. | Врожденные кисты лица и шеи. (эпидермоидные и дермоидные). Клиника, диагностика и лечение. | 1 | 3 | 4 |
| 8. | Врожденные свищевые ходы лица и шеи. | 3 | 3 | 6 |
| 9. | Планирование восстановительных операций: основные принципы планирования, показания к проведению пластических операций в области лица и особенности их проведения. | 3 | 3 | 6 |
| 10. | Пластика местными тканями: виды операций местной пластики, мобилизация краёв раны и встречные треугольные лоскуты по Лимбергу. | 1 | 3 | 4 |

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| 11. | Выполнение пластики лоскутом на ножке. | 1 | 3 | 4 |
| 12. | Пластика местными тканями: встречные треугольные лоскуты по Лимбергу. | 3 | 3 | 6 |
| 13. | Свободная пересадка тканей: показания к свободной пересадке тканей челюстно-лицевой области и принципы их проведения. | 3 | 3 | 6 |
| 14. | Пластика Филатовым стеблем: показания к подготовке Филатовского стебля. Этапы миграции стебля к области дефекта. Распластывание стебля. Осложнения. | 3 | 3 | 6 |
| 15. | Пластика дефектов и деформаций челюстно-лицевой области с помощью методов микрохирургии. | 3 | 3 | 6 |
| 16. | Неврит и невралгия лицевого нерва. Паралич мимических мышц. | 3 | 3 | 6 |
| 17. | Эстетическая хирургия лицевой области. | 1 | 3 | 4 |
| 18. | Методы обследования и диагностика больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области. | 3 | 3 | 6 |
| 19. | Облигатные и факультативные предраковые заболевания кожи лица. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губы. Клиника, диагностика и лечение. | 3 | 3 | 6 |
| 20. | Злокачественные опухоли кожи: базалиома, плоскоклеточный рак и меланома. Клиника, диагностика и лечение. | 3 | 3 | 6 |
| 21. | Злокачественные эпителиальные опухоли красной каймы губы. Клиника, диагностика и принципы лечения. | 3 | 3 | 6 |
| 22. | Злокачественные эпителиальные опухоли слизистой оболочки полости рта: щеки, неба, языка, дна полости рта. Клиника, диагностика и принципы лечения. | 3 | 3 | 6 |
| 23. | Злокачественные эпителиальные и неэпителиальные опухоли верхней челюсти. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и принципы хирургического лечения. | 3 | 3 | 6 |
| 24. | Злокачественные эпителиальные и неэпителиальные опухоли нижней челюсти. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и принципы хирургического лечения. | 3 | 3 | 6 |
| 25. | Синдром дисфункции ВНЧС. Остеоартроз. Клиника и диагностика. Принципы хирургического лечения. | 3 | 3 | 6 |
| 26. | Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава. Клиника и диагностика. Принципы хирургического лечения. | 3 | 3 | 6 |
| 27. | Контрактура нижней челюсти. Клиника и диагностика. Принципы хирургического лечения. | 3 | 3 | 6 |
| 28. | Костная пластика. Виды трансплантатов. Принципы хирургических методов лечения. | 3 | 3 | 6 |
| 29. | Деформации верхней челюсти: устранение макро- или прогнатии. | 3 | 3 | 6 |
| 30. | Деформации нижней челюсти: устранение макро- или прогнатии. | 3 | 3 | 6 |

| | | | | |
|-----|---|----|-----|-----|
| 31. | Источники остеогенеза тканей и клеток. Дистракционный остеосинтез. | 3 | 3 | 6 |
| 32. | Имплантация полимерных композитов. | 3 | 3 | 6 |
| 33. | Современная технология в инженерии тканей и применение её в костной пластике. Использование стволовых клеток. | 3 | 3 | 6 |
| 34. | Неврит и невралгия тройничного нерва. | 3 | 3 | 6 |
| 35. | Уход за больными после проведения пластических операций мягких и костных тканей челюстно-лицевой области. | 3 | 3 | 6 |
| | Всего | 94 | 104 | 198 |

1.2.1 Интерактивные методы, применяемые на практических занятиях.

1.2.2 Интерактивный метод: метод обучения на основании принципа «Метод снежков»

При этом методе студенты делятся на группы по 2,4, 8 человек и проводят обсуждение. Положительной стороной этого метода является то, что затратив мало сил, можно уравнять разницу в группе. Преподаватель предлагает студентам решить проблему самостоятельно. После обсуждения в малых подгруппах, то есть, если было 4 подгрупп, после обсуждения они объединяются в 2 подгруппы, которые снова обсудив проблему, объединяются в 1 целую группу. В результате, после подробного обсуждения, формируется общее мнение. При этом методе каждый студент в течение обсуждения старается высказать своё мнение.

Метод Аквариум

При этом методе из группы на середину кабинета выбирают 3 студентов, которые выполняют роль "рыбок, остальные студенты становятся наблюдателями. Это напоминает телевикторину "Что, где, когда". Если в течение одной минуты вышедшие на середину кабинета студенты не найдут ответа на вопросы, их место занимает другая тройка. Этот метод позволяет:

- Обсудить тему внутри группы
- Раскрыть тему
- Оценить знания студентов
- Повысить умение вести дискуссию.
- Проводится в виде игры
- Участвует каждый студент.

5.2.2. Смысл тем практических занятий

Тема №1. Теории происхождения опухолей. Международная гистологическая классификация опухолей. Стадии развития опухолей.

Литература: О (основная)- 1,3,4, Д (дополнительная)- 6,17,19,20,21.

Тема №2. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей челюстно - лицевой области.

Опухольвидные образования бывают вирусной или грибковой природы, располагаясь на твёрдом нёбе. Они состоят из нескольких безболезненных тканей. Представляют собой мягкие сосочковые образования красного цвета с широким основанием. Это состояние встречается на верхней челюсти у больных, пользующихся съёмным пластинчатым протезом. При микроскопическом исследовании отмечается утолщение эпителиального слоя без ороговения, с признаками хронического воспаления.

Литература: О (основная)- 1,3,4, Д (дополнительная)- 6,17,19,20,21.

Тема №3. Доброкачественные остеогенные опухоли. Клиника, диагностика, лечение. (Остеома, остеоид остеома, остеобластома, хондрома, остеохондрома, гигантоклеточная опухоль).

Хондрома. Развивается из хрящевой ткани или хрящевых остатков, образующих кость. Поэтому хондрома обладает свойственной ей процессом локализации. На верхней челюсти располагается на средней части, на нижней челюсти встречается очень редко. До десятилетнего возраста ребенка хондрома поражает лицевой скелет в редких случаях. В основном встречается у людей среднего и старческого возраста. Хондрома делится на 2 вида: эндохондрому, располагающуюся по отношению к челюсти интраоссально и экзохондрому, располагающуюся по периферии челюсти. Хондрома бывает одиночной или множественной. Из доброкачественной может перейти в злокачественную. В большинстве опухоль располагается по срединному шву верхней челюсти. В английской литературе описаны многочисленные случаи остеохондромы венечного и суставного отростков нижней челюсти. Хондрома растёт медленно, но может достигать больших размеров.

Литература: О (основная)- 1,3,4, Д (дополнительная)- 6,17,19,20,21.

Тема № 4. Одонтогенные опухоли. Амелобластома, одонтома, цементома, одонтогенная фиброма. Клиника, диагностика, лечение.

В челюстных костях вследствие эмбрионального развития скелета челюстей происходят внутренние, глубокие и сложные изменения. Эти изменения в челюстях в свою очередь, влияют на такие процессы, как формирование, прорезывание и рост зубов. Такие опухоли Петрес назвал одонтогенными опухолями. Амелобластома (адамантинома) – эпителиальная одонтогенная опухоль. Сходство с эмалью зуба небольшое. В основном, локализуется в области жевательных зубов, угла и ветви нижней челюсти. Морфологически бывает двух видов:

- плотная
- кистозная

В области тела и ветви нижней челюсти появляется образование округлой формы. Челюсть резко деформируется, приобретая яйцевидную форму. Наряду с этим отмечается атрофия костной ткани, кортикальная пластинка истончается, в некоторых местах совсем отсутствует. Опухоль растёт в основном наружу, в области нижних моляров может выпячиваться в язычную сторону. На верхней челюсти опухоль растёт наружу и в сторону верхнечелюстной пазухи. При пальпации кортикальной пластинки отмечается крепитация или флюктуация.

Литература: О (основная)- 1,3,4 Д (дополнительная)-6,17,19,20,21

Тема № 5. Опухолеподобные образования челюстей. Этиология, патогенез, диагностика, лечение (радикулярная киста, кератокиста, зубосодержащая киста, киста прорезывания зубов, кисты десен).

Корневая (радикулярная) киста

Околоторневая киста является следствием длительного хронического воспаления в периодонте. По Международной классификации болезней, травм и причин смерти (X пересмотр, 1995) околоторневые кисты включены в раздел болезней пульпы зуба и периапикальных тканей.

Возникновение корневой кисты связано с развитием верхушечной гранулемы, в которую пролиферируют активизированные воспалением эпителиальные остатки периодонтальной связки (островки Малассе). Вначале они приводят к образованию кистогранулемы, а затем, выстилая полностью полость, формируют кисту. Оболочка кисты состоит из двух слоев, толщина которых может варьировать в больших пределах. Слои оболочки кисты представлены наружной соединительнотканной основой и внутренней эпителиальной выстилкой. Значительное разрастание грануляционной ткани между этими двумя слоями часто возникает в результате воспалительных изменений. В грубоволокнистой ткани наружного слоя могут встречаться скопления ксантомных клеток, «отпечатки» кристаллов холестерина, окруженные гигантскими многоядерными клетками («инородные тела»), отдельные кровоизлияния.

Литература: О (основная)- 1,3,4 Д (дополнительная)-6,17,19,20,21

Тема №6. Опухоли слюнных желез. Мономорфная аденома, полиморфная аденома, мукоэпидермальная опухоль. Клиника, диагностика и лечение. Аденокарцинома. Диагностика и принципы лечения.

По гистогенезу различают эпителиальные и неэпителиальные опухоли слюнных желез.

Эпителиальные опухоли: аденомы – полиморфная (плеоморфная) и мономорфная с ее разновидностями, мукоэпидермоидная опухоль, а также группу карцином – аденоклеточная, эпидермоидная 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 – слюнисто-слюнные железы неба, 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.

Аденокистозная карцинома – злокачественная опухоль, наиболее часто встречается в малых слюнисто-слюнных железах неба, реже в околоушной и др. Вначале опухоль медленно увеличивается, однако отмечаются нередкие боли даже при небольших, что объясняется ростом её по периневральным щелям. Боли бывают самостоятельные, а также возникают при пальпации. Локализуясь на небе, опухоль разрушает небную пластинку и распространяется в верхнечелюстную пазуху. Слизистая оболочка, покрывающая опухоль, приобретает синюшную окраску. 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 основном в легкие.

Литература: О (основная)- 1,3,4 Д (дополнительная)-6,17,19,20,21

Тема №7. Врожденные кисты лица и шеи. (эпидермоидные и дермоидные). Клиника, диагностика и лечение.

При тиреоглоссальной кисте - подвижность ограничена, отмечается спаянность с кожей, затруднение глотания и нарушение речи. При инфильтрации кисты- боль, отёк, инфильтрация окружающих тканей.

Дифференциальная диагностика: Специфические воспалительные процессы, лимфаденит, дермоидная киста, аденома дистопированной 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. Врожденные свищи могут быть полными, при этом имеется два выводных отверстия: наружное — на коже, внутреннее — на слизистой оболочке полости рта, и неполными — с одним устьем, наружным или внутренним. Из устья свища выбухают грануляции. Кожа вокруг свищевых ходов гиперпигментирована. При патологии 1-й жаберной щели возникает киста или свищ околоушной области, наружного слухового прохода и ушной раковины. Аномалия развития 2-й жаберной щели ведет к формированию боковой кисты или свища шеи.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №8. Врожденные свищевые ходы лица и шеи.

При тиреоглоссальной кисте - подвижность ограничена, отмечается спаянность с кожей, затруднение глотания и нарушение речи. При инфильтрации кисты- боль, отёк, инфильтрация окружающих тканей.

Дифференциальная диагностика: Специфические воспалительные процессы, лимфаденит, дермоидная киста, аденома дистопированной 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. Врожденные свищи могут быть полными, при этом имеется два выводных отверстия: наружное — на коже, внутреннее — на слизистой оболочке полости рта, и неполными — с одним устьем, наружным или внутренним. Из устья свища выбухают грануляции. Кожа вокруг свищевых ходов гиперпигментирована. При патологии 1-й жаберной щели возникает киста или свищ околоушной области, наружного слухового прохода и ушной раковины. Аномалия развития 2-й жаберной щели ведет к формированию боковой кисты или свища шеи.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №9. Планирование восстановительных операций: основные принципы планирования, показания к проведению пластических операций в области лица и особенности их проведения.

Показаниями к осуществлению восстановительных и реконструктивных операций являются различного рода анатомо-функциональные, в том числе и чисто косметические, дефекты и деформации, которые могут быть врожденными или приобретенными. Приобретенные дефекты челюстно-лицевой области имеют самую разнообразную локализацию, протяженность и глубину, начиная от небольших изъянов поверхностного слоя кожи и кончая полным отсутствием всех костей лица и прилежащих к ним мягких тканей, век, глазных яблок и ушных раковин. Противопоказания к восстановительным и реконструктивным операциям. Различают местные и общие противопоказания. К местным относятся незначительная степень дефекта или деформации (при отсутствии существенных функциональных нарушений и в тех случаях, когда косметический фактор не имеет значения, особенно у лиц пожилого и старческого возраста); пиодермия кожи лица, язвенный стоматит, гингивит, глоссит; воспалительные процессы в регионарных лимфатических узлах, верхнечелюстных пазухах, челюстях, в носу, носовой части глотки и других органах, находящихся по соседству с местом операции.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №10. Пластика местными тканями: виды операций местной пластики, мобилизация краёв раны и встречные треугольные лоскуты по Лимбергу.

Несмотря на то что термин “пластическая хирургия” используется чрезвычайно широко, за рубежом изданы многотомные руководства по пластической хирургии, издается большое количество журналов с этим названием, точного определения специальности нет. Больше всего под это название подходит следующее: пластическая хирургия- раздел хирургии, в котором основное место занимают операции на поверхностных тканях тела. Если дефекты кожных покровов туловища и конечностей можно скрыть под одеждой или повязками, то дефекты открытых частей лица скрыть значительно тяжелее, и поэтому исторически сложилось так, что первый опыт пластических операций связан с замещением дефектов лица. Принципы работы с тканями на лице были распространены и на другие отделы тела. Фактически пластическая хирургия стала формироваться в качестве самостоятельного раздела в XX в. после первой мировой войны и окончательно утвердилась в 50-х годах после второй мировой войны. Сложность же определения названия состоит в том, что если под пластикой понимать не только перемещение, но и восстановление ткани на месте дефекта, то очень многие манипуляции в общей хирургии подходят под это название, например реконструкция пищевода из тонкой кишки, операции на диафрагме, мочеточниках и др.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №11. Выполнение пластики лоскутом на ножке.

При составлении плана операции пластики лоскутом на ножке учитывают направление крупных артериальных и венозных кровеносных сосудов, рельеф лица. Это позволяет при выкраивании лоскута избежать повреждения ветвей крупных сосудов и создать условия для образования малозаметного послеоперационного рубца. Пластика лоскутом на одной ножке осуществляется в наиболее выгодных условиях, когда в ножку лоскута включаются концевые артерии: например, при ринопластике лоскутом со лба. Питание лоскута на ножке, включающего кожный покров и подкожную жировую клетчатку, после его перемещения поддерживается через ножку лоскута, но уже в ближайшие часы начинает восстанавливаться и через новые соустья на месте соприкосновения раневых поверхностей. Грубое механическое воздействие, сдавливание или натяжение тканей лоскута, в особенности в области его ножки, приводит к затруднению оттока и притока крови, что вызывает гибель лоскута.

При перемещении лоскута в область дефекта происходит поворот ножки на различные углы. Надлежит учитывать, что поворот лоскута на угол, превышающий $85-90^{\circ}$, сопровождается искажением формы поверхности: у ножки лоскута образуется выпуклый бугорок- стоящий конус по теории А.А. Лимберга. Искажения поверхности можно избежать, выбирая меньший угол поворота ножки лоскута. В тех случаях, когда использование запасов подвижных тканей делает необходимым поворот ножки лоскута на угол более 90° выпуклый бугорок-конус - можно устранить после приживления лоскута. Для этого иссекают вершину бугорка веретенообразным разрезом или исправляют пластикой несимметричной фигурой встречных треугольных лоскутов.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №12. Пластика местными тканями: встречные треугольные лоскуты по Лимбергу.

Несмотря на то что термин “пластическая хирургия” используется чрезвычайно широко, за рубежом изданы многотомные руководства по пластической хирургии, издается большое количество журналов с этим названием, точного определения специальности нет. Больше всего под это название подходит следующее: пластическая хирургия- раздел хирургии, в котором основное место занимают операции на поверхностных тканях тела. Если дефекты кожных покровов туловища и конечностей можно скрыть под одеждой или повязками, то дефекты открытых частей лица скрыть значительно тяжелее, и поэтому исторически сложилось так, что первый опыт пластических операций связан с замещением дефектов лица. Принципы работы с тканями на лице были распространены и на другие отделы тела. Фактически пластическая хирургия стала формироваться в качестве самостоятельного раздела в XX в. после первой мировой войны и окончательно утвердилась в 50-х годах после второй мировой войны. Сложность же определения названия состоит в том, что если под пластикой понимать не только перемещение, но и восстановление ткани на месте дефекта, то очень многие манипуляции в общей хирургии подходят под это название, например реконструкция пищевода из тонкой кишки, операции на диафрагме, мочеточниках и др.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №13. Свободная пересадка тканей: показания к свободной пересадке тканей челюстно-лицевой области и принципы их проведения.

В восстановительной хирургии лица значительное место занимает свободная пересадка мягкотканых биологических трансплантатов. К ним относится пересадка жировой ткани, фасции, дезэпидермизированной кожи. Первоначально нашли применение аутогенные трансплантаты из жировой ткани и фасции. В современных условиях наряду с аутогенными тканями применяют аллогенный жир и аллогенную фасцию.

Фасциальные трансплантаты, аутогенные и аллогенные, хорошо переносят свободную пересадку. Это обусловлено несложностью анатомического строения фасции, бедностью кровоснабжения, маловыраженной иннервацией, что обеспечивает устойчивость фасциальных трансплантатов к неблагоприятным условиям при ее пересадке. Антигенные свойства фасции выражены слабо, что важно при пересадке аллогенных фасциальных трансплантатов. Фасциальные трансплантаты в восстановительной хирургии лица используют в качестве пластического материала с целью статического подвешивания отвесающих тканей лица, век, щеки, нижней губы вследствие паралича мимических мышц; для исправления объемных нарушений лица, обусловленных недоразвитием мягких тканей (гемиатрофия лица, синдром I и II жаберных дуг) или гибелью подкожной жировой клетчатки при механических ее повреждениях и воспалительных заболеваниях, а также для интерпозиции между рассеченными поверхностями кости при оперативном лечении анкилоза височно-нижнечелюстного сустава.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №14. Пластика Филатовым стеблем: показания к подготовке Филатовского стебля. Этапы миграции стебля к области дефекта. Распластывание стебля. Осложнения.

Впервые метод был опубликован в 1917 г. в «Вестнике офтальмологии» №4-5 в статье В. П. Филатова «Пластика на круглом стебле». Стебельчатый лоскут был применен 09.09.16 г. для первичного замещения дефекта нижнего века, возникшего после удаления раковой опухоли. В этой статье автор писал, что, применяя круглый стебель для устранения дефекта века, он усмотрел новый принцип пластики, который может быть применен на любом участке тела.

В настоящее время стебельчатый лоскут Филатова получил самое широкое признание и применение во всех странах мира. Практически хирурги получили возможность замещать дефекты лица любого размера и локализации.

Стебельчатый лоскут имеет ряд положительных качеств и выгодно отличается от других способов пластики. Одним из них является его хорошая приживляемость даже в тех местах, где ткани значительно изменены рубцами. Больше того, стебельчатый лоскут оказывает благотворное влияние на рубцовую ткань, способствуя ее размягчению и улучшению внешнего вида. Приживленные к краям дефекта ткани стебля, сохраняя и перемещая в нормальные анатомические границы смещенные и деформированные ткани, устраняют перерастяжение их, восстанавливают нормальное кровообращение и значительно расширяют кровеносную и лимфатическую сеть.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №15. Пластика дефектов и деформаций челюстно-лицевой области с помощью методов микрохирургии.

Обнаружение в организме участков регионарного, или замкнутого кровообращения, а также усовершенствование микрохирургической техники, используемой при сшивании сосудов малого

диаметра, позволили отказаться от питающей ножки и выполнять свободный перенос сложных лоскутов с донорских участков с немедленной реваскуляризацией на новом месте.

Впервые операционный микроскоп для сшивания сосудов диаметром 1 —1,5 мм применили J. Jacobson и E. Suarez (1960), доказав, что наложение швов под оптическим увеличением не вызывает сужения просвета сосуда и, следовательно, не влияет на количество протекающей через него крови. Главное условие, необходимое для свободного переноса сложного лоскута с микрососудистыми анастомозами—строго осевой характер строения донорского участка. Если лоскут способен к перемещению на узкой сосудистой ножке, то его можно перенести свободно и после временного пересечения сосудов с немедленным сшиванием их вновь с сосудами на другом участке.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №16. Неврит и невралгия лицевого нерва. Паралич мимических мышц.

Невралгия коленчатого узла лицевого нерва (син.: синдром повреждения коленчатого узла лицевого нерва, синдром Ханта, ганглионит коленчатого узла). Заболевание сопровождается болями слухового прохода. В большинстве возникает после вирусных инфекций, характеризуется герпетическими высыпаниями в области лица, парезом мимических мышц пораженной стороны.

Невралгия Видиевого нерва (син.: невралгия нерва крыловидного канала, синдром Файла). Заболевание возникает после воспалительных процессов в придаточных пазухах носа, сопровождается сильными иррадирующими болями в область глаз, носа и зубов.

Тема №17. Эстетическая хирургия лицевой области.

Тема №18 Методы обследования и диагностика больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области. Внешний осмотр. Проводятся исследования кожи лица, слизистой оболочки полости рта и одновременно проводится консультация онколога. Проводится рентгенография, томография, ангиография, реакция Блэка, стоматоскопия, цитология, тепловидеография. Метод обследования и диагностика, больных со злокачественными опухолями начинается с жалоб больного. При опросе можно установить, что уплотнение появилась давно, мало беспокоило, отмечалось чувство жжения. Из анамнеза можно выяснить, что длительно проводилось самолечение. К врачу не обращались. Часто начало заболевания связывают с какой-то травмой или долго находился на лечении. Даёт частые рецидивы. При осмотре необходимо осматривать у каждого больного в определенной последовательности все отделы полости рта и языка, особенно у дорсальной поверхности основания языка. Пальпация необходима, так как одним из ведущих клинических симптомов при дифференциальной диагностике это наличие плотного инфильтрата на основании припухлости. Необходимо пальпировать регионарные лимфатические узлы.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №19. Обязательные и факультативные предраковые заболевания кожи лица. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губы. Клиника, диагностика и лечение.

Изучение предопухолевых состояний является одной из актуальных проблем современной теоретической медицины. Раку кожи лица, красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта в большинстве случаев предшествуют предопухолевые состояния, по данным Ленинградского онкологического института предшествовали раку кожи лица в 47% случаев, раку нижней губы 92-97%, раку слизистой оболочки полости рта в 88,7%. Продолжительность изучения предопухолевых 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.Образованию предопухолевых 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, привычное кусание слизистой оболочки, действие химических объектов (бензин, смолы), курение, закладывание носа под язык в Республиках Средней Азии, употребление алкоголя.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №20. Злокачественные опухоли кожи: базалиома, плоскоклеточный рак и меланома. Клиника, диагностика и лечение.

Среди всех злокачественных новообразований опухоли кожи по частоте занимают третье место после рака желудка и легких. По данным А.И.Пачеса среди всех больных со злокачественными опухолями кожи локализация их на голове и шее встречается в 89% случаев, при этом на лице чаще всего злокачественные опухоли возникают на коже носа (30%), век (20%), щек (13%), первично множественные в 10% наблюдений. Болгарские авторы Р.Райчев и В.Андреев (1965) отмечают, что средний возраст больных раком кожи в пределах 60 лет, по данным А.В.Чаклина в нашей стране этот показатель примерно таков же.

Возникновению раку кожи хоть и немного, способствуют экологические и местные факторы. По сведениям А.В. Козлова, заболевшие раком кожи работают в условиях негативного воздействия солнечной радиации, высоких температур, ультрафиолетового облучения и открытой местности. В результате этого наблюдается реактивная диффузная гиперплазия эпителиального слоя, нагревание кожи, потеря эластичности, легкие повреждения кожного покрова и хронические пролиферативные процессы, нарушение формирования и дифференцировки клеток.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №21. Злокачественные эпителиальные опухоли красной каймы губы. Клиника, диагностика и принципы лечения.

Рак губы. Это наиболее распространенная опухоль среди эпителиальных злокачественных новообразований органов рта. В основном поражается нижняя губа, верхняя - лишь в 5% случаев. Преимущественно заболевают мужчины, из них чаще курящие. Предрасполагающим моментом для возникновения рака является длительно существующий патологический процесс в виде абразивного хейлита Манганотти, гиперкератоза, хронической трещины и др. Развиваясь на красной кайме губы, рак распространяется на слизистую оболочку, кожу, прорастает мышцы и кость. Опухоль располагается, как правило, в стороне от средней линии, иногда поражает угол рта. Течение заболевания сравнительно благоприятно. Это обусловлено не только локализацией опухоли в переднем отделе рта, но и развитием ее на красной кайме. Гистогенез ее связывают не со слизистой оболочкой, а с кожей, где течение имеет лучший прогноз. Кроме того микроскопически это преимущественно плоскоклеточный ороговевающий рак с высокой степенью дифференциации клеток. Редко наблюдается рак без ороговения.

Рак губы метастазирует лишь в поздних стадиях заболевания, в основном лимфогенным путем в регионарные лимфатические узлы подбородочной и поднижнечелюстной областей, иногда появляются перекрестные метастазы, лишь в запущенных случаях поражаются глубокие шейные узлы.

Рак губы отличается медленным ростом. Клинически наблюдают язвенную форму рака, язвенно-инфильтративную и экзофитную по типу бородавчатого или папиллярного разрастания.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №22. Злокачественные эпителиальные опухоли слизистой оболочки полости рта: щеки, неба, языка, дна полости рта. Клиника, диагностика и принципы лечения.

Рак боковой поверхности языка встречается в 60-70% случаев, области корня 20% и иногда в задней части языка. У мужчин 40-70 – летнего возраста встречается в 2 раза чаще, чем у женщин. Во многих случаях возникновению предраковых процессов языка способствуют такие вредные привычки, как курение сигарет и насвая. Рак дна полости рта по сравнению с опухолями других локализаций составляет 15 %. Процесс располагается в переднем отделе, очень редко – в заднем, иногда дно полости рта поражается вследствие распространения опухоли из нижней челюсти, десен и языка. Заболевание в большинстве встречается у мужчин старше 50-ти лет. Рак слизистой оболочки дна полости рта обычно проявляется в виде язвенно-инфильтративного поражения. Рак дна полости рта даёт ранние метастазы в региональные лимфоузлы.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №23. Злокачественные эпителиальные и неэпителиальные опухоли верхней челюсти. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и принципы хирургического лечения.

Рак верхней челюсти среди всех заболеваний ЧЛО занимает 1-3 %. Ранняя диагностика злокачественных опухолей верхней челюсти затруднена, поэтому большинство больных неправильно лечатся по поводу других заболеваний. Это можно объяснить со сходством начальных симптомов злокачественных опухолей этой локализации с хроническим воспалительным процессом. В большинстве опухоль не видна, больные обращаются поздно при широком распространении опухолевого процесса, когда лечение становится сомнительным. Отмечается нарушение носового дыхания, подвижность и болезненность зубов, диплопия, экзофтальм, непроизвольные кровотечения из носа (у 33% больных). При раке верхней челюсти наблюдаются не все симптомы, что объясняется сложностью её анатомо-топографического расположения. Для определения локализации опухоли и направления роста используют схему Онгрена [Ongren L.C., 1933] с помощью которой верхнюю челюсть делят на сегменты. При этом образуются четыре сегмента: внутренний и наружный нижнепередние, внутренний и наружный верхнезадние.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №24. Злокачественные эпителиальные и неэпителиальные опухоли нижней челюсти. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и принципы хирургического лечения.

При раке слизистой оболочки альвеолярного отростка нижняя челюсть поражается преимущественно вторично. Первичный рак нижней челюсти, возникающий, по мнению некоторых авторов, в зубном зачатке, встречается крайне редко. В случае установления подобного диагноза при дальнейшем обследовании выявляют метастазы эпителиальных опухолей в нижнюю челюсть. Лечение вторичного рака нижней челюсти такое же, как и при других локализациях рака слизистой оболочки полости рта.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема № 25. Синдром дисфункции ВНЧС. Остеоартроз. Клиника и диагностика. Принципы хирургического лечения.

В практике хирурга стоматолога встречается много случаев поражения нервной системы челюстно-лицевой области, в большинстве – болевой синдром. Ряд классификаций систематизируют болевые синдромы. В 1988 году они все были внесены в Международную

классификацию невралгии черепно-мозговых нервов, лица и головных болей. Среди них Пузин выделяет нейростоматологические заболевания и синдромы (соматические, вегетативные и вегето-сосудистые формы, синдром болевой дисфункции), синдромы ВНЧС (миофасциальные болевые синдромы лица), гиперкинезы. В.А. Карлов и О.Х. Савицкая (1990) этиологически выделяет 2 группы прозопалгий: соматогенную и неврогенную. Соматогенные лицевые прозопалгии могут быть связаны с заболеваниями слизистой полости рта, зубов, ЛОР-органов, глаз и внутренних органов. Неврогенные лицевые боли могут быть типичными и атипичными. Типичные прозопалгии могут быть в виде пароксизмальных невралгий черепно-мозговых нервов – тройничного, языкоглоточного, верхнего глоточного. Атипичные прозопалгии встречаются в виде симпаталгий, интракраниальных процессов, заболеваний ЦНС. При диагностике заболеваний, протекающих с болевым синдромом, считается важным обращать внимание на психологическое состояние. Учетывание преморбидных факторов больного, течение болезни, социальную приспособляемость, таким образом, знание особенностей вегетативной иннервации лица даёт возможность диагностировать неврологические и схожие с ними заболевания лица

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №26. Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава. Клиника и диагностика. Принципы хирургического лечения.

Факторами, приводящими к анкилозированию, являются инфекционные заболевания ВНЧС и травмы, особенно в детском возрасте. По данным Г.П. Иоаннидис (1974), анкилозы инфекционного происхождения встречаются у 88,2 %, а травматического — у 17,8 % детей.

Патогенез анкилоза ВНЧС недостаточно изучен, но представляется следующим образом. В результате воспаления или травмы происходят повреждение и расплавление мягких тканей суставных поверхностей сочленения и образование между ними фиброзной или костной спайки. В связи с тем, что в детском возрасте головки нижней челюсти покрыты тонким гиалиновым хрящом, суставной диск представлен коллагеновой соединительной тканью, а бугорок и суставная ямка выстланы надкостницей и лишены хрящевого покрытия. Процесс разрушения их протекает гораздо быстрее, чем у взрослых, и между соприкасающимися оголенными суставными поверхностями быстро происходит костное сращивание. В зрелом возрасте хрящевые элементы сустава представлены волокнистым хрящом. Разрушение их происходит медленнее, что в результате вяло текущего воспалительного процесса приводит к образованию рубцовой фиброзной ткани.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №27 Контрактура нижней челюсти. Клиника и диагностика. Принципы хирургического лечения.

При контрактуре ВНЧС движения в суставе ограничиваются или полностью прекращаются. В отличие от анкилоза ВНЧС – изменения сустава независимо от рубцовых изменений внутри сустава, во многих случаях контрактуры, имея воспалительную природу, основаны на рефлекторном влиянии связанном с иннервацией жевательных мышц.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема № 28 Костная пластика. Виды трансплантатов. Принципы хирургических методов лечения.

Возможность применения декальцинированного костного матрикса в стоматологии доказана Н. И. Винниковой и соавт. (1981), которые получили хороший остеогенетический эффект при пломбировании им костных полостей. Непосредственно для пластики альвеолярного отростка декальцинированный матрикс с успехом использовали Milier и Emmings (1979).

Ксенотрансплантация — пересадка тканей от животного человеку, от собаки — кролику. Данный метод устранения костного дефекта избавляет больного от дополнительной операции, т. е. заимствования у него какого-либо костного фрагмента. Однако от широкого применения ксенотрансплантации пришлось отказаться из-за биологической несовместимости материала. Многие виды консервации кости неспособны придать трансплантату свойства, исключаящие его конфликт с организмом реципиента.

Методы аутоостеопластики нижней челюсти детально разработаны и часто применяются, так как не требуют специальных установок и средств для консервации и в большом проценте случаев дают положительные результаты. В отличие от 20—50-х годов в настоящее время обязательным условием аутопластики нижней челюсти считается прочность фиксации отломков по отношению к трансплантату.

Существующие способы фиксации отломков челюсти можно разделить на две группы: внутриротовые (назубные, назубно-десневые, на костные) и внеротовые (на костные с наружными приспособлениями для фиксации, на костные без выступающих наружу приспособлений, внутрикостные).

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №29 Деформации верхней челюсти: устранение макро- или прогнатии.

Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика врожденных аномалий и деформаций зубочелюстной системы.

Врожденные аномалии и деформации зубочелюстной системы, как правило, являются проявлением нарушений развития лицевого и мозгового черепа. Форма и размеры челюстей в значительной степени зависят от индивидуальных особенностей формы и размеров черепа. Нарушение роста или развития челюстей приводит к развитию деформации или аномалии, причем это может наблюдаться как в процессе эмбриогенеза, так и после рождения в период формирования временного или постоянного прикуса. В связи с этим становится понятным, какое многообразие аномалий или деформаций может наблюдаться, причем тяжесть их проявления находится в прямой зависимости от сроков возникновения.

Этиология зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций чрезвычайно разнообразна. Органо- и морфогенез челюстей, лицевого черепа может быть нарушен в результате наследственного воздействия на эмбрион перенесенных родителями заболеваний (эндокринные и обменные нарушения в организме матери, инфекционные болезни), радиоактивного облучения, а также физиологических и анатомических изменений половых органов матери и неправильного положения плода.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема №30 Деформации нижней челюсти: устранение макро- или прогнатии.

В отечественной и зарубежной литературе приводятся разноречивые данные о частоте аномалий и зубочелюстных деформаций у детей и взрослых. Это связано с применением различных методик эпидемиологического исследования, отсутствием общих четких критериев оценки деформации, использованием различных классификаций. Многочисленные исследования, проведенные отечественными и зарубежными авторами, показали, что зубочелюстные деформации встречаются у 33,1—95,3 % обследованных. Четкие критерии оценки различных видов деформаций и аномалий, детальное обследование и регистрация выявленных отклонений позволяют получить объективно сопоставимые данные эпидемиологических исследований. Прежде всего, часть деформаций обусловлена диспропорциями роста и развития зубочелюстной системы и в дальнейшем происходит саморегуляция прикуса.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема № 31 Источники остеогенеза тканей и клеток. Дистракционный остеосинтез.

Тема № 32 Имплантация полимерных композитов.

Тема № 33 Современная технология в инженерии тканей и применение её в костной пластике. Использование стволовых клеток.

Тема № 34 Неврит и невралгия тройничного нерва.

Наиболее часто встречаются поражения тройничного и лицевого нервов. Тройничный нерв смешанный: его двигательная часть иннервирует всю жевательную мускулатуру, а чувствительная обеспечивает болевую, тактильную и другую чувствительность лица и полости рта. Периферические ветви этих двух частей складываются в три основных ствола, или ветви. Первая ветвь тройничного нерва (глазной нерв) поражается преимущественно при вирусных инфекциях, в том числе при герпесе, когда развивается так называемая постгерпетическая невралгия. Вторая ветвь тройничного нерва — верхнечелюстной нерв — делится на периферические ветви, из которых наиболее важен подглазничный нерв. Третья ветвь тройничного нерва является смешанной и включает чувствительные и двигательные волокна. Для функции тройничного нерва большое значение имеет его кровоснабжение. Оно осуществляется от ветвей как внутренней сонной, так и внутренней и средней оболочных артерий. В.А. Карлов (1995) указывает, что поражение тройничного нерва проявляется сужением костных каналов и компрессией нерва. М.Н. Пузин (1996) связывает развитие пропозалгий с сосудистыми нарушениями системы нерва. По его мнению, именно нарушением трофики при атеросклерозе, гипертонической болезни объясняется развитие болевых синдромов у больных старшей возрастной группы.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Тема № 35. Уход за больными после проведения пластических операций мягких и костных тканей челюстно-лицевой области.

При невозможности питания естественным, оральным путем могут использоваться энтеральный и парентеральный пути введения питательных веществ.

При энтеральном питании пищу вводят в организм на одном из участков пищевого канала: через оро или назогастральный зонд, через гастростому и еюностому.

При парентеральном питании вещества, необходимые для восполнения энергетических затрат и поддержания нормального уровня обменных процессов, вводят в организм, минуя пищевой канал: внутривенно, подкожно, внутримышечно, внутрикостно, внутриартериально.

Литература: О (основная) - 1,3,4 Д (дополнительная) - 6,17,19,20,21

Для организаций практических занятий со стороны учителей и профессоров кафедры разработаны показания и рекомендации. Студенты обогащают полученные в основном на лекционных занятиях знания и навыки путем решения практических задач. Рекомендовано подготавливать наглядные пособия по темам, решения задач, повышение знаний студентов путем издания научных статей и тезисов, использования раздаточных материалов, закрепления знаний студентов на основе учебных пособий.

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ.

1. Какой из перечисленных методов не относится к дополнительным методам обследования?

1. сбор анамнеза *

А) ЭОД

Б) пункция

В) рентгенография

Г) сиалография

2. 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 зева

3. С чего начинается обследование пациента?

выяснения жалоб *

заполнения паспортных данных

опроса истории развития заболевания

определения объективных данных

установления диагноза заболевания

4. Каковы основные жалобы при экзостозах в области суставных отростков?

А) боль *

Б) невнятная речь

В) затрудненное глотание

Г) гиперсаливация

Д) все ответы правильны

5. В области удаленных экзостозов накладываются швы:

А) узловые *

Б) матрасные

В) пластинчатые

Г) направляющие

Д) все ответы правильны

6. Доброкачественная опухоль жировой ткани:

Е) липома *

Ж) миома

З) фиброма

И) папиллома

К) невринома

7. Доброкачественная опухоль фиброзной ткани:

Е) фиброма *

Ж) атерома

З) папиллома

И) эпулис

К) липома

8. Опухольеподобные поражения фиброзной ткани

А) эпулис *

Б) атерома

В) невус

Г) невринома

Д) миома

9. Виды гемангиом:

А) капиллярная *

Б) кистозная

В) ячеистая

Г) фиброзная

Д) гигантоклеточная

10. Частая локализация капиллярной лимфангиомы:

А) щёчная и подглазничная области *

Б) подбородочная область

В) область шеи

Г) дно полости рта

Д) десна

11. Из остеогенных опухолей чаще всего встречаются:

Е) остеома

Ж) остеоид-остеома

З) хондрома

И) остеобластокластома *

К) фиброзная дисплазия

12. При цитологическом исследовании пунктата остеокластома не находят:

Е) эритроциты

- Ж) лейкоциты
- З) эпителиальные клетки *
- И) остеобласты
- К) остеокласты

13. Рентгенологическая картина остеобластокластомы схожа с:

- Е) остеомой
- Ж) остеоид-остеомой
- З) твердой одонтомой
- И) амелобластомой *
- К) цементомой

14. При лечении остеобластокластом проводят:

- Е) лучевую терапию
- Ж) выскабливание *
- З) криохирургию
- И) цистотомию
- К) химиотерапию

15. После резекции челюсти по поводу остеобластокластомы, костную пластику проводят:

- Е) одномоментно *
- Ж) через 3 мес
- З) через 6 мес
- И) через год
- К) не проводят

16. Из остеогенных опухолей челюстей чаще озлокачивается:

- Е) остеома
- Ж) остеоид-остеома
- З) хондрома
- И) остеобластокластома
- К) мягкая одонтома *

17. Амелобластома относится к опухолям:

- Е) доброкачественным *
- Ж) промежуточным
- З) злокачественным
- И) местно деструктирующим
- К) опухолеподобным образованиям

18. Амелобластома развивается из:

- Е) эпителия *
- Ж) мышечной ткани
- З) соединительной ткани
- И) нервной ткани
- К) является смешанной

19. Рентгенограмма амелобластомы характеризуется

- Е) разряжением кости округлой формы
- Ж) наличием плотной тени

З) четкими контурами

И) ячеистая структура в виде «пузырей мыльной пены» *

К) деструкция кости с нечеткими контурами

20. Рентгенологически плотная тень с четкими контурами наблюдается при:

Е) мягкой одонтоме

Ж) твёрдой одонтоме *

З) амелобластоме

И) фиброзном эпюлисе

К) саркоме

21. Синоним мягкой одонтомы:

Е) цилиндрома

Ж) амелобластома

З) фиброзная бластома

И) амелобластическая киста

К) амелобластическая фиброма*

22. Основным методом лечения амелобластомы является:

А) цистэктомия

Б) химиотерапия

В) лучевая терапия

Г) резекция челюсти *

Д) выскабливание оболочки новообразования

23. Окончательный диагноз "мягкая одонтома" ставится на основании данных:

А) опроса

Б) цитологии *

В) эхографии

Г) анализов крови

Д) клинико-рентгенологического исследования

24. Основным методом лечения мягкой одонтомы является:

А) цистэктомия

Б) химиотерапия

В) лучевая терапия

Г) резекция челюсти *

Д) выскабливание оболочки новообразования

25. Корневая киста образуется в результате:

- Е) порока развития зубного фолликула
- Ж) воспаления в периодонте *
- З) неопластического процесса в периодонте
- И) наследственного фактора
- К) этиология неизвестна

26. В патогенезе фолликулярных кист имеет значение:

- Е) порок развития зубного фолликула *
- Ж) гипоплазия эмали
- З) повреждение зубного фолликула
- И) инфицирование зубного фолликула
- К) флюороз

27. Цистотомия применяется:

- Е) при малых размерах кист
- Ж) при неосложнённом развитии
- З) при нагноении *
- И) при сопутствующем ОРЗ
- К) нет правильного ответа

28. Цистэктомия показана:

- Е) при малых размерах кист *
- Ж) при неосложнённой клинике
- З) при нагноении
- И) при сопутствующем ОРЗ
- К) нет правильного ответа

29. При цистэктомии для заполнения полости используют:

- Е) эмбриопласт
- Ж) коллапол
- З) ксенотрансплантант
- И) гранулы биоситалла
- К) все ответы верны *

30. Киста носонёбного канала относится к:

- Е) одонтогенным
- Ж) неодонтогенным *
- З) остеогенным
- И) неостеогенным
- К) образованиям воспалительного характера

31. Рентгенологическая картина, характерная для радикулярной кисты:

- Е) разрежение кости округлой формы с четкими границами *
- Ж) разрежение неправильной формы без четких границ
- З) плотная тень, связанная с корнями зубов
- И) выраженная деструкция кости без четких границ
- К) деструкция по типу ватного рисунка

32. Рентгенологическая картина, характерная для фолликулярной кисты

- Е) разрежение кости округлой формы с четкими границами
- Ж) разрежение округлой формы с четкими границами с наличием зачатка зуба *
- З) плотная тень, связанная с корнями зубов
- И) по типу тающего сахара
- К) деструкция кости без четких границ

33. Наиболее информативный метод диагностики одонтогенных кист:

- Е) рентгенография *
- Ж) цитологическое исследование
- З) ЭОД
- И) пункция
- К) УЗИ

34. Из какой ткани состоит основа оболочки корневой кисты:

- Е) фиброзной *
- Ж) сосудистой
- З) костной
- И) железистой
- К) тканей периодонта

35. Гиперемия и сглаженность переходной складки; при пункции получен гной. На рентгенограмме определяется ограниченный очаг разряжения костной ткани с четкими границами.

- Е) нагноившаяся киста нижней челюсти *
- Ж) острый остеомиелит нижней челюсти
- З) острый гнойный периостит нижней челюсти
- И) хронический остеомиелит нижней челюсти
- К) гематогенный остеомиелит нижней челюсти

36. Доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является:

- Л) карцинома
- М) цилиндрома
- Н) мукоэпидермоидная
- О) ацинозноклеточная

П)мономорфная аденома *

37. Злокачественной эпителиальной опухолью слюнной желез является:

- Л)онкоцитомы
- М) лимфаденома
- Н)полиморфная аденома
- О)мономорфная аденома
- П)аденокистозная карцинома *

38. Условно доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является:

- Л)карцинома
- М) цилиндрома *
- Н)полиморфная аденома
- О)ацинозноклеточная
- П)мономорфная аденома

39. Синоним смешанной опухоли:

- Л)цилиндрома
- М) мукоэпидермоидная аденома
- Н)ацинозноклеточная
- О)полиморфная аденома *
- П)мономорфная аденома

40. Особенностью полиморфной аденомы является:

- Л)циклическое развитие
- М) инфильтрирующий рост
- Н)ранний распад опухоли
- О)мультицентрический рост *
- П)наличие воспалительного компонента

41. Основным дополнительным методом исследования в диагностике опухолей слюнных желез является:

- Л)изотонное
- М) цитология *
- Н)эхография
- О)сиалография
- П)термовизиография

42. Основным методом лечения аденокистозной карциномы

- Л)химиотерапия

- М) хирургический
- Н) лучевая терапия
- О) электрорезекция
- П) комбинированное *

43. Для анализа величины дефекта тканей лица нужно иметь:

- Р) Общий анализ крови больного
- С) общий анализ мочи
- Т) величину гемоглобина крови
- У) группы крови и резус-фактора
- Ф) фотографии больного *

44. Для анализа величины дефекта тканей лица нужно иметь:

- 16) Общий анализ крови больного
- 17) общий анализ мочи
- 18) величину гемоглобина крови
- 19) группы крови и резус-фактора
- 20) маску лица *

45. Показанием к восстановительной операции ЧЛО в связи с функциональными нарушениями является:

- Л) выворот нижнего века *
- М) деформирующий рубец кончика носа
- Н) лопухость
- О) седловидный нос
- П) деформация верхней губы после хейлопластики

46. Аутопластика это пересадка:

- 16) собственных тканей *
- 17) тканей от другого человека
- 18) от одного близнеца другому
- 19) ткани от животных
- 20) искусственные ткани

47. Аллопластика это пересадка:

- 16) собственных тканей
- 17) тканей от другого человека *
- 18) от одного близнеца другому
- 19) ткани от животных
- 20) искусственные ткани

48. Изотрансплантация это пересадка:

- Л) собственных тканей
- М) тканей от другого человека
- Н) от одного близнеца другому *
- О) ткани от животных
- П) искусственные ткани

49. Ксенопластика это пересадка:

- С) собственных тканей
- Т) тканей от другого человека
- У) от одного близнеца другому
- Ф) ткани от животных *
- Х) искусственные ткани

50. Эксплантация это пересадка:

- 16) собственных тканей
- 17) тканей от другого человека
- 18) от одного близнеца другому
- 19) ткани от животных
- 20) искусственного материала *

51. Лоскут на ножке, выкроенный в области носогубной складки, называется:

- А) однослойным *
- Б) двухслойным
- В) многослойным
- Г) опрокидывающимся
- Д) филатовским

52. Лоскут, выкроенный с краев дефекта, называется:

- А) опрокидывающимся *
- Б) однослойным
- В) мостовидным
- Г) Лексера
- Д) Филатова

53. Лоскут, выкроенный с краев дефекта, опрокидывающийся, поворачивается на:

- А) 180° *
- Б) 90°
- В) 45°
- Г) 360°
- Д) 30°

54. Соотношение ширины питающей ножки к длине лоскута:

- А) 1:2 *
- Б) 1:3
- В) 1:5
- Г) 1:4
- Д) 1:1

55. Пластика по методу Лексера называется пластикой, взятой с:

- А) волосистой части головы *
- Б) носогубной складки
- В) лба
- Г) краев дефекта
- Д) носа

56. Метод Аббе - это метод пластики лоскутом, взятым с:

- А) нижней губы *
- Б) носогубной складки
- В) лба
- Г) волосистой части головы
- Д) носа

57. Пластику брови нужно провести лоскутом:

- А) артериализированным *
- Б) однослойным
- В) удвоенным
- Г) двухслойным
- Д) дублированным

58. При пластике носа можно использовать лоскут на ножке, взятый со лба, который называется:

- А) индийский *
- Б) итальянский
- В) российский
- Г) хитровский
- Д) лексеровский

59. Методику пластики встречными треугольными лоскутами предложил:

- А) Лимберг *
- Б) Миллард
- В) Седилло
- Г) Шимановский
- Д) Лапчинский

Критерии оценки текущего контроля

| № | Успеваемость в (%) и баллах | Оценка | Уровень знания студента |
|----|-----------------------------|----------------------------|---|
| 1. | 86-100 | Отлично «5» | Подводит итоги и принимает решения Творчески мыслит Самостоятельно анализирует Применяет на практике Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления |
| 2. | 71-85 | Хорошо «4» | Применяет на практике Проявляет высокую активность при проведении интерактивных игр Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не достаточно полно Понимает суть вопроса Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления |
| 3. | 55-70 | Удовлетворительно «3» | Понимает суть вопроса Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ Знает, рассказывает уверенно Имеет точные представления по отдельным вопросам темы |
| 4. | 0-54 | Неудовлетворительно «2» | Не имеет точного представления Не знает |

Основная и дополнительная литература и источники информации.

Основная литература

5. Жилонов А.А., Норммахмадов Б.Т. Юз-жағ жарроҳлиги. Дарслик-Тошкент. ТТА босмахонаси 2018 йил.

Дополнительная литература

28. Азимов М.И. Юзнинг ривожланиши ва аномалиялари. Ўқув қўлланма.- Тошкент. Илм зиё, 2018 йил.
29. Давид А. Митчел. Ан инбтродустион то орал анд махиллофасиал сургери. Текстбоок. Сесонд едитион, 2015 й
30. Козлов Б.А., Каган И.И. Оперативная челюстно - лицевая хирургия и стоматология. Учебное пособие. Москва. ГЕОТАР – медиа 2014 г
31. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. Москва. Медицинская книга 2014 г.
32. Персин Л.С, Сахаров М.Н. Стоматология. Нейростоматология. Дисфункция зубочелюстной системы. Учебное пособие. Москва. ГЕОТАР. Медиа-2013г.
33. Евтухов В.Л. Современный инструментарий в ЧЛХ. Учебно - методическое пособие. Минск. БГМУ.2011г
34. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. Учебник- Киев. Медисина 2010г
35. Афанасьев В.В. Травматология ЧЛЮ. Руководство- Москва ГЕОТАР- Медиа.2010г
36. Тимофеев А.А. Хирургическая стоматология. Учебник - Киев. Медицина 2010г
37. Неелима Анил Малик. Текстбоок оф орал анд махиллофасиал сургери. Сесонд едитион. Индия - 2008 й.
38. Чудаков О.П. Доброкачественные одонтогенные опухоли челюстных костей. Учебно-методическое пособие. Минск. БГМУ. 2008 г
39. Балченко В.А. Черепно-лицевая хирургия. Руководство для врачей. 2006г
40. Агапов В.С. Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия в стоматологии. Москва 2005 г
41. Балина В.Н., Александрова Н.М. Клиническая оперативная ЧЛХ. СПб. 2005г
42. Соколов В.Н. Пластическая реконструктивно-восстановительная и пластическая хирургия. Москва 2004 г
43. Чудаков О.П. Злокачественные опухоли кожи лица и нижней губы. БГМУ 2003 г.
44. Коен Е. Атлас косметической и реконструктивной парадонтологической хирургии. Москва- 2003г
45. Тимофеев А.А. Руководство по ЧЛХ И ХС. Киев-2002г
46. Бернадский Ю.И. Основы ЧЛХ И ХС. Москва – 2000г

Сайты интернета.

1. www.stomatology.ru
2. <http://www.zub.ru>
3. <http://www.edentworld.ru>
4. www.medlibrary.ru
5. www.medline.ru
6. www.med.ru
7. www.stom.ru
8. www.dental-revue.ru,

Содержание

| | |
|-----|-----------------------------|
| 1. | Аннотация |
| 2. | Учебные материалы |
| 3. | Практические занятия |
| 4. | Самостоятельная работа..... |
| 5. | Глоссарий |
| 6. | Образцовая программа..... |
| 7. | Рабочая программа..... |
| 8. | Раздаточные материалы..... |
| 9. | Тесты..... |
| 10. | Критерии оценивания..... |
| 11. | Литература..... |