

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
БУХАРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН
СИНО
КАФЕДРА ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**



**Учебно-методический комплекс
для студентов 5 курса по предмету
“Детская хирургическая стоматология”**

Область знаний - 500000 «Здравоохранение и социальное обеспечение»
Область образования - 510000 «Здравоохранение»
Направление образования - 5510400 «Стоматология»

Учебно-методический комплекс разработан на основании учебной программы предмета «Детская хирургическая стоматология» зарегистрированной Министерством высшего и среднего специального образования в 13 марта 2014 г. №Б 5510400-402.

Составитель:

Камалова Ф.Р. – Заведующая кафедрой Детской стоматологии, DSc

Рецензенты:

З.К. Рахимов – к.м.н., зав. кафедрой Хирургической стоматологии.

Председатель МЦМК: Декан стоматологического факультета, DSc Хабибова Н.Н.

Учебно-методический комплекс составлен на основании учебной программы и учебного плана по направлению образования 5510400 – Стоматология, обсужден и утвержден на кафедральном заседании.

Протокол № ____ « ____ » _____ 2021 г.

Учебно-методический комплекс обсужден и утвержден на Центральном методическом совете Бухарского Государственного медицинского института.

Протокол № ____ « ____ » _____ 2021 г.

Методист:

Жумаева Ш.Б.

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
БУХАРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН
СИНО
КАФЕДРА ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

«Утверждаю»
Проректор по учебной и
воспитательной работе
_____ Г.Ж. Жарилкасинова
« ____ » _____ 2021 г.

Учебно-методический комплекс
для студентов 5 курса по предмету
“ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ”

Область знаний - 500000 «Здравоохранение и социальное обеспечение»
Область образования - 510000 «Здравоохранение»
Направление образования - 5510400 «Стоматология»

Бухара - 2021

СОДЕРЖАНИЕ

1. УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

2. ЛЕКЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Лекция №1. Врожденные расщелины лица. Этиология, классификация, клиника, методы лечения, диспансеризация.....

Лекция №2. Врожденные расщелины лица методы лечения, диспансеризация....

Лекция №3. Заболевания ВНЧС у детей. Классификация, этиология, диагностика. Хирургические способы лечения.....

Лекция №4. Опухоли зубочелюстной системы у детей. Онкогенез, клиника, принципы лечения

3. ПРАКТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

1 тема. Врожденные расщелины верхней губы и неба. Классификация. Клиника, диагностика. Ранние анатомо-функциональные расстройства и способы их устранения.....

2 тема. Сроки и методы хирургического лечения врожденных расщелин верхней губы

3 тема. Сроки и методы хирургического лечения врожденных расщелин неба.....

4 тема. Атипичные расщелины лица, клиника, диагностика.

5 тема. Врожденные кисты и свищи лица и шеи. Этиология, клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика. Способы хирургического лечения.....

6 тема. Заболевания ВНЧС у детей. Классификация, этиология, диагностика. Хирургические способы лечения.....

7 тема. Новообразования зубочелюстной системы у детей. Классификация. Общие принципы диагностики и лечения. Онкологическая настороженность.....

8 тема. Доброкачественные опухоли органов полости рта (папиллома, фиброма, липома, рабдомиома, миобластома)

9 тема. Опухолоподобные образования мягких тканей лица и органов полости рта (папиломатоз, фиброматоз десен). Пиогенная гранулема, гигантоклеточный эпulis, дермоидная киста.....

10 тема. Доброкачественные опухоли мягких тканей лица. Гемангиома, лимф ангиома.....

11 тема. Нейрофиброматоз и невусы. Опухоли и кисты слюнных желез. Этиология, клиника, диагностика и лечение.....

12 тема. Остеогенные опухоли челюстей (остеома, хондрома, остеобластома, гемангиома, миксома).....

13 тема. Опухоловидные изменения костей лица (фиброзная дисплазия, Херувизм, синдром Облрайта, эозинофильная гранулема).....

14 тема. Одонтогенные опухоли и опухолоподобные образования (амелобластома, одонтома, одонтогенная фиброма, цементома). Кисты челюстей.

15 тема. Злокачественные опухоли челюстных костей. Реабилитация детей после удаления опухолей. Диспансеризация детей с врожденными пороками развития ЧЛЮ, опухолями и другими стоматологическими заболеваниями.....

4. САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЕ

1 тема: Анатомия неба. Иннервация и кровоснабжение мышц мягкого неба. Подготовка больных с врожденными расщелинами неба. Уход за раной после операции.....	146
2 тема: Эмбриогенез ЧЛО. Малые аномалии развития. Фистулография. Техника и показания.	146
3 тема: Кисты и свищи ЧЛО. Методы обследования свищевых ходов.....	146
4 тема: Анатомия ВНЧС. Функциональные изменения у больных с патологиями ВНЧС. Значение ортодонтического лечения при лечении первично-костных патологий. Профилактика первично-костных патологий суставов.....	147
5 тема: Клинические особенности доброкачественных и злокачественных опухолей ЧЛО у детей. Классификация опухолей.	147
6 тема: Пиогенная гранулема, гигантоклеточный эпulis, дермоидная киста.....	147
7 тема: Доброкачественные опухоли мягких тканей лица, гемангиома, лимфангиома. Лечение гемангиом биологическим методом. Миксома челюстей...	148
8 тема: Рентгенологическая диагностика опухолей. Современные методы диагностики (УЗИ, МРТ, КТ, Ортопантомография).	148
9 тема: Особенности лечения кист (цистотомия, цистэктомия).....	148
5. ГЛОССАРИЙ	150
6. ПРИЛОЖЕНИЯ	155
6.1. Типовая программа предмета	155
6.2. Рабочая программа предмета	155
6.3. Раздаточные материалы	CD диск
6.4. Тесты	202
6.5. Критерии оценки	256
6.6. Литература	267

Лекция №1

Тема: ВРОЖДЕННЫЕ РАСЩЕЛИНЫ ЛИЦА. ЭТИОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

1.1. Технологические модели по образованию

Время занятия: 2 ч.	Количество студентов
Вид занятия	Введение новостей по лекции
План лекции	Ознакомление с темой
Задача учебного занятия	Изучить методы лечения врожденных расщелин лица.
Методы обучения	Беседа, наглядные пособия по лекции
Вид занятия	общий-коллективный
Наглядные пособия по теме	Учебное пособие, лекционный материал, проектор, компьютер
Обстановка для проведения занятия	Методическая оборудованная аудитория
Мониторинг и критерии оценок	Устный опрос

1.2. Технологическая карта лекционных занятий

Этапы работы	Преподаватель	Студент
Этапы подготовки	1.Цель занятия 2.Подготовка слайдов по лекционному материалу 3.Литература по теме: 1. Колесов А.А. – Стоматология детского возраста. М., 1991г. 463 с. 2. Персин Л.С. - Стоматология детского возраста 2003г. 3. Харьков Л.В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста Год издания: 2005г. 4. Виноградова Т.Ф. – Стоматология детского возраста. М., 1987г. 425 бет. 5. By Henry B. Clark – Practical Oral Surgery. Philadelphia., 1980y.	Слушает и записывает
1.Введение	Цель и задачи лекционного материала: Освоить этиологию, классификацию, клинику, диагностику и лечения врожденных расщелин лица. Рассмотреть вопросов предварительного диагноза и раннюю подготовку больных.	Слушают Отвечает на вопросы студентов
2. Основной этап	Ознакомление темы с показанием слайдов	Слушают и записывают Слушают
Заключительный этап	Заключение	Слушает и записывает

План лекции:

1. Рассмотрет этиологию врожденных расщелин лица.
2. Рассмотрет классификацию врожденных расщелин лица.
3. Рассмотрет клинику врожденных расщелин верхней губы и неба.
4. Рассмотрет методов лечения врожденных расщелин лица.
5. Рассмотрет принципы диспансеризации больных с врожденными расщелинами лица.
6. Рассмотрет клинику врожденных расщелин верхней губы и неба.

Ключевые слова: аномалия, врожденная расщелина, верхняя губа, хейлопластика, хейлоринопластика, рехейлопластика, эмбриогенез, экзогенные факторы, эндогенные

факторы, Миллард, Обухова-Теннисон, Хагедорн, расщелина, неба, уранопластика, велоластика, колумелла, красная кайма, пролябиум, эмбриогенез, атипичные расщелины, межчелюстная кость

Текст лекции

Классификация расщелин верхней губы и неба. Врожденные пороки развития лица многообразны по форме и тяжести. Сложность систематизации этих пороков не столько в форме, сколько в многообразии сочетания изменений в зубочелюстной системе, тканях глоточного кольца носовой области и т.д.

Предложено множество классификаций. Чем больше авторы хотят отразить все многообразие форм врожденных пороков, тем классификация становится громоздкой и неудобной для применения.

В учебнике Колесова А.А. Стоматология детского возраста представлена классификация ММСИ простая и удобная для клинического применения. На кафедре и клинике детской хирургической стоматологии используется классификация Л.Е.Фроловой (1973).

1. Изолированная расщелина верхней губы
2. Изолированная расщелина неба
3. Сквозная расщелина (верхняя губа и небо)
4. Атипичная расщелина лица.

Первые три группы имеют указатель степени расщелины.

Степень указывает величину и характер деформации. С возрастанием степени увеличивается глубина расщепления. В зависимости от степени определяется и соответствующая деформация в окружающих тканях. Так, при нарастании степени при расщелине верхней губы становится более выраженной деформация носа.

В зависимости от степени расщелины отмечают изменения глоточного кольца. Чем выше степень изолированной расщелины неба, тем шире глоточное кольцо. С возрастом ребенка эти размеры могут видоизменяться.

Ia – скрытая расщелина красной каймы верхней губы

Iб – расщелина красной каймы верхней губы

IIa – расщелина красной каймы и 1/3 кожи верхней губы

IIб – расщелина красной каймы и 1/2 кожи верхней губы

IIIa – расщелина красной каймы и кожи. Остается лишь кожная перемычка в области основания носового отверстия

IIIб – расщелина красной каймы, кожи, альвеолярного отростка.

При всех формах расщелин верхней губы круговая мышца рта расщеплена, с возрастанием степени эти изменения нарастают и при III степени она разделена в области расщелины на всем протяжении.

При односторонней расщелине указывается сторона и степень, при двусторонней расщелине – только степень на одной и другой стороне.

Изолированная расщелина неба имеет следующие степени:

Ia – скрытая расщелина язычка

Iб – явная расщелина язычка

IIa – расщелина язычка и мягкого неба

IIб – расщелина язычка, мягкого неба, 1/3 твердого неба

IIIa – расщелина язычка, мягкого неба, 1/2 твердого неба

IIIб – расщелина язычка, мягкого неба и твердого неба до резцового отверстия.

При всех формах расщелины неба имеются в той ли иной степени расщепления мышц мягкого неба. Чем выше степень расщелины, тем более выражено расщепление. При формах IIa, IIб, IIIa, IIIб мышцы мягкого неба расщеплены по линии расщелины полностью.

Сквозные расщелины (губа и небо) разделены на односторонние и двусторонние. В свою очередь каждая группа делится на три степени.

I – Односторонние сквозные расщелины подразделяются на следующие три степени: расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба. Величина расщелины в области альвеолярного отростка не превышает 5 мм.

II – расщелина тех же тканей, щель в альвеолярном отростке в среднем равна $1,2 \pm 1,4$ мм. Большой фрагмент верхней челюсти во фронтальном отделе смещен кнаружи до 9 мм.

III – также сквозная расщелина верхней губы, неба. Щель в среднем равна $1,3 \pm 1,6$ мм. Большой фрагмент как бы срезан у основания перегородки. При данной степени расщелины имеется недоразвитие дуги верхней челюсти на величину щели между фрагментами.

Двусторонние сквозные расщелины подразделяются на степени:

I – двусторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка справа и слева, неба. Межчелюстная кость смещена вперед на 8-10 мм, расстояние между боковыми фрагментами и межчелюстной костью не превышает 4-5 мм с каждой стороны.

II. – двусторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, неба. Межчелюстная кость смещена несколько вниз и выступает вперед до $4,2 \pm 1,8$ мм. Величина щели справа и слева по 10-15 мм.

III – аналогичное расщепление. Межчелюстная кость также выступает вперед на 20-30 мм. Однако боковые фрагменты плотно прилегают к сошнику, имеются значительная протрузия межчелюстной кости и несоответствие между размером межчелюстной кости и щелью в переднем отделе альвеолярной дуги. Наблюдается резкое недоразвитие верхней челюсти в трансверзальной плоскости.

Общие закономерности развития человека и других позвоночных

В развитии плода человека сложно сочетаются черты, унаследованные от более отдаленных и от ближайших предков. Такие черты эмбриогенеза человека, как возникновение зиготы в результате оплодотворения, роднят человека не только со всем животным миром, но и большинством растительных организмов. Это наиболее древняя черта развития.

Последовательность основных этапов эмбриогенеза - оплодотворение, дробление, гастрюляция, гисто- и органогенез, является общей для подавляющего числа многоклеточных животных.

Формирование осевого комплекса эмбриональных зачатков у зародыша человека, образование хорды, закладка нервной трубки, образование жаберных карманов и щелей сближают человека с представителями хордовых животных и унаследованы от древнейших общих предков хордовых.

Сегментация и дифференцировка мезодермы, образование первоначально хрящевого, а затем костного скелета отражают эволюционные изменения мезодермальных производных, в частности, скелета в ряду позвоночных.

Яйцеклетка млекопитающих и человека содержит очень малое количество белково-липидных включений, поэтому дробление полное. Однако черты меробластического типа развития проявляются в асинхронности дробления и образовании тела зародыша из части яйца.

Унаследованы человеком от предковых форм и внезародышевые органы, но функция некоторых из них трансформирована, желточный мешок, например, выполняет кроветворную функцию, а не хранилища питательных веществ (как у рептилий).

Новыми признаками, характеризующими развитие человека, являются бедность яйцеклетки желтком, наличие трофобласта, развитие плода в матке, живорождение.

Для всех плацентарных млекопитающих, в том числе человека, общим является наличие плаценты, менструального цикла (для приматов и человека), раннее развитие и

обособление трофобласта, внезародышевой мезенхимы. Все эти признаки выработались в эволюции лишь у ближайших предков человека - человекообразных обезьян.

Однако существует ряд признаков развития, характерных только для человека. Важнейшим из них является запаздывание замыкания переднего конца нервной трубки, что связано с цефализацией - значительным расширением переднего конца нервной трубки. Мощное развитие головного мозга обуславливает удлинение сроков эмбриогенеза.

Таким образом, сложность процессов эмбрионального развития человека находится в тесной связи с общей, возникшей в филогенезе сложностью его организации.

Учение о критических периодах развития человека

Эмбриональное развитие возможно лишь при оптимальном сочетании внутренних и внешних условий. Каждая последующая стадия развития эмбриона или плода вытекает из предыдущей и из имеющихся в данный момент условий развития. Если какого-либо внешнего или внутреннего условия недостаточно, или если возникает необычный внешний фактор, способный кардинально повлиять на ход развития плода, эмбриогенез может отклониться от нормального пути.

Результаты классических исследований эмбриолога П.Г.Светлова (1960) указали на два критических периода в развитии плацентарных млекопитающих, связанных с периодом имплантации и плацентации. Однако этими двумя периодами не исчерпывается проблема критических периодов. В процессе закладки каждого органа также существуют особо чувствительные периоды, когда воздействие неблагоприятных факторов среды может вызвать то или иное отклонение в его развитии (то есть аномалию). В критические периоды зародыш или плод становится высоко реактивным и лабильным по отношению к действию внешних факторов. Аномалии развития возникают при этом в силу того, что борьба организма с разрушительными процессами (то есть, регуляторная функция органов и систем плода) в эти периоды может быть ослаблена. Непосредственной причиной аномалии может послужить либо остановка развития той или иной системы организма в критический период, либо нарушение координации в скорости компенсаторных ответных реакций систем развивающегося плода. Чем на более ранней стадии своего развития находится эмбрион, тем его ответная реакция на действие патогенного фактора более отличается от реакции систем взрослого организма.

В онтогенезе человека к критическим периодам относят: 1) оплодотворение; 2) имплантацию (7 - 8-е сутки эмбриогенеза); 3) развитие осевого комплекса зачатков органов и плацентацию (3 - 8-я недели); 4) развитие головного мозга (15 - 20-я недели); 5) формирование основных систем организма, в том числе половой (20 - 24-я недели); 6) рождение; 7) период до 1 года); 8) половое созревание (11 - 16 лет).

К наиболее частым факторам, нарушающим нормальный эмбриогенез, принадлежат:

1. Перезревание женской половой клетки, нарушения обмена вещества у матери, гипоксия, содержание в крови матери токсических веществ (например, лекарственных препаратов, наркотических веществ, никотина, алкоголя и др.), инфекция, особенно вирусная.

2. Для развития теплокровных животных и человека большое значение имеет температура тела. Длительное перегревание организма матери приводит к аномалиям развития плода.

3. Рентгеновское облучение опасно в связи с возможными мутациями, так как клетки эмбриональных зачатков особенно чувствительны к радиации.

Гибель эмбрионов в различные периоды онтогенеза неравномерна среди зародышей мужского и женского полов: чем ближе к началу беременности, тем больше среди погибших зародышей мужского пола. Это связано с тем, что в эмбриогенезе возникает больше зародышей мужского пола, чем женского. Так, соотношение количества эмбрионов мужского и женского полов в 1-й месяц беременности составляет 600:100, а на 5-ом месяце - 140:100. Если считать, что в среднем на 1000 беременностей погибает 300

плодов, то величина внутриутробной смертности представляется следующими показателями: в 1-й лунный месяц погибает 112 эмбрионов, во 2-й - 72, в 3-й - 43, а затем показатели снижаются до единичных. То есть, на первые два месяца беременности приходится около 2/3 всех случаев гибели эмбрионов.

Точное число аномально развивающихся беременностей на стадии зиготы неизвестно, поскольку на этой стадии беременность сложно диагностировать. Приблизительно подсчитано, что из числа беременностей, заканчивающихся спонтанными абортами, половина сопровождается хромосомными дефектами зародыша. Подобные аборт расцениваются как “естественное средство” элиминации зародышей с генетическими дефектами и уменьшения числа врожденных уродств. По современным прогнозам, за счет спонтанного аборта генетически неполноценных зародышей число новорожденных с врожденными генетическими дефектами снижается с 12% до 2 - 3%. Используя методы фертилизации “in vitro” и разрабатывая современные биологические технологии, мы приближаемся к возможности анализировать состояние ДНК зародышей, предупреждать и корректировать врожденную патологию. Расшифровка генома человека, о которой было сообщено 26 июня 2000 г., практически завершена и в большой степени будет этому способствовать.

Патологические процессы, протекающие в организме матери в течение первых 7-и суток после оплодотворения, могут привести к эктопической (внематочной) беременности. Последняя составляет 0.8 - 2.4 случая на 100 доношенных беременностей (около 6% стационарной гинекологической патологии). В 98 - 99% случаев зародыш прикрепляется в маточной трубе. Яичниковая, шейечная и абдоминальная формы беременности встречаются редко. Летальность при эктопической беременности составляет около 7% всех смертей беременных женщин. Наличие эктопической беременности в анамнезе является частой причиной вторичного бесплодия. Действие разнохарактерных патологических факторов в раннем эмбриогенезе человека может вызвать предлежание плаценты и пузырный занос. При продолжающемся влиянии неблагоприятных факторов в патологическое формирование вовлекаются многие органы зародыша, в первую очередь - ЦНС, сердце и др. Только с 63 дня беременности опасность развития аномалий эмбриогенеза начинает уменьшаться. Все представленные выше факты накладывают большие обязательства на будущих родителей в плане предупреждения действия на организм беременной женщины вредных факторов среды и эмоционального стресса, особенно в период, когда зародыш находится в ранней фазе развития, и женщина не знает о своей беременности.

Таким образом, гибель зародыша возможна с самых ранних стадий развития, в результате спонтанных абортов (до 30% зародышей) и внематочной (эктопической) беременности.

Следующим после оплодотворения наиболее чувствительным периодом к действию тератогенов является период с 3-й по 8-ю недели развития. Именно в раннем эмбриогенезе человека закладывается большая часть аномалий и уродств развития (таблица). Статистика утверждает, что у 2.5% новорожденных регистрируются резко выраженные аномалии развития. Около 10% причин смерти детей после рождения обусловлено врожденной патологией.

Анэнцефалия - отсутствие головного мозга, свода костей черепа.

Менингомиелоцеле - выбухание оболочек и тканей спинного мозга сквозь дефект в позвоночнике.

Экстрофия мочевого пузыря - отсутствие нижней части передней брюшной стенки и передней стенки мочевого пузыря. Дефект брюшной стенки замещен задней стенкой мочевого пузыря с отверстиями мочеточников.

Губа расщепленная (заячья) - дефект развития верхней губы.

Атрезия и свищи прямой кишки, возникновение диафрагмальной грыжи, дефект межжелудочковой перегородки сердца.

Расщелина верхней челюсти и неба.

Грыжа пуповинная (омфалоцеле) - из-за дефекта брюшной стенки наружу выходят внутренние органы, покрытые истонченными тканями пуповины.

Гипоспадия - отсутствие у детей мужского пола дистальной части мочеиспускательного канала, а его наружное отверстие находится в мошонке или промежности; у детей женского пола - отверстие мочеиспускательного канала открывается во влагалище.

Крипторхизм - задержка опущения яичек в мошонку.

Под врожденной аномалией или уродством следует понимать нарушения в строении или форме, возникающие на том или ином этапе эмбрионального развития. Эти нарушения либо проявляются в виде отклонения от нормы уже при рождении либо заложены в строении органа и могут быть выявлены при дальнейшем его развитии.

От аномалии развития следует отличать деформации. Под деформацией следует понимать отклонение от нормальной формы зубочелюстной системы, возникающее в процессе ее развития и функционирования.

К крайне редким видам уродств относятся пороки развития связанные с отсутствием целого органа или его части в самой начальной стадии органогенеза - апрозония-полное отсутствие лица, циклопения – отсутствие среднего отдела верхней челюсти – межчелюстной кости вместе с носом и всем средним отделом лица. При этом пороке развития оба глаза находятся в одной орбите или даже сливаются в один, а слизистая оболочка обонятельного органа выступает в виде хоботка над единственным глазом. Агматия-врожденное отсутствие нижней челюсти – рот представлен маленьким отверстием, ушные раковины сближены и расположены в подчелюстных областях. Эти пороки встречаются крайне редко, такие дети рождаются нежизнеспособными.

Следующая группа в.п.р. отличается тем, что в начальной стадии образования лица закладка отдельных его частей происходит правильно, но вскоре после этого развития нарушается и не наступает сращение между разными участками, которые при нормальном развитии лица сливаются между собой. Примером таких нарушений являются врожденные расщелины лица, которые могут проявиться часто в виде врожденной расщелины губы и неба, реже косыми и поперечными расщелинами и крайне редко – расщелиной нижней челюсти.

Врожденные пороки челюстно-лицевой области и шеи возникают вследствие нарушения нормального морфогенеза от 3-4 до 12 недели внутриутробного развития, имеют мультифакториальную природу. Пороки наследственного характера наблюдаются до 20% случаев.

Если действие каких-либо экзогенных или эндогенных факторов совпадает по времени с критическим периодом эмбриогенеза лица, морфогенез нарушается, что приводит к формированию пороков развития.

Существуют и другие теории, объясняющие появление врожденных пороков: это теория несостоятельности мезодермального слоя, в результате чего он может рассасываться или отставать в развитии под действием «причины». Есть эмбриональная теория последовательности формирования различных участков средней зоны лица. Однако какими значительными ни были бы «причины» в патогенезе должно быть одно общее звено и этим общим звеном является гипоксия эмбриона, которая может быть вызвана многими факторами в период имплантации и плацентации эмбриона.

Эмбриогенез головного кольца зародыша изучен хорошо, поэтому по локализации порока можно достаточно точно определить время действия «причины» следственные связи, определяющие появление врожденного порока данной анатомической области.

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЦА В ЭМБРИОНАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.

Развитие лица и челюстей в эмбриональном периоде происходит в определенной последовательности. Развивающиеся органы закладываются в известном порядке в

течение определенного периода, причем развитие одних из них тесно связано в развитии других.

Образование лицевой части головы идет главным образом за счет разрастания залегающей между карманами мезенхимы, которая получила название жаберных дуг. Началом оформления лицевой части головы следует считать 2-ю неделю.

Лицевая часть головы формируется из 7 отростков жаберной дуги: 2 носовых, 2 верхнечелюстных и небного.

В 12-дневном эмбрионе, длина которого равна 2,5 мм, появляется небольшое углубление (первичный рот), отделенное от головной кишки перепонкой (глочная перепонка). Ротовое отверстие к концу месяца ограничивается снизу нижнечелюстными отростками, сверху и в наружном отрезке – верхнечелюстными, сверху и по средней линии – носовыми отростками.

На 2 месяце развития эмбриона вдоль всего края верхнего и нижнего челюстных отростков появляется утолщение покровного эпителия, выступающее в полость рта в виде шнура. Размножаясь по мере развития эмбриона, покровный эпителий постепенно приобретает дугообразную форму и разделяется на две пластинки – наружную (щечно-губную) и внутреннюю (зубную). Из внутренней в последующем формируются зубы.

Начиная с 5-й недели рост лица усиливается и к концу 2 месяца оно принимает уже облик лица человека: наружный носовой отросток превращается в крыло носа, нижняя часть внутреннего носового отростка, срастаясь с верхнечелюстными отростками, образует верхнюю челюсть.

Из внутреннего носового отростка развиваются межчелюстные кости и небные отростки, срастающиеся между собой и с крыло небными отростками.

Отграничение полости рта от полости носа происходит на 3 месяце, когда заканчивается образование твердого и мягкого неба. Небные отростки срастаются к концу 8-й недели, на 9-й недели уже имеется свод твердого неба, а на 12-й неделе образуется свод мягкого неба.

Эмбриональный период развития верхней челюсти.

Верхняя челюсть (покровная кость) образуется из шести костных ядер, появляющихся на 2 месяце внутриутробной жизни по бокам носовой капсулы. От костных закладок отделяется альвеолярный отросток (*processes alveolaris*), он включает в себя закладки зубов и, разрастаясь, образует небные отростки (*processes palatine*) и лобные отростки (*processes frontalis*).

Из шести костных ядер, формирующих верхнюю челюсть, пять уже с 4-го месяца утробной жизни сливаются между собой, давая закладку для большей части альвеолярного отростка, шестое ядро, соответствующее передней части альвеолярного отростка, дает самостоятельную межчелюстную кость (*os intermaxillare*), в которой развиваются резцы.

Межчелюстная кость часто еще в зародышевой жизни начинает срастаться с небными и альвеолярными отростками. Шов соединения костей обычно сохраняется до юношеского возраста. Следы этого шва нередко можно обнаружить и у взрослого.

Каждая из небных костей (*os palatina*) развивается из одного центра окостенения, появляясь сзади и несколько медиально от закладок верхнечелюстных костей на 8-й неделе утробной жизни. Разрастаясь вверх и медиально от закладок, каждое ядро образует по вертикальной и горизонтальной пластинке (*lamina perpendicularis et lamina horizontalis*), служащих как бы дополнением к верхней челюсти: горизонтальные пластинки дополняют сзади твердое небо, боковые стенки – носовую полость.

При нарушениях эмбриональных процессов развития лица в периоде первых двух месяцев возникает уродство в виде, так называемой расщелины верхней губы (*fissure labia*) и расщелины неба (*fissure palati duri*).

Частота:

Ежегодно в Республиках СНГ рождается около 30000 детей с черепно-челюстно-лицевыми деформациями, из которых число новорожденных с расщелинами лица и неба составляет около 30% т.е. около 12.000 в год (М.А.Козин 1996, В.М. Безруков, Т.Г.Робустова 2000).

По данным Всемирной организации Здравоохранения частота рождаемость детей с не сращениями верхней губы и неба в мире составляет в среднем 1,5:1000 новорожденных (от 0,1:1000 в Претории у народов банту и до 5,38:1000 – в Сингапуре) (Белякова С.В. , Фролова Л.Е. и др.) 1996.

По данным М.Г.Володацкого и Б.Г.Бабина (2003) показатель рождения детей с расщелиной верхней губы и неба за последние 35 лет в ставропольском крае увеличился с 1:814 до 1:690. Тем самым подтверждается тенденция к росту числа рождения детей с данной патологией.

Врожденные несращения неба, представляют собой, многочисленную патологию, характеризующуюся не только местными, но и рядом сопутствующих системных нарушений деятельности организма. В основном это многофакторные пороки со сложной этиологией. В их возникновении одинаково повинны и генетические и внешние факторы.

Зубовой А.Ф. в 1973-79 г. была изучена особенность клиники этиологии и лечения, больных с врожденными расщелинами лица в Ферганской области УзССР.

Частота расщелины лица в сельской местности была неравномерной. В Кировском районе (ныне Бетарыкском) была равна 1:720 Кувинском 1:620, Ахунбабаевском 1:640. Рождение детей с расщелинами лица по годам также отличалась значительной неравномерностью. Так в Кировском районе в 1970 г. соотношение равнялось 1:300 в Кувинском в 1971 г. 1:335.

Частота рождения детей с такой патологией в США, по данным L.F. Smith и К.Н. Calhoun (1991), составляет приблизительно 1 на 700-850 новорожденных. Другими авторами (А.Ф.Зубовой, Ю.И.Бернадским, 1985, И.А.Козин 1996, А.П. Щеглова, 1997, D.R.Millard, 1976) отмечено, что частота встречаемости врожденных расщелин колеблется примерно от 1 до 2 случаев на 1000 живорожденных. Рождаемость детей с челюстно-лицевой патологией в среднем составляет 1/500 новорожденных с тенденцией к увеличению за последние 15 лет (С.И.Блохина, В.П.Козлова, 1995) В разных регионах их популяционная частота у новорожденных составляет от 1:1000 до 1:700 в год. В некоторых регионах России, Японии, Индонезии и Америки коэффициент рождаемости детей с расщелинами верхней губы и неба значительно выше 1:300 (D.R.Millard 1976, А.Э.Гуцан 1981, Ю.И.Бернадский 1999).

2. Причины происхождения врожденных расщелин верхней губы и неба.

Врожденная расщелина верхней губы и неба (ВРГН) является одной из причин перинатальной смертности и выходит на первое место в структуре детской заболеваемости и инвалидности, представляя важнейшую медицинскую и социальную проблему.

Основными принципами решения данной проблемы являются разработка и совершенствование методов контроля, диагностики, лечения и профилактики ВРГН.

Число рождений детей с ВРГН связано с уровнем развития общества в целом, и его возможностью применить современные методы профилактики и перинатальной диагностики ВРГН у плода в полном объеме и с максимальным охватом женщин репродуктивного возраста.

На сегодняшний день достоверно доказано, что лишь 20% пороков развития связаны с генными мутациями, 10% с хромосомными, а остальные 70% с влиянием экзогенных факторов. Следовательно, врожденную расщелину верхней губы и неба можно рассматривать образно, как индикатор воздействия внешне средовых мутагенных и тератогенных факторов.

Известно, что отягощенная наследственность приводит к возникновению расщелины в 13,6% случаев, а вирусные заболевания (краснуха, токсоплазмоз) в первые 1,5 – 2 месяца

беременности – в 11,3%.

К более редким факторам относятся травмы, высокий родительский возраст, хроническое или острое отравление токсическими веществами и лекарствами, ионизирующая радиация, рентгеновское излучение, авитаминозы, стрессовые ситуации.

Условно, все существующие факторы риска, способствующие развитию врожденной расщелины верхней губы и неба подразделяют на экзогенные и эндогенные.

ЭКЗОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА:

Физические факторы. К *механическим воздействиям* относится повышенное давление на развивающийся плод, пороки развития матки и сужение таза. Тератогенным агентом могут явиться однократная травма матери в ранние сроки беременности, аборт.

Важное значение придается действию *ионизирующего излучения* (рентгеновские лучи, воздействие радиоактивных изотопов). Кроме прямого действия на генетический аппарат, ионизирующее излучение обладает токсическим эффектом и является причиной многих врожденных аномалий.

Химические факторы. *Гипоксия плода.* Как известно решающее значение в регуляции перехода кислорода через плаценту от матери к плоду и выделения углекислого газа в обратном направлении принадлежит маточно-плацентарному кровообращению. Нарушения маточно-плацентарного кровообращения лежат в основе патогенеза большинства случаев внутриутробной гипоксии плода, обусловленной самыми различными моментами. В условиях патологии происходят нарушение маточно-плацентарного кровообращения и затрудненная доставка кислорода к плоду. Установлено, что скорость кровотока при таких состояниях может снижаться в 3-4 раза.

Наряду с дистрофическими изменениями тяжелые токсикозы беременных, анемии, патология сердечно-сосудистой системы и некоторые другие экстрагенитальные заболевания сопровождаются значительным уменьшением обменной поверхности плаценты до 7м² и даже 4,5м². Это приводит к резкому нарушению диффузии кислорода через плацентарную мембрану и к развитию гипоксии плода.

Кислородное голодание в период органогенеза вызывает разнообразные нарушения внутриутробного развития, в том числе тератогенный эффект. При хронических формах кислородной недостаточности защитные механизмы плода и его приспособительные реакции к гипоксии оказываются недостаточными, вследствие чего возникают разнообразные нарушения эмбриогенеза вплоть до полного прекращения внутриутробного развития – эмбриотоксический эффект.

Большое значение придается алиментарному фактору и, прежде всего, дефициту основных питательных веществ в диете матери. В настоящее время известно, что последствия для плода голодания и недоедания во время беременности колеблются в очень широких пределах – от легких степеней внутриутробной гипотрофии до возникновения аномалий развития и мертворождений.

На определенных этапах эмбриогенеза плод предъявляет повышенные требования к тем химическим субстратам, которые ему необходимы для формирования определенных органов и тканей. Дефицит этих веществ в пищевом рационе матери может привести к избирательному нарушению развития его отдельных органов и систем.

Следует помнить, что в первом триместре происходит закладка и дифференцировка органов плода. Поэтому особенно важно в этот период достаточное поступление в организм беременной женщины полноценных белков, витаминов и минеральных соединений.

Тератогенные яды. Внимание исследователей и клиницистов за последние годы было обращено на проблему вредоносного действия некоторых лекарственных веществ, которые, проникая через плаценту беременных женщин, неблагоприятно влияют на процессы развития плода.

В эксперименте, были получены расщелины неба у крыс, самкам которых «давали витамин А и кортизон». Не всегда учитывается, что влияние фармакологических

препаратов на плод зависит от дозы и продолжительности курса лечения, скорости и степени перехода их через плаценту и, особенно от реактивности плода, которая меняется на разных стадиях его развития. Приведенные данные свидетельствуют о сложности условий, определяющих действие на организм плода фармакологических средств, введенных матери. Многие лекарственные средства относятся к числу соединений с большой биологической активностью и нуждаются в дальнейшем изучении.

Препараты могут вызвать специфические дефекты, если их назначают в вышеуказанные критические периоды органогенеза, в другие же периоды гестации они могут не оказать никакого патологического воздействия. Нет лекарств, которые могут быть безоговорочно признаны полностью безопасными, особенно на ранних стадиях беременности.

Употребление лекарственных веществ.

По данным Насритдинова Х.К. 66% женщин родивших детей с расщелинами указывали на употребление лекарственных веществ. Это почти в 3 раза выше, чем в контрольной. Причем особенно выражено воздействие в 1 триместре т.к. на использование лекарств во II и III триместрах указывали почти одинаковое количество матерей наблюдаемой и контрольной групп.

Среди лекарственных препаратов употребляемых в 1 триместре первое место занимают антибиотики, сульфаниламиды и спазмолитики.

Кортикостероиды, андрогены, эстрогены, антитиреоидные препараты транквилизаторы, антидепрессанты, антиэстрогенные средства, противомаларийные препараты, нейролептики, антикоагулянты, препараты салициловой кислоты, антибиотики - препараты, обладающие наибольшей тератогенной активностью.

На потенциальную тератогенность лекарственного препарата влияют также, такие факторы, как: 1) время введения препарата, 2) индивидуальная чувствительность пациента к данному препарату, 3) число введений препарата, и 4) общая частота возникновения врожденных аномалий при использовании данного препарат.

Кроме того, доказано тератогенное действие половых гормонов: андрогена, эстрогена, инсулина, кортизона, вазопрессина, адреналина и др.

Социальная среда

По данным Насритдинова Х.К. 1995 г. из числа исследованного контингента 1/3 родилась в семьях социальная категория которых «рабочие» 18% детей родились в семьях «служащих» 5% в семьях учащихся 29,8% в семьях смешанной категории, где один из родителей является служащим, второй рабочим.

Влияние фактора производства или быта не однозначны для городских и сельских жителей. Так по исследованиям Насритдинова Х.К. (1995) в г. Ташкенте почти 78% родителей ответили отрицательно на влияние этих факторов. Из общего числа женщин указавших на воздействие вредностей на производстве или в быту 65% отметили их воздействие именно в 1 триместре.

Зубова А.Ф. провела в 1970-80 г. исследование о влиянии ДДТ на частоту рождения детей с пороками лица. У матерей детей с расщелинами лица концентрация ДДТ в грудном молоке колебалась от следов до 1 мг/л, что на 60% было выше, чем у матерей детей без расщелины. Исходя из этого Зубова А.Ф. считает носительство ДДТ в качестве одной из причин рождения детей с расщелинами лица.

Биологические факторы. Патогенные бактерии, обитающие в критический период эмбриогенеза в организме матери, могут оказать прямое действие на эмбрион, проникая в его ткани через плаценту, и вызывать уродства путем повышения температуры, изменяя снабжение кислородом, нарушая эндокринные функции или витаминный баланс (бактерии сифилиса, листериоза, бруцеллеза). Тератогенное воздействие оказывает инфекция матери стафилококками, стрепто-, пневмо-, гонококками, бактериями паратифа, туберкулеза, микобактериями проказы, из простейших – токсоплазмами.

Признаны причиной пороков развития некоторые бактериальные и простейшие

микроорганизмы и их токсины: плазмодии, бледная трепонема, кокковые микроорганизмы, бактерии туляремии, гонококк, брюшнотифозная палочка, дизентерийная палочка, паратифозные бактерии, риккетсии, токсоплазмоз.

Психические факторы. Патогенез психической травмы объясняется гипердреналинемией, вызывающей расстройство плацентарного кровообращения, а последнее, будучи даже кратковременным, может послужить причиной уродства.

На частоту возникновения аномалий развития влияют также *медицинские и социальные факторы*. Врожденные аномалии у детей, которые родились от матерей, страдающих диабетом, встречаются в 4-12 процентах случаев. Недавними исследованиями было установлено, что тщательное контролирование уровня глюкозы перед имплантацией оплодотворенной яйцеклетки и на протяжении всего периода беременности позволяет снизить частоту возникновения врожденных аномалий до уровня в 1,2%.

Злоупотребление кокаином и героином приводит к микроцефалии и другим аномалиям развития мозга плода. Большое значение имеет и то, какие тератогенные препараты принимал отец. У потомства мужчин, злоупотребляющих кокаином, повышен риск возникновения врожденных аномалий. Кокаин проникает в сперму и может попасть в яйцеклетку во время оплодотворения, что является причиной нарушения нормального процесса развития плода. Прежде чем какой-либо препарат, в том числе и анестезиологический, будет отнесен к категории тератогенных, необходимо самым тщательным образом оценить возможное влияние всех вышеупомянутых факторов.

Кроме того, употребление алкоголя и никотина приводит к разнообразным врожденным нарушениям, выраженность которых зависит от количества употребляемого алкоголя - особенно на ранних стадиях беременности. Фетальный (т.е. поражающий плод) алкогольный синдром - тяжелейшее врожденное заболевание, порой несовместимое с жизнью.

ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА:

К ним относятся: наследственность, биологическая неполноценность половых клеток, возраст родителей.

Изучение вопроса о причинах рождения ребенка с ВРГН свидетельствует о том, что в 5% - 25 % - случаев они определяются наследственными факторами. По данным Насритдинова Х.К. среди обследованного контингента больные в 10,2% родились в семьях, где отец или мать являлись носителями расщелины губы и неба в 5% семьях носители этого порока были братья или сестры данного пробанда. Савка (1974) обследовав 2474 больных с врожденными расщелинами верхней губы и неба установил, что соотношение количества случаев эндогенной и экзогенной этиологии составляет примерно 50:50

Зачастую, однако, в развитии врожденных пороков играет роль такой фактор, как наследственная предрасположенность: известно, что если у родителей или ближайших родственников наблюдались врожденные пороки развития, то риск родить ребенка со сходными дефектами повышается, то есть речь идет "о семейном накоплении" аномалий развития.

На примерах расщелин губы и неба различной этиологии прослеживаются общие принципы, характерные для любых моногенных, мультифакториальных и хромосомных наследственных болезней. При аутосомно-доминантном типе заболевание может возникнуть как при передаче мутантного гена от родителя, имеющего расщелину губы и неба, так и при возникновении спорадической мутации в половой клетке одного из родителей. Однако в том и в другом случае риск для потомства ребенка с расщелиной составит 50%.

В прошлом, когда расщелины губы и неба вызывали гибель детей в первые годы жизни, практически все имеющиеся в популяции новорожденные с аутосомно-

доминантными синдромами появлялись в результате новых мутаций. В настоящее время в связи со значительным улучшением хирургической техники и проведением целой системы реабилитационных мероприятий повышается число оперированных лиц с аутосомно-доминантными синдромами, вступающих в брак и передающих мутантный ген своим детям. Для аутосомно-доминантных мутаций характерно увеличение среднего возраста родителей, особенно отцов. Степень повышения возраста отцов примерно одна и та же при различных аутосомно-доминантных синдромах с расщелиной губы и неба и составляет 32.7+7.4 года, что на 5 лет выше среднего возраста отцов в контрольной группе. Кровное родство родителей, определяемое по коэффициенту инбридинга или по "брачной дистанции" (расстоянию от места рождения мужа до места рождения жены), при аутосомно-дополнительных синдромах не имеет значения. Зубова А.Ф.(1980), Насритдинов Х.К. (1995) анализируя возрастной состав родителей с расщелинами отметили благоприятным детородным возрастом период от 20 до 34 лет. Более неблагоприятным возрастом оказался период от 35 до 50 лет. Насритдинов Х.К. считает, что ряд структурных изменений биохимических гормональных и других функциональных систем происходящих в этот период в организме усугубляется течением беременности, воздействием ряда факторов и приобретает выраженную комплексность. Кроме того, оказалось, что порядок родов также увеличивает риск рождения детей с расщелиной особенно между У1 и Х1У родами.

При аутосомно-рецессивных синдромах с расщелинами губы и неба ребенок с пороком рождается от двух здоровых родителей, гетерозиготных носителей аномального гена. Риск для другого ребенка в этой семье составляет, как и для первого, 25%, тогда как риск для детей пробанда с расщелиной минимальный. Естественно, что возраст родителей и номер пробандовой беременности при таких синдромах не имеет значения. В то же время "брачная дистанция" значительно уменьшена. В ряде случаев родители больного ребенка являются кровными родственниками. Зубова А.Ф. в анамнезе у 27 детей из 233 (11,5%) отметила родственные браки, причем у всех браки были заключены по материнской линии. Зубова считает, что с повышением степени кровного родства в браках повышается риск рождения детей с пороками развития лица.

Частота новых рецессивных мутаций ничтожно мала, практически всегда родители ребенка с таким синдромом гетерозиготны.

Наиболее редко встречаемыми моногенными формами расщелин губы и неба являются сцепленные с полом синдромы. Чаще встречаются Х-сцепленные мутации, при которых женщина является непораженной носительницей мутантного гена. В этом случае в родословной соответствующие дефекты обнаруживаются у мужчин. При Х-сцепленном доминантном наследовании синдром выявляется у гетерозиготных женщин, а поражение гемизиготных мужчин настолько резко выражено, что, как правило, несовместимо с внеутробным существованием.

Зубова А.Ф. в анамнезе 54 (23%) детей с расщелинами установила полиэтиологические факторы. В 33 случаях было отмечено по 2 фактора (возраст матери, высокий порядок родов или высокий порядок родов+гипохромная анемия).

В анамнезе у 16 детей отмечено 3 фактора: высокий порядок родов+возраст родителей+отягощенная наследственность или высокий порядок родов+наследственность+носительство ДДТ или высокий порядок родов+возраст родителей +родственный брак. По 4 фактора было отмечено в анамнезе 5 детей – высокий порядок родов, возраст родителей, носительство ДДТ и другие врожденные уродства по линии отца.

Срок зачатия уточнен в анамнезе у 151 ребенка. Анализ показал, что меньше родилось детей с расщелинами, если период их зачатия относился к осенним месяцам 20 (13%). Неблагоприятными сезонами зачатия оказались зима (42 детей 27,8%), весна 45 детей (29,8%) и лето 44 детей (29,1%).

Самыми неблагоприятными для зачатия месяцами были январь – 20 детей (13%),

июль 20 детей (13%) и май 19 детей (12%). По мнению Зубовой А.Ф. весна и лето являются неблагоприятными для зачатия в связи с применением в сельском хозяйстве ядохимикатов. Зимой же происходит сезонное повышение числа инфекционных заболеваний, а также недостаточность в пищевом рационе витаминов.

Расщелины губы и неба могут возникать как один из компонентов множественных пороков развития при хромосомных аномалиях. Общими признаками всех синдромов хромосомной этиологии служат пренатальная гипоплазия, симметричность поражений и олигофрения. Такие дети с расщелиной губы и неба являются клинически наиболее тяжелыми. Расщелины губы и неба неспецифичны для какого-либо одного хромосомного синдрома. Они возникают при аномалиях 50% хромосом (1; 3; 4; 5; 7; 10; 11; 13; 14; 18; 21 и X), причем как при делециях, так и транслокациях. Это не означает, что любой ребенок, например с синдромом Дауна, имеет расщелину губы и неба, но частота возникновения расщелины при синдроме Дауна в 10 раз превышает эту частоту в общей популяции.

Для мультифакториально наследуемых расщелин губы и неба характерны общие для всех мультифакториальных заболеваний признаки. Для возникновения таких форм необходимо наличие генетической подверженности (предрасположенности) и воздействие каких-либо неблагоприятных факторов среды, способствующих реализации подверженности в порок развития. Сами по себе неблагоприятные условия среды вне зависимости от определенного генетического фона не способны вызвать появление таких синдромов. Характерным признаком такого наследования является различие "порога подверженности" для мужчин и женщин (формирование порока происходит лишь тогда, когда "концентрация генов" превосходит какую-то определенную величину - "порог"). Суммарный эффект генов, способный вызвать расщелину (как и любой другой порок) у представителей одного пола, например, у мужчин, оказывается недостаточным, чтобы вызвать его у лиц женского пола.

В связи с этим частота пораженных девочек и мальчиков при расщелине губы и неба мультифакториальной природы различна, тогда как при моногенных формах (за исключением X-сцепленных, которых, как правило, крайне мало), этот показатель у мужчин и женщин одинаков.

В некоторых случаях данный порок развития обусловлен мутацией одного гена и передается по рецессивному или доминантному типу наследования. У большинства наследование данного порока объясняется теорией полигенного типа наследования с пороговым эффектом. Считают, что расщепления губы и неба формируются в результате совокупности действия наследственных признаков и неблагоприятных воздействий внешней среды.

Неспособность клеток, принявших участие в оплодотворении, образовать полноценную зиготу может быть обусловлена наследственностью, «перезреванием» половых клеток при длительной задержке в половых путях и их повреждением. В этом плане уместно отметить, что у 75% хронических алкоголиков сперматозоиды имеют патологические изменения.

Не получил окончательного решения вопрос о значении возраста родителей в этиологии расщелин губы и неба у потомства, несмотря на довольно многочисленную литературу, посвященную этой теме. Некоторые исследователи решающую роль отводят материнскому возрасту.

Установлено, что пожилой возраст матери способствует появлению аберрантных комплексов, и в частности повышению частоты нерасхождения хромосом и изменений карิโอ типа в связи с возрастом.

Гинекологическая заболеваемость.

По данным Насритдинова Х.К. у матерей, родивших детей с расщелинами губы и неба зарегистрированы высокая гинекологическая заболеваемость. Заболеваемость женских половых органов у обследуемого контингента в 4,5 раза выше, чем у матерей родивших здоровых детей (воспалительные заболевания гениталий, эрозии шейки матки,

нарушения менструального цикла). Среди обследованных достоверно чаще, чем среди контрольного контингента имели место спонтанные аборты (48,8%) преждевременные роды (20,2%), ранние маточные кровотечения (20,6%) и различного рода осложнения после родов.

Наследственность.

Нами проведен анализ 1070 детей с ВРГН обратившихся в поликлинику хирургической стоматологии Первого ТашГосМИ. Родственные браки родителей отмечены в 22(10,9%) случаях, анемия во время беременности в 32 (15%) токсикоз в 23(10,7%) , грипп, стресс и другие заболевания в первые три месяца беременности – у 38 (17,9%). Работа, связанная с вредными условиями труда одного из родителей ядохимикатами, на химзаводах и лабораториях, употребление алкоголя отмечено в 20 (9,4%) наблюдений. Наследование порока выявлено у 122 (11,5%). Частота наследования зависела от формы порока. Так при изолированных расщелинах неба она составила 9% изолированных расщелин губы 13% , а при сквозных расщелинах верхней губы и неба 19%.

Из обследованных больных 9,2% родились в семьях с родственными браками.

Выводы. Причиной развития ВРГН могут быть экзогенные и эндогенные факторы, действующие на ранних этапах внутриутробного развития, а именно в период формирования лицевого скелета. Более половины ВПР возникают вследствие действия внешнесредовых и мультифакториальных влияний. В странах с низким социальным и экономическим уровнем развития, определяющим соответствующий уровень санитарно-эпидемиологической службы здравоохранения, появляются новые тератогены, которые не распознаются и потому не устраняются, а низкое качество жизни и медицинской помощи, определяющее здоровье населения, неблагоприятно сказывается на его репродуктивной функции.

Подавляющее большинство исследователей пришли к общему мнению о том, что расщелина губы и неба является полигамным мультифакториальным патологическим процессом, имеющим различные этиологические факторы риска, а также большие различия популяционной и семейной частоты.

Операция при врожденной расщелине верхней губы показана детям, родившимся в срок, не имеющим других тяжелых уродств, которые могли бы влиять на жизненно важные функции организма, а также детям, не страдающим приобретенными заболеваниями (пневмонией и др., воспалительными процессами различного происхождения) и не имеющим травм центральной нервной системы.

Операция новорожденным производится при всех видах врожденной расщелины верхней губы.

При решении вопроса о показаниях к оперативному лечению хирург должен учесть особенности состояния ребенка в первые дни жизни.

Чаще всего вес ребенка является показателем функциональной зрелости новорожденного. Родившийся в срок ребенок имеет вес в среднем 3200-3300 г, иногда 2500 г. Разница в весе между мальчиком и девочкой составляет 150-200 г.

У детей с неполной расщелиной верхней губы или с изолированной расщелиной только губы операцию следует производить после 6 месяцев; детей с комбинированными расщелинами следует, по возможности, оперировать в роддоме и не выписывать в течение всего предоперационного периода или перевести в отделение для недоношенных, где он сможет получить рациональное лечение и уход.

Детей с очень большим весом (4500—5000 г) перед операцией также необходимо тщательно обследовать, чтобы убедиться в отсутствии травм центральной нервной системы, которые мог получить ребенок во время родов.

Кроме веса, для хирурга представляет интерес поведение новорожденного и функции различных его органов.

У функционально зрелого новорожденного движения обычно активны, крик громкий, кожа розово-красная, дыхание ритмичное, несколько учащенное, число дыханий в минуту доходит до 60. В первые сутки после рождения дыхательные движения более поверхностны, к 8-му дню глубина дыхания возрастает и становится постоянной.

У детей в период новорожденности отмечается неправильный ритм сердечных тонов и учащенная работа сердца (до 120—140 ударов в минуту).

У здоровых новорожденных при крике, движениях, во время сосания пульс учащается, а во время сна замедляется на 20—30 ударов в минуту. Место сердечного толчка совпадает с левой границей относительной тупости, правая граница относительной тупости проходит по правой парастеральной линии, верхняя граница — по II ребру. Левая граница абсолютной тупости проходит по левой сосковой линии, правая — по левой стеральной линии, верхняя — по III ребру. Первый тон у основания сердца более усиленный, чем второй.

У новорожденного температура тела иногда доходит до 38°, через 3—6 часов после рождения она падает до 36° и к концу второго-третьего дня устанавливается в пределах 36—37°.

В некоторых случаях на третий-четвертый день у новорожденных температура может повышаться до 39°. Это повышение, не связанное ни с инфекцией, ни с воспалительными процессами, Реус назвал транзиторной лихорадкой.

Транзиторная лихорадка обычно совпадает с периодом наибольшего физиологического падения веса, которое сопровождается в первую очередь потерей тканями жидкости. Считают, что транзиторная лихорадка возникает вследствие недостаточного поступления жидкости с пищей, богатой белком (молозиво).

Состав крови у новорожденных несколько иной, чем у детей более старшего возраста. Количество эритроцитов у них в первый день жизни колеблется от 6 до 6,5 миллиона, с 3-го дня оно несколько снижается и к 8—10-му дню достигает примерно 5,5 миллиона. Гемоглобин в первый день составляет 140%, к 9-му дню содержание его снижается до 110—100%. Количество лейкоцитов в 1 мм³ крови в первый день жизни ребенка составляет в среднем 29000, а с 7—12-го дня снижается до 10000—12000 (норма для здоровых детей).

По данным Б. Ф. Шагана (1950), первый перекрест лимфоцитов приходится на 4-й день. В первые дни жизни отмечается сдвиг нейтрофилов в сторону юных и палочкообразных форм. Количество моноцитов в течение первых 10 дней держится почти на одинаковом уровне, число эозинофилов постепенно увеличивается. РОЭ в период новорожденности низкая (1,5—4,5 мм/час).

Физиологическая желтуха наблюдается у 85% новорожденных. Она обычно появляется на 2—4-й день. Степень окраски кожи, слизистых оболочек и склер может быть различной — от легкой желтушности до резко выраженной окраски тканей. Физиологическая желтуха обычно заканчивается к 6—7-му дню, в тяжелых случаях она может затянуться до 2—3 недель. Несмотря на то, что это явление физиологическое, в этот период у ребенка несколько замедляется восстановление физиологической убыли веса.

Знание этих особенностей состояния новорожденного позволяет хирургу, педиатру и акушеру-гинекологу решать вопрос о показаниях к операции ребенка с врожденной расщелиной верхней губы в первые же дни после рождения.

Несмотря на то, что противопоказаний к операции в этом возрасте очень мало, хирург, однако, обязан их знать. Все их можно разделить на две группы:

1) комбинированные врожденные уродства, препятствующие выполнению оперативного вмешательства при расщелине губы в первые сутки после рождения ребенка;

2) приобретенные заболевания, которые делают невозможным проведение операции в данный момент.

Б. Я. Булатовская из 95 детей с врожденными расщелинами верхней губы наблюдала у 14 (14,7%) кроме этого другие пороки развития: косолапость, врожденные пороки сердца, микроцефалию, синдактилию, пупочную грыжу, гидроцефалию, недоразвитие половых органов и др.

В большинстве случаев при врожденных комбинированных пороках развития оперативное вмешательство на верхней губе в ранние сроки противопоказано вследствие тяжелого общего состояния новорожденного.

В последнее десятилетие все больше авторов склонны проводить операции в более поздние сроки. На это есть ряд причин.

1. Невозможность надлежащего ухода как за ребенком, так и за раной в родильных домах.

2. После операции детей с широкими расщелинами высокий риск расхождения раны.

3. Результаты операции не всегда отвечают эстетическим нормам.

Ю.Л. Образцова (1971) провела анализ анатомо-косметических и функциональных особенностей операции по методу Обуховой-Фроловой, выполненных до 6 месяцев и позже 1 года существенных различий не установил. Многолетний опыт клиники детской хирургической стоматологии показывает, что наиболее оптимальным возрастом для проведения хейлопластики односторонней расщелины верхней губы является 6-8 месяцев. При двухсторонней сквозной расщелине верхней губы и нёба целесообразно хейлопластику проводить в два этапа: в 4-6 месяцев оперировать широкую сторону, 6-8 месяцев вторую сторону. При нормальном вскармливании ребенка с изолированной расщелиной губы хейлопластику проводили в 10-12 месяцев.

Лечение детей с врожденной односторонней сквозной расщелиной верхней губы.

По нашему мнению при первичной хейлопластике хирург должен стремиться достичь следующих целей:

1. Восстановить целостность круговой мышцы рта.
2. Создать симметричный лук Купидона.
3. Создать одинаковую высоту кожного отдела губы и красной каймы.
4. Восстановить колонку на уплощенной стороне филтрума.
5. Установить основание уплощенного крыла носа на нормальном уровне.
6. Достигнуть одинакового периметра ноздрей.
7. Создать достаточной глубины преддверие полости рта.

Основываясь на литературные данные, учитывая данные, накопленные в нашей клинике, мы пришли к выводу, что к наиболее оптимальным и удовлетворяющим требованиям первичной хейлопластики относятся две большие группы: лоскутные методы – Z - пластика с перекидным треугольным кожным лоскутом в нижней части филтрума и линейный метод ротации и продвижения.

Лоскутные операции предусматривают закрытие расщелины путем перемещения треугольных и прямоугольных лоскутов, величина которых зависит от ширины расщелины и степени укорочения медиального фрагмента верхней губы (С.Д. Терновский, 1952; А.А. Лимберг, 1968; Р.Д. Новоселов, 1978; J.D. Sidman, 1994).

Самой удачной среди лоскутных методов является операция, разработанная Л.М. Обуховой (1955, 1957) и С.В. Теннисон (1952).

Разработанная авторами независимо друг от друга, но по своей сути ни чем не отличающаяся. Ее сущностью является удлинение недоразвитой внутренней колонки филтрума, перемещением треугольного кожного лоскута с наружного фрагмента. В основу расчета метода Л.М. Обуховой положена разница в величинах филтрума на пораженной и здоровой стороне.

Дальнейшее развитие метода лоскутной пластики получил в работах с использованием перекидных лоскутов в нижней трети губы и у основания перегородки носа, где второй лоскут, по мнению авторов, улучшает положение крыла носа.

Методика операции по Обуховой - Теннисона

Операционное поле обрабатывают спиртом и раствором фурацилина (1:5000), покрывают стерильными простынями, оставляя открытым ационное поле: губы, нос, щеки и подбородок. Спиртовым раствором актовой зелени отмечают точки на расщепленной стороне верхней губы, измеряют расстояние между точками начала фильтрума и места слияния крыла носа с кожей губы, устанавливают соотношение и места расположения этих точек между собой. С помощью полученных данных на стороне расщелины находят точку расщепления у преддверия носа. Через эти точки на фрагментах производят инъекции для введения анестетика. При установлении этих точек необходимо помнить, что они остаются вне проходящих разрезов на 1,0-1,5 мл снаружи.

После введения анестетика ассистент удерживает губу, фиксируя ее между большим и указательным кольцами. Разрез проводят от кровотока расщепленной точки малого фрагмента, при этом острый скальпель должен быть обращен к вершине расщелины. Линия разреза проходит строго по границе красной каймы губы с кожей. Далее разрез по границе идет вверх и переходит на крыло носа с внутренней поверхности. Протяженность разреза по крылу носа зависит от ширины дефекта в области альвеолярного отростка. Ткани у наружной ножки крыла носа рассепаровывают, и освобождают крыльчатый хрящ от основания.

Затем, по переходной складке отступая на 8-10 мм от края расщелины, разрез в виде "кочерги". Широко рассепаровывают слизистую оболочку и накладывают швы кетгутом с мобилизацией слизистой оболочки к середине верхней губы.

Следующий этап операции состоит в проведении разрезов на конце внутреннего (большого) фрагмента. От расщепленной точки выпуклости разрез по границе красной каймы направляют к кожной части основания перегородки с расщепленной стороны, где выкраивают лоскут треугольной формы с основанием у края дефекта. Данный лоскут отсепааровывают и, повернув вниз кнаружу, подшивают к тканям крыла носа, что придает крылу носа правильное положение. Создав таким образом дно носового хода, на нижний край образовавшейся раневой поверхности подшивают лоскут, ранее выкроенный у наружного фрагмента. Созданная внутренняя выстилка будет представлять собой дно носового хода и свод преддверия полости рта. При короткой уздечке верхней губы разрез по слизистой оболочке проводят по М.А. Холматовой, М.Э. Махкамову, по длине уздечки. Данный разрез не доводят до альвеолярного отростка примерно на 1,5-2 мм, продолжают по слизистой оболочке верхней губы косо вверх и наружу под углом 60°, который образуется между последними разрезами: по уздечке и слизистой оболочке. Отпрепаровав лоскут слизистой оболочки у края фрагмента, его перемещают по принципу ечных треугольных лоскутов в образовавшийся дефект тканей от последнего разреза слизистой оболочки. При излишней ширине данного лоскута его можно сузить иссечением слизистой оболочки с края, выкроенного расщелины.

Разрезом по фильтруму перпендикулярно, по раневому краю опускают расщепленную точку "выпуклости" в нормальное положение дуги Купидона. Выкраивают равнобедренный треугольник лоскута на малом фрагменте губы и являют в указанный выше треугольный дефект большого фрагмента.

Наложение швов начинают со стороны полости рта. На слизистую оболочку губы до красной каймы накладывают кетгутовые швы.

Круговая мышца рта соединяется погружными кетгутовыми швами. При вкладывании их желательно завязывать узлами, обращенными в сторону ризистой оболочки. В противном случае при прилегании этих узлов ближе к жному покрову они

могут легко инфицироваться, и в последующем разуются кетгутые свищи, которые иногда становятся причиной деформации губы и крыла носа.

Для аккуратного наложения швов на кожу и красную кайму верхней губы необходимо отмыть от крови края раны марлевым шариком, смоченным раствором фурацилина (1:5000).

Первый шов накладывают на лилию Купидона, т.е. иглу с полиамидной нитью проводят через точки, оставленные инъекционной иглой рядом с расщепленными точками. После наложения швов шовный материал обрезают, оставляя у узла концы длиной 8-10 мм.

Одновременно со способом Обуховой - Tennison происходило развитие способа радикального поворота и движения предложенного и усовершенствованного D.R. Millard (1957, 1958, 1960, 1976).

P. Ingelrands и др. (1963) назвали методику Millard "самым оригинальным из всех способов, появившихся за последние полвека".

Сущность метода Millard состоит в том, что медиальный лоскут вращения смещается по направлению книзу, а латеральный лоскут перемещения сдвигается медиально с целью восстановления верхней губы.

Благодаря ротационному и обратному разрезам исправляются направления волокон круговой мышцы рта, которые из косо становятся горизонтальными и ушиваются с мышцей латерального фрагмента в более физиологичном положении. Для одностороннего удлинения колумеллы, у ее основания выкраивается малый лоскут, который мобилизуют вместе с медиальной ножкой уплощенного крыльчатого хряща от мембранозной части перегородки и перемещают его кверху с помощью послабляющего разреза на боковой поверхности перегородки.

Сроки оперативного лечения детей с двусторонними расщелинами губы

Многие исследователи установили, что ранняя хейлопластика способствует быстрому сближению боковых фрагментов верхней челюсти с резцовой костью с последующим сужением фронтального отдела верхней челюсти в трансверсальной плоскости в области клыков и развитием ложной прогении и аномалий прикуса.

Другая группа авторов полагает, что хейлопластика должна выполняться в течение периода от новорожденности до шести месячного возраста младенца в зависимости от результата предварительного ортодонтического лечения. По мнению этих авторов, нормально функционирующая верхняя губа не только благотворно воздействует на фрагменты верхней челюсти, но и стимулирует рост лицевого скелета.

D.R. Millard отмечает, что хейлопластика, выполненная в ранние сроки рациональным методом, оказывает формирующее влияние на верхнюю челюсть благодаря нормальной функции языка, мышц губы и щек.

На сегодняшний день большинство современных хирургов считает оптимальным сроком первичной хейлопластики у больных с двусторонними расщелинами верхней губы и неба период от четырех до шести месяцев после рождения ребенка, т.е. до начала окостенения шва между сошниками и предмаксиллой.

Э.У.Махамовым (1981-1997) было предложено при двусторонних сквозных симметричных расщелинах верхней губы и неба проводить хирургическое вмешательство в несколько этапов с промежутком не менее полтора-два месяца. При симметричной сквозной расщелине губы для первого этапа хейлопластики выбирают широкую сторону.

А.Т.Усманов, обобщив многолетний труд Э.У.Махамова, предложил сроки хирургического лечения. Так, при двусторонних сквозных расщелинах верхней губы и неба II-й и III-й степеней автор рекомендует оперировать в несколько этапов:

первый: хейлопластика широкой стороны расщелины к четырем-пяти месяцам;

второй: хейлопластика с другой стороны к шести-восемью месяцам;

третий: велопластика до двух лет;

четвертый: пластика твердого неба к трем-четырем годам.

При выборе метода и этапности первичной хейлопластики должны быть учтены такие важные моменты, как состояние центрального фрагмента верхней губы – пролябиума, форма и степень выступающая межчелюстной кости, расстояние между боковыми фрагментами верхней губы и межчелюстной кости.

Методика оперативного лечения детей с врожденной двухсторонней расщелиной верхней губы.

Одной из сложных проблем в пластической хирургии челюстно-лицевой области является определение показаний к выбору того или иного метода первичной хейлопластики при устранении двусторонних расщелин верхней губы и неба.

От правильного выбора метода первичной операции на верхней губе во многом зависят рост и развитие средней зоны лица, формирование облика ребенка и эффективность завершающей хейлоринопластики у взрослых и подростков.

Анатомические и косметические недостатки, присущие деформациям челюстно-лицевой области после нерационального выбора метода операции на губе, не только обуславливают нарушение таких жизненно важных функций как дыхание, жевание, речь, мимика, но и отрицательно влияют на внешний облик, что приводит к угнетению больных и значительным изменениям их психоэмоционального состояния.

Результат первичной хейлопластики при двусторонних расщелинах верхней губы во многом зависит от правильности использования тканей центрального фрагмента верхней губы (пролябиума), а именно его кожной части и красной каймы. Однако, проведение хейлопластики при данной патологии связано с рядом проблем как местного, так и общего характера.

К местным проблемам относятся: выступание межчелюстной кости, недоразвитый пролябиум, укороченная колумелла, утолщенный нос и отсутствие нормальных анатомических ориентиров.

В настоящее время известно свыше 40 способов первичной хейлопластики врожденных двусторонних расщелин губы.

Большинство методов устранения двусторонних расщелин губы основаны на способах, описанных для односторонних расщелин. Только отдельные методы разработаны специально для двусторонних расщелин с учетом выраженной гипоплазии центрального отдела губы, колумеллы и деформации верхней челюсти, существующей до операции.

Группа отечественных и зарубежных хирургов принадлежит к сторонникам линейных методов устранения двусторонних расщелин губы в один или два этапа. Методы Лимберга А.А., Терновский С.Д., Рауэр А.Э., Cronin T.D. Они считают, что вертикальные рубцы по обеим сторонам пролябиума наиболее удобны при завершающих хейлоринопластиках у взрослых.

При устранении двусторонних расщелин губы нашли применение методы хейлопластики Л.М.Обуховой и С.W.Tennison, предусматривающие перемещение нижнебоковых треугольных лоскутов в нижнюю треть пролябиума в два этапа.

М.С.Цыплакова при двусторонней симметричной сквозной расщелине с недоразвитым пролябиумом в качестве выбора метода первичной операции на губе использует метод Hagedorn-Barsky-Лимберга с Z-пластикой гребневидных складок крыльев носа по Знаменскому.

С целью восстановления достаточной высоты центрального фрагмента губы при недоразвитии пролябиума многие хирурги применяют модификации операции С.Hagedorn. Принцип ее заключается в наращивании пролябиума с помощью двух четырехугольных лоскутов, выкроенных в нижнебоковых отделах губы, и сшивании их друг с другом под освеженными нижним краем пролябиума.

Одним из немногих методов который был первоначально описан для коррекции двусторонних расщелин в два этапа, а затем стал применяться для хейлопластики односторонних расщелин, является способ бокового лоскута Wynn.

После любого щадящего метода первичной двусторонней хейлопластики концевой отдел носа растет в неблагоприятных условиях, так как он притянут к верхней губе за счет врожденного недоразвития колумеллы. Поэтому хирурги до последних лет разрабатывают методики первичной двусторонней хейлоринопластики, стремясь создать наилучшие условия для роста всех элементов верхней губы, носа и колумеллы.

Давыдов Б.Н., Пшенисков К.П. предлагают свой способ ринохейлопластики с выкраиванием раздвоенного кожного лоскута для удлинения колумеллы при открытом доступе для ринопластики. Для обеспечения предсказуемого результата авторы применяли хрящевые «стропилки» между медиальными ножками нижних латеральных хрящей и под их латеральные ножки с упором на край грушевидного отверстия. В 87,5% наблюдений получены функциональные и эстетические результаты.

На сегодняшний день многие современные хирурги обращают особое внимание на новейшие анатомически обоснованные комбинированные хирургические и ортопедические способы, описанные в 1990 г. D.R.Millard и R.A.Latham, при устранении двусторонних сквозных расщелин с широким и малым пролябиумом.

Первичная двусторонняя хейлоринопластика при широком пролябиуме:

Завершают первый этап операции двусторонней хейлопластикой по видоизмененному методу M.M.Duffy (1971). По обе стороны широкого пролябиума выкраивают два треугольных кожных лоскута с основаниями у колумеллы. На латеральных фрагментах расщелины с помощью углообразных разрезов выкраивают верхнебоковые кожно-мышечно-слизистые лоскуты, которые послойно подшивают к освеженным краям пролябиума. При этом культя круговой мышцы рта сшивают сквозными матрасными лигатурами из нерассасывающегося материала. После достаточной иммобилизации основание крыльев носа от челюсти в разрезе на дне носа подшивают треугольные кожные лоскуты, выкроенные из пролябиума «в банк».

В нижней трети боковых фрагментов расщелины выкраивают прямоугольные сквозные лоскуты из красной каймы с полосками белого валика, подлежащими мышцами и слизистой оболочкой. Прямоугольные кожные мышечно-слизистые лоскуты, равные половине освеженного края пролябиума, сшивают друг с другом, формируя лук Купидона, срединный бугорок красной каймы и частично преддверия рта.

В возрасте от 2 до 4 лет производят второй этап хейлоринопластики. Из тканей пролябиума, уложенных «в банк», на дне преддверия носа выкраивают раздвоенный лоскут. Затем разрезы продолжают по мембранной перегородке позади медиальных ножек крыльчатых хрящей с переходом на межхрящевые складки. Латеральные ножки больших крыльчатых хрящей широко мобилизуют от кожи крыльев и кончика носа и частично от выстилки. Иссекают межхрящевую жировую клетчатку, сшивают арки крыльчатых хрящей друг с другом, с треугольными хрящами и хрящевой перегородкой носа. Лепестки раздвоенного кожного лоскута сшивают между собой, формируя колумеллу, которую сшивают с мембранозной перегородкой. Избытки выстилки на дне носа иссекают и завитки мобилизованных крыльев носа подшивают к области передней носовой ости, создавая симметричное дно носа.

Первичная двусторонняя хейлоринопластика при малом пролябиуме.

При малом пролябиуме авторы (Millard D.R., Latham R.A.) выполняют хейлоринопластику в два этапа следующим образом. После ортопедического сближения альвеолярных отростков с предмаксиллой между ними производят периостеопластику по описанной выше методике. Одновременно выполняют двустороннюю хейлопластику с помощью прямоугольных кожно-слизистых лоскутов, выкроенных в нижней трети латеральных фрагментов расщелины и подшиваемых к освеженным краям

гипоплазированного пролябиума. По мнению D.R. Millard, R.A. Latham, после такой хейлоринопластики малый пролябиум быстро растет и растягивается в ближайшие 1-2 года в 2 раза по сравнению с первоначальным размером.

На втором этапе проводят завершающую хейлоринопластику. Выкраивают раздвоенный кожный лоскут, включающий рубцы по обе стороны от пролябиума. Разрезы продлевают по мембранной перегородке с переходом на межхрящевую складку с обеих сторон. Латеральные ножки и арки крыльных хрящей широко мобилизуют от кожи, крыльев и кончика носа, как это было описано выше. Арки крыльных хрящей сшивают друг с другом, с хрящевой перегородкой и треугольными (верхнелатеральными) хрящами. Лепестки раздвоенного кожного лоскута сшивают между собой, формируя колумеллу. Затем, поднимая крючками своды носовых отверстий, подшивают вновь созданную кожную часть перегородки к мембранной перегородке носа. Основания мобилизованных крыльев носа подшивают к области передней носовой ости, создавая симметрично расположенное дно преддверия носа. Избытки красной каймы по средней линии иссекают, и послойно сшивают боковые фрагменты губы пролябиумом, воссоздавая лук Купидона и срединный бугорок красной каймы.

По данным D.R. Millard и R.A. Latham, за последние 6 лет хирургическое лечение больных с одно и двусторонними расщелинами, описанными выше способами было выполнено более чем у ста пациентов. В послеоперационном периоде все больные находились под наблюдением ортодонта. У большинства больных установлены правильное сращение альвеолярных отростков и нормальное прорезывание зубов.

По данным авторов, за последние шесть лет хирургическое лечение больных с двусторонними расщелинами произведено более, чем у 100 пациентов. В послеоперационном периоде все больные наблюдались у ортодонта. У большинства больных установлено правильное сращение альвеолярных отростков и нормальное прорезывание зубов.

Репозицию фрагментов альвеолярных отростков и выстоящей предмаксиллы авторы осуществляли по методу N.G. Georgiade, R.A. Latham. При широком пролябиуме производят 1-й этап операции по видоизмененному методу M.M. Duffi (1971). В возрасте от двух до четырех лет производят второй этап хейлоринопластики. При малом пролябиуме авторы выполняют хейлоринопластику в два этапа. Одновременно выполняют двустороннюю хейлопластику с помощью прямоугольных кожно-слизистых лоскутов, выкраенных в нижней трети латеральных фрагментов расщелины и подшиваемых к освеженным краям гипоплазированного пролябиума. По мнению Millard D.R. и Latham R.A., после такой хейлопластики малый пролябиум быстро растет и растягивается в ближайшие один-два года в 2-3 раза по сравнению с первоначальным размером. Во второй этап производят завершающую хейлоринопластику.

Метод двухэтапной хейлопластики по Миллард.

С помощью дугообразного разреза на медиальном фрагменте верхней губы выкраиваем и низводим до нормального уровня одну половину гипоплазированного пролябиума. Одновременно углубляем преддверие рта на соответствующей половине губы путем выкраивания опрокидывающегося прямоугольного лоскута на красной кайме. Этот момент является важным этапом операции, так как дает возможность создания достаточной глубины вестибулярного пространства преддверия рта. У основания перегородки носа выкраиваем малый кожный лоскут, предназначенный для пластики носа. На латеральном фрагменте губы выкраиваем верхнебоковой кожно-мышечный лоскут и слизисто-мышечный прямоугольный лоскут на красной кайме. В дефект под основанием колумеллы вшиваем углообразный лоскут, а с помощью прямоугольного лоскута восстанавливаем красную кайму низведенной половины пролябиума.

Виды вторичных деформаций после хейлопластики, сроки восстановительных операции.

Реконструктивные операции после неправильно выполненных двусторонних хейлопластик во много раз труднее первичных операций по поводу двусторонних расщелин. Требуются сложные, многоэтапные, травматичные и мучительные для больных операции, которые дают в большинстве случаев ограниченные косметические и функциональные результаты. К тому же подобное вмешательство нередко заканчивается неудачей из-за неблагоприятных местных условий, ошибок в планировании и технике выполнения операции.

Жапарова Д.А. в своей работе указывает, что деформации верхней губы, возникающие после хейлопластики по поводу сквозной расщелины, помимо анатомических и косметических недостатков, характеризуются, в основном, развитием функциональных нарушений в 96% случаев. Чаще они проявляются как локальные нарушения функции верхней губы (67%), реже - тотальные (29%). Причем последнюю группу, как правило, составляют больные после двусторонней хейлопластики. Большинство методик хейлопластик не предусматривают формирование глубокого вестибулярного пространства у больных с двусторонними врожденными расщелинами верхней губы. Поэтому у многих пациентов центральный фрагмент верхней губы в той или иной степени сращен с резцовой костью, преддверие рта недостаточное или полностью отсутствует. Это с свою очередь затрудняет ортодонтическое и протетическое лечение, усугубляет ретрузию средней зоны лица. Автор предлагает свою классификацию деформаций верхней губы после хейлопластики по поводу врожденной расщелины, а также на основе предложенной классификации предлагает метод коррекции деформации верхней губы, в том числе новый способ устранения деформации преддверия рта, который дает положительный эффект у 24% оперированных детей.

Интересным является утверждение ряда авторов о том, что недоразвитие верхней челюсти и неправильная окклюзия в основном являются результатом вмешательства на верхней губе и небе. Так, ряд из них наблюдали примерно 150 взрослых больных с неоперированными врожденными расщелинами верхней губы и неба и отмечали у них достаточное развитие верхней челюсти, удовлетворительную окклюзию зубов и отсутствие сужения верхней челюсти. И.А. Козин у трех своих пациентов, перенесших в детстве лишь экономную линейную хейлопластику и не подвергавшихся уранопластике до зрелого возраста, наблюдал нормальный рост костей лицевого черепа и правильное соотношение зубов. Однако, у 224 больных после сквозных расщелин он наблюдал следующие деформации верхней челюсти:

- 1) сужение верхней челюсти за счет медиального смещения боковых альвеолярных отростков позади межчелюстной кости;
- 2) у большинства больных, имевших сужение и атрофию верхней челюсти, автор отмечал ту или иную степень недоразвития или уплощения средней трети лица;
- 3) у многих пациентов межчелюстная кость была подвижной, контуры зубной дуги нарушены, имелись различные аномалии прикуса.

У больных, оперированных по методу Лимберга в отдаленные сроки после операции средняя часть губы остается укороченной, подтягивается кверху, частично возмещая недоразвитую кожную часть перегородки носа. Пролябиум у этих больных имеет квадратную, подковообразную или прямоугольную форму.

У многих больных вместо срединного бугорка губы, несмотря на перемещение тканей с боковых отделов при первичной хейлопластике, остается так называемый симптом свиста. Такая выемка в центральном отделе верхней губы приводит к нарушению герметичности рта.

По мнению многих ученых, большое значение при устранении врожденной расщелины верхней губы имеет правильное перемещение дистропированных волокон круговой мышцы рта. В норме волокна круговой мышцы рта располагаются горизонтально, перекрещиваются по средней линии, образуя единое кольцо, обеспечивая нормальную функцию губ. При полных двусторонних расщелинах волокна круговой

мышцы рта боковых фрагментов губы проходят параллельно краям расщелины к основаниям крыльев носа, а мышечная ткань в центральном фрагменте отсутствует.

Оперативное лечение врожденной расщелины неба

При лечении врожденной расщелины неба ранее широко использовалась радикальная уранопластика, предложенная А. А. Лимбергом. Эта операция показана у детей в возрасте 12—14 лет (М. М. Ванкевич, 1951; А. Т. Титова, 1964, и др.). Травматичность операции и значительное число осложнений не позволяют использовать указанную методику у детей младшего возраста.

А. С. Силаева (1965), И. П. Бакулис (1966), Э. Н. Самар (1970) предлагали производить уранопластику в более раннем возрасте, при этом они используют методику радикальной уранопластики по А. А. Лимбергу в различных модификациях.

Однако, как показал наш опыт, описанные методики операции нуждались в усовершенствовании. Травматичное выполнение радикальной уранопластики, как правило, отрицательно влияет на рост и развитие челюсти, что в свою очередь приводит к тяжелой деформации зубочелюстной системы. Актуальность и значимость этих вопросов заставляют искать новые пути для решения этой проблемы. В 1971 году Л.Е. Фроловой была предложена методика оперативного лечения врожденной расщелины неба с учетом формы расщелины и анатомических изменений в ороназофарингиальной области.

Операцию производят под эндотрахеальным наркозом по полуоткрытой системе Эйра. При этом интубационную трубку выбирают с учетом возраста ребенка и вводят в трахею через нос. Для профилактики аспирации в дыхательные пути слизи и крови после интубации, глотку в области нижних ее отделов плотно тампонируют марлевой турундой, слегка смоченной раствором фурацилина (1:5000). Тампонада завершается фиксацией интубационной трубки к середине и к задней стенке глотки. В таком положении она не мешает хирургу для иммобилизации мягких тканей боковых стенок глотки к середине.

При максимально запрокинутой голове ребенка устанавливают роторасширитель. На подвижные упоры дуги последнего надевают резиновые капшпы, чем предохраняют от травмы слизистую оболочку альвеолярного отростка верхней челюсти. При наличии IV|IV упоры роторасширителя устанавливают непосредственно на эти зубы. Затем прижимают зеркалом язык ко дну полости рта, ее открывают на 2,5-3,5 мм и рукоятку роторасширителя укрепляют неподвижно. После первичной обработки операционного поля и установления роторасширителя полость рта и глотку обрабатывают марлевым шариком, пропитанным раствором фурацилина (1:5000) или другими антисептическими растворами. Туалет полости рта завершается аспирацией слизи, промывной жидкости и нередко сгустков крови, образовавшихся при интубации вследствие значительных травм слизистой оболочки полости носа или задней стенки глотки.

Для лучшего обзора мягких тканей боковых стенок глотки, задних небных дужек и мягкого неба (со стороны носоглотки) расщепленный язычок у основания с каждой стороны берут на лигатуру и оттягивают кнаружи.

Ход операции. Делают разрез от вершины расщелины до границы твердого и мягкого неба, далее по носовой поверхности мягкого неба косо вниз по боковой стенке глотки на уровне верхнего полюса задней небной дужки. После этого разрез направляют по боковой стенке глотки за задней дужкой. В зависимости от величины глоточного кольца разрез на боковой стенке глотки заканчивают на уровне середины задней дужки или продолжают до уровня нижнего полюса задней небной дужки (Сал. рисунок, а). Ткани рассекают с таким расчетом, чтобы лоскуты для назофарингиального отдела и ротовой области состояли из слизисто-мышечных слоев. Швами образуют слизисто-мышечный жом на всем протяжении» (см. рисунок, б). В последнюю очередь производят пластику язычка: от линии разреза на мягком небе со стороны носовой полости проводят разрез по внутренней поверхности язычка по средней линии до вершины. Ткани рассепаровывают на 2—3 мм (см. рисунок, в). Полнослойное ушивание: в полость глотки и носа накладывают

выворотные кетгутовые швы, на слизистую оболочку язычка и в полости рта — капроновые швы. Если на этом операция заканчивается — операция называется велоластика.

При дефекте твердого неба, помимо оперативного вмешательства на мягком небе и тканях глотки, следующий этап операции предусматривает пластику твердого неба. Для этой цели отсепааровывают с небных пластинок слизисто-надкостничные лоскуты и послойно сшивают их на всем протяжении; отдельно накладывают швы на слизистую оболочку носовой полости.

Проведение всех этапов операции позволяет без особых усилий сузить глоточное кольцо и закрыть на всем протяжении расщелину мягкого и твердого неба.

Уранопластика неба с сужением глоточного кольца по методу Л.Е.Фроловой своей малотравматичностью отличается от радикальной уранопластики по А.А.Лимбергу. Эти отличия заключаются в следующих моментах:

□ боковые разрезы по Лангенбеку и отслоения слизисто-надкостничного лоскута выполняется лишь только с поверхности твердого неба одного фрагмента (при односторонних расщелинах на больном фрагменте),

- отсутствуют следующие основные этапы хирургического вмешательства,
- рассечение слизистой оболочки полости носа по заднему краю твердого неба,
- резекция задне-внутреннего края больших небных отверстий,
- разрезы для сужения средней части глотки,
- тампонада окологлоточных ниш и интерламинарная остеотомия.

Пластика переднего отдела твердого неба с использованием слизисто-надкостничного лоскута треугольной формы (В. И. Заусаев) больших размеров (Б. Д. Кабаков) и небно-сошникового лоскута (В. Д. Щеголева) не исключает травмы окружающих тканей и используется в основном как один из этапов уранопластики.

Л. Е. Фроловой и Э.У. Махкамовым (1978) для устранения расщелины твердого неба разработан способ пластики однослойным перекидным лоскутом слизистой оболочки полости рта, который выкраивают с большого фрагмента верхней челюсти. Оперативное вмешательство может быть проведено при уранопластике, а также при закрытии дефекта твердого неба после ранее проведенной пластики мягкого неба с сужением глоточного кольца.

Методика операции. Под эндотрахеальным наркозом делают разрезы по боковым стенкам глотки за задней небной дужкой и далее косо по носовой поверхности мягкого неба до границы твердого и мягкого неба, затем на малом фрагменте разрез продолжают по краю расщелины до ее вершины, а на большом фрагменте разрез проводят по слизистой оболочке твердого неба также до вершины расщелины, отступив от ее края на расстояние, равное ширине дефекта твердого неба (см. рисунок).

Этот лоскут слизистой оболочки основанием у края дефекта тщательно отсепааровывают от прилежащего периостального слоя и опрокидывают на 180°. Лоскут с заранее дезителлизированным краем укладывают между небной костной пластинкой и слизистой оболочкой противоположной стороны и фиксируют матрацными швами (см. рисунок).

Пластику мягкого неба и язычка с сужением глоточного кольца осуществляют по методу Л. Е. Фроловой.

Раневую поверхность твердого неба покрывают марлей, пропитанной йодоформом и фиксируют защитной пластинкой.

Средняя продолжительность операции составляет 40—50 мин, а пластика дефекта твердого неба после ранее произведенной велоластики занимает 20 мин.

Известно, что после радикальной уранопластики, проведенной в раннем возрасте, отмечаются в различной степени выраженные деформации зубочелюстной системы.

Для контроля за состоянием зубочелюстной системы после операции каждые 6 мес с верхней и нижней челюсти изготавливались контрольные модели и по ним проводили

антропометрические измерения при помощи аппарата, предложенного Д. Н. Поповой и А. А. Талалаевым.

При анализе этих данных отмечается равномерный рост верхней челюсти, аналогичный таковому у здоровых детей, не имеющих расщелины неба.

В заключение следует отметить, что этот способ пластики твердого неба при сквозной расщелине губы и неба не травматичен, технически прост, позволяет полностью устранить дефект тканей; в послеоперационном периоде грубых нарушений в развитии тканей верхней челюсти не наблюдается.

Лекция №2

Тема: ОПУХОЛИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ. ОНКОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ.

1.1. Технологические модели по образованию

Время занятия: 2 ч.	Количество студентов
Вид занятия	Введение новостей по лекции
План лекции	Ознакомление с темой
Задача учебного занятия	Изучить методы лечения врожденных расщелин лица.
Методы обучения	Беседа, наглядные пособия по лекции
Вид занятия	общий-коллективный
Наглядные пособия по теме	Учебное пособие, лекционный материал, проектор, компьютер
Обстановка для проведения занятия	Методическая оборудованная аудитория
Мониторинг и критерии оценок	Устный опрос

1.2. Технологическая карта лекционных занятий

Этапы работы	Преподаватель	Студент
Этапы подготовки (10 минут)	1.Цель занятия 2.Подготовка слайдов по лекционному материалу 3.Литература по теме: 1. Колесов А.А. – Стоматология детского возраста. М., 1991г. 463 с. 2. Персин Л.С. - Стоматология детского возраста 2003г. 3.Харьков Л.В.Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста Год издания: 2005г. 4. Виноградова Т.Ф. – Стоматология детского возраста. М., 1987г. 425 бет. 5. By Henry B. Clark – Practical Oral Surgery. Philadelphia., 1980y.	Слушает и записывает
1.Введение (15 минут)	Цель и задачи лекционного материала: предварительный диагноз и ранняя подготовка больного	Слушают Отвечает на вопросы студентов
2 основной этап (55 минут)	Ознакомление темы с показанием слайдов	Слушают и записывают Слушают
Заключительный этап 10 минут	Заключение.	Слушает и записывает

Текст лекции

Статистика новообразований челюстно-лицевой области у детей и сравнительная частота их со взрослыми. Централизованного учета новообразований у детей не организовано. В публикации статистика этих опухолей недостаточна. Наблюдаемые у взрослых наиболее часто эпителиальные злокачественные опухоли в детском возрасте регистрируются крайне редко. В области головы и шеи иногда развиваются опухоли (ретинобластома, лимфосаркома Беркитта и др.), которые встречаются только у детей. В группе больных с новообразованиями челюстно-лицевой области дети составляют 12,4%, причем у 95% из них опухоли доброкачественные и у 5% - злокачественные.

Опухоли и опухолеподобные образования лица по данным Е.Ю. Симоновской, Л.Н.Македонской, Г.Г.Красногорской встречаются у 12,4-21,7% онкологических больных, а по данным А.А.Колесова (1970)-25%. Преобладают опухоли мягких тканей – 60%, лицевой кости – 40%. Опухолями у детей поражаются преимущественно органы соединительного тканевого строения, в то время, как эпителиальные новообразования наблюдаются более редко. Опухоли у детей большей частью являются дизонтогенетическими и возникают на почве порока развития или неправильной закладки отдельных клеточных элементов в эмбриональном периоде. Объяснения причин образования врожденных опухолей находим в теории Конгейна, которая в настоящее время несколько изменена.

На ранних стадиях эмбрионального развития иногда под влиянием различных факторов происходит остановка развития отдельных групп клеток или происходит их избыточное образование. Этот процесс чаще протекает в период, когда клетка зародышевых листков находится еще в недифференцированном виде. Участок клеток, остановившихся в своем развитии или избыточно образовавшиеся, не принимают в дальнейшей дифференциации тканей эмбриона и при его развитии могут перемещаться (дистонироваться) в составе чуждых им тканей или оставаться в родственных. К моменту рождения ребенка эти клетки, в силу сохранения своих эмбриональных свойств, обладают большими потенциальными возможностями к бурному и энергическому росту. Они могут длительное время (иногда всю жизнь) находиться в латентном состоянии, а также начать быстро расти с момента рождения или через несколько лет. Это можно объяснить сохранением способности к авторепродукции РНК в эмбриональных клетках. Для клеточных зачатков Конгейна, выключавшихся на ранних стадиях эмбриогенеза, достаточно незначительного неспецифического воздействия, чтобы активизировать авторепродукцию РНК и вести к опухолевому росту.

По мнению АТГЕЕВ (1960 г.) и др. опухоли врожденного характера можно отчасти объяснить канцерогенным влиянием гармонов матери в пренатальном периоде, учитывая особую чувствительность к ним эмбриональных тканей.

Своеобразный механизм возникновения врожденных злокачественных опухолей описан рядом авторов: передачи злокачественной меланомы и других blastom от больной матери через здоровую или пораженную планцету.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ: Классификация опухолей челюстно-лицевой области у детей нет.Рекомендуется А.А.Колесовым пользоваться следующей классификацией опухолей, созданными отечественными стоматологами на основании многочисленных наблюдений взрослых и детей.

- 1.Опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи (соединительнотканной и эпителиальной природы.)
- 2.Опухоли слюнных желез (по классификации В.В.Паникороского)
- 3.Опухоли и опухолеподобные образования челюстных костей:
 - а) остеогенная группа (по классификации А.А.Колесова)
 - б) неостеогенная группа
 - в) одонтогенная группа (по классификации И.И.Ермолаева)
 - г) рак челюстей
 - д) метастатические опухоли.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И РАСПОЗНАВАНИЯ ОПУХОЛЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ДЕТЕЙ.

Детская онкостоматология существенно отличается от онкологии челюстно-лицевой области взрослых. В отличие от взрослых внутриклеточный обмен и его нарушения, состояние нервной и эндокринной систем у детей характеризуются выраженными различиями и особенностями в каждой возрастной группе.

Определенные виды опухолей у детей клинически проявляются в тех возрастных периодах, которые связаны с повышенной эндокринной деятельностью (интенсивный рост организма, половое созревание и т.д.)

Так, гемангиомы, лимфангиомы, дермоиды, опухоль Абрикова (миобластомиома) и др., проявляются в первые 5 лет жизни. Ретикулярные саркомы у 2-13 лет. У детей от 10 до 16 лет (возраст полового созревания, встречаются костные опухоли), наблюдается остеогенная саркома, опухоль Юинга, доброкачественная опухоль костей челюсти.

При некоторых видах опухолей и диспластических процессов наблюдают половые различия в составе больных. У мальчиков чаще выявляются остеобластокластомы, лимфангиомы, фибромы, опухоль Юинга, ретикулярные саркомы: у девочек чаще возникают гемангиомы и папилломы полости рта. Особенно резкое преобладание больных женского пола с синдромом Олбрайта.

Одно из важнейших особенностей опухолей у детей существование семейного предрасположения к некоторым новообразованиям в частности к фиброматозу десен, херувизму, остеоме челюстной кости. Интенсивность роста опухолей у детей и взрослых неодинакова, даже доброкачественные опухоли у детей растут намного быстрее, чем у взрослых.

Опухоли мягких тканей: сосудистые опухоли относятся к доброкачественным опухолям, исходящим из кровеносных сосудов, обычно врожденного характера. Они составляют около половины всех онкологических больных детского возраста. 50% случаев и более сосудистые опухоли обнаруживаются с рождением и в первые месяцы жизни ребенка.

Нередко гемангиомы при рождении остаются незамеченными, т.к. могут быть в виде точечных сосудистых образований не яркой окраски и только с ростом ребенка увеличиваются в размерах и обращают на себя внимание. У девочек гемангиомы бывают в 2-3 раза чаще, чем у мальчиков. Лицо и голова ребенка поражаются значительно чаще других частей тела. На долю гемангиом лица и волосистой части головы детей по данным авторов приходится до 87,2% случаев. На лице наиболее часто поражаются щеки, лоб, губы, веки. Различаются капиллярные, кавернозные, ветвистые и комбинированные гемангиомы. Капиллярные гемангиомы представляют собой образования округлой, овальной или неправильной формы, чаще синюшно-багрового цвета, иногда бугристого, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации. При сдавливании гемангиомы пальцами она уменьшается в размерах, становится плотнее, бледнее. После прекращения давления гемангиома снова наполняется кровью, принимает прежний вид, формы и размеры. С наклоном головы и туловища вперед гемангиома увеличивается в размерах.

Кавернозные гемангиомы состоят из множества наполненных тонкостенных полостей, поражают не только кожные покровы, но и глубоко лежащие мягкие ткани. Иногда гемангиома не прорастает в кожные покровы, основная масса опухоли располагается в подкожной жировой клетчатке и мышцах, а кожа над ней остается неизменной или приобретает слегка инюшный оттенок. Кавернозные гемангиомы подразделяются на диффузные и инкапсулированные. Последние встречаются реже и растут медленнее.

Ветвистые гемангиомы на лице и шее встречаются редко: исходят они, как правило, из магистральных сосудистых стволов. Рост их крайне медленный, что отличает эти гемангиомы от простых и кавернозных.

Кавернозные гемангиомы встречаются в различных участках полости рта, могут появляться, быть источником кровотечения и инфицирования.

Существует много методов лечения гемангиом, но показания к применению того или иного из них зависит от следующих факторов: вида опухоли, ее размеров и локализации, возраста и состояния ребенка, темпа роста, осложнения и функциональных расстройств, причиняемых опухолью.

Наибольшее распространение получили склерозирующая терапия, хирургический и комбинированный методы.

Лимфангиома: Врожденная доброкачественная опухоль исходящая из сосудов лимфатической системы. Длительное время спорным оставался вопрос о принадлежности лимфангиомы к опухолям или порокам развития. В настоящее время их принято считать новообразованиями, возникающими на почве порока развития.

Лимфангиомы встречаются реже гемангиом, однако встречаются довольно часто и составляют 20% среди всех ангиоматозных опухолей. Лимфангиомы чаще всего поражают кожные покровы лица, губы или слизистую оболочку полости рта и языка. В полости рта, чаще всего на верхней губе обуславливается диффузное ее увеличение в размерах.

В 85% случаев лимфангиомы обнаруживаются при рождении ребенка. Особенно это относится к лимфангиомам, имеющим значительные размеры.

Иногда опухоль клинически проявляют только через несколько месяцев после рождения. Это связано с тем, что наибольшее число лимфангиом при рождении могут находиться в спавшемся состоянии, т.е. не содержатся в полости лимфатической жидкости.

По классификации РАСК и АГТЕВ лимфангиомы делят на простые, кавернозные, кистозные и системные.

Клинически лимфангиомы представляют собой множественные мелкобугристые узелки, рассеянные на поверхности и в подкожных слоях на большем или меньшем протяжении, иногда слитые вместе в сплошную мягкую, лепешкообразную ткань. В отличие от гемангиом лимфангиомы растут медленно. Интенсивный рост отмечается лишь в тех случаях, когда имеется сочетание кровеносной и лимфатической систем. (гемилис-фангиом). Лечение как у гемангиом.

НЕВРОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ: Невриналы, неврозы, опухоли исходящие из периферических нервов и их оболочек, невробластомы, встречаются крайне редко и исходят из нервных ганглиев.

Значительно чаще у детей встречаются опухолеподобные процессы нейрофиброматоз в виде одиночных или системного поражения.

Нейрофиброматоз подразделяют на периферический – кожных покровов и периферических нервов: центральный – черепно-мозговых нервов и спинномозговых корешков. При последней форме чаще всего отмечается поражение слухового нерва.

Морфологический нейрофиброматоз встречается в двух основных вариантах: в виде инконсулированных образований и в виде диффузных разрастаний мелких нервных стволов. И тех и других в опухоли насчитывается сотнями.

Основными признаками заболевания является наличие на лице опухолевых разрастаний кожи и подкожной клетчатки или нервных стволов и окончаний. Эти разрастания могут быть в виде одиночного узла мягко-эластической консистенции, либо множества мелких узелков. Более часто наблюдаются обширные, диффузные патологические разрастания, захватывающие большую часть лица, кожа над опухолью дряблая, мешковидно свисает, с пониженным тургором, который понижается с увеличением новообразования и возраста.

При ощупывании тонкого образования отмечается тесноватая консистенция с множеством тяжей и узлов. Это патологические разрастания со временем уродуют черты лица, приводят к нарушениям зрения, вследствие закрытия глазной щели, носового дыхания, жевания, слуха и т.д. Давления разрастаний на кости в детском возрасте ведет к деформации лицевого скелета и атрофированию нижнечелюстной кости.

Поражение в полости рта обычно отмечается с проявлением заболевания на лице и туловище, а также сопровождается аномалиями зубочелюстного аппарата (изменения положения зубов, нарушение прикуса).

Нейрофиброматозу, как правило, сопутствует очаговая имперпигментация кожи, гигантские ретинирования или рудиментарные зубы, а иногда и врожденные уродства. Нейрофиброматозы могут длительное время оставаться стабильными или увеличиваться одновременно с ростом ребенка.

Иногда без причин или после травмы начинается интенсивный рост опухоли на протяжении или из нейрофибром отмечается возникновение фибросарком в 51,5% случаев.

Лечение нейрофиброматоза хирургическое, там, где это возможно опухоль удаляется полностью. При диффузных нарушениях целью терапии является восстановление функции того или иного органа и ликвидация обезображивания лица.

Фиброма органов полости рта чаще всего встречаются в возрасте от 6 до 15 лет, имеет шаровидную форму, отграничена от соседних тканей, как правило, покрытая неизменной слизистой оболочкой. В отличие от папилломы эпителии слизистой оболочки над опухолью никогда не ороговевают и поверхность ее бывает гладкой и розовой. Фиброма безболезненная, подвижная.

Различают плотную и мягкую фиброму. Гистологически представляется зрелой волокнистой соединительной тканью. Лечение фибром полости рта хирургическое.

Симметричные фибромы обнаруживаются на небной стороне верхней челюсти в области моляров, расположенные симметрично по отношению к средней линии твердого неба. Имеют полушаровидную форму и гладкую поверхность. Покрыты неизменной слизистой оболочкой боли не причиняют, растут медленно. Описаны случаи превращения таких фибром в фибросаркому. Лечение хирургическое. Фиброматоз десен чаще встречается у детей в возрасте 11-15 лет. Это своеобразное бугристое, плотное разрастание фиброзной ткани, иногда захватывающее значительные участки десны, покрывающей альвеолярный отросток с наружной и внутренней стороны.

При фиброматозе десен нередко отмечается деформация челюстных костей, невнятная речь, затрудненное жевание. Рентгенологически определяется адентия молочных и постоянных зубов, а в запущенных случаях разрежение костной ткани альвеолярного отростка и подвижность зубов. Дифференцировать следует в первую очередь от гипертрофического гингивита. Предрасполагающим моментом являются следующие факторы:

Пигментный невус – доброкачественные меланомы. В структуру невуса могут входить все составные части кожи, но его морфологический облик обусловлен меланацитами. Нередко в невусе встречаются и другие элементы, например, волосяные образования, волокны ороговевающего эпителия, сосуды или другие мезенхимальные ткани, что доказывает его дизонтогенетическую природу.

Allen и Spitz различают: эпидермально-дермальный невус, внутридермальный, смешанный, ювенильная меланома и синий невус .

Эпидермальный невус наблюдается главным образом в детском возрасте.

Внутридермальный невус . Чаще – это образование имеет вид бляшки, но нередко обладает папилломатозным или веррукозным характером. Может сочетаться с местным ороговением.

Смешанный невус – сочетание внутриэпидермального – с эпидермально-дермальным.

Ювенильная меланома – смешанный невус, морфологические признаки которого в значительной степени напоминают злокачественную меланому, а биология полностью доброкачественная.

Синий невус, встречается в любом возрасте, чаще у детей . Может быть расположен в любом месте.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОСТЕЙ ЛИЦА.

Хондрома состоит из хрящевой ткани. Наблюдается преимущественно у детей школьного возраста. Хондромы бывают в челюстных костях, как правило в виде солитерного узла. Делятся на центральные и периферические.

Эндохондрома нижней челюсти связывающаяся с остатками меккелева хряща (Б.И.Мигунов, 1963). Чаще хондрома обнаруживается на верхней челюсти и, как правило, в переднем ее отделе по ходу срединного шва. Пальпаторно опухоль плотная, бугристая, неподвижно спаянная с подлежащей костью, безболезненная. Возникает деформация носа и разомкнутие губ. Рентгенологически на фоне передней поверхности верхней челюсти определяется дополнительное образование округлой формы. Внутри этого образования видны участки обызвествления различных размеров интенсивного расположения. Экхондромы склонны к рецидивированию и к превращению в злокачественную опухоль чаще, чем энхондромы.

Энхондрома в отличие от экхондромы развивается внутри челюсти. Первыми клиническими симптомами являются болезненность, подвижность или смещение зубов, располагающихся в области опухоли. Иногда появляется спонтанная боль в завершеном интактном зубе, деформация челюсти. Припухлость плотная неподвижная, спаяна с костью, болезненная при пальпации с выраженным пергаментным хрустом. Дифференцировать с фиброзной дисплазией и одонтогенными кистами. Лечение – резекция челюсти, но более щадящей, чем при злокачественных опухолях.

Фиброма кости челюсти первичная опухоль неodontогенного происхождения. Выявляется медленно, безболезненно, иногда деформирует челюсть. На рентгенограмме отмечается очаг разрешения округлой или эллипсоидной с довольно четкими границами. Участок поражения покрыт истонченным слоем кости без реакции со стороны надкостницы. Возможны очаги цетрификации. Дифференциальную диагностику следует проводить в первую очередь с саркомой, если речь идет о ребенке или с остеобластокластомой и фиброзной дисплазией. Лечение хирургическое выскабливание.

ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМА. Встречается в 10% случаев по отношению ко всем опухолям челюстных костей у детей.

Различают литическую, ячеистую и кистозную форму. В детском возрасте наблюдается преимущественно литическая форма остеобласто-кластомы. Развитие этой формы происходит быстро. В ряде случаев первым признаком может быть боль при еще не прощупывающейся опухоли. Когда опухоль выраженная, можно (видеть расширенную венозную сеть слизистой оболочки полости рта, зубы нередко смещаются и становятся подвижными. На верхней челюсти можно видеть прорастания опухоли в верхне челюстную пазуху, носовую полость и на другие кости лицевого скелета.

Клинически представляется картина гигантоклеточной опухоли. Рентгенологически, отмечается очаг деструкции беструктурен, краевой дефект.

При ячеистых формах рентгенологически отмечаются мелкие или крупные полости, отдаленные друг от друга костными перегородками. Дифференцировать от адамантиномы.

Кистозные формы. На рентгенограмме представлена овальным очагом просветление кости челюсти. Дефект кости на рентгенограмме однороден и напоминает ходонтогенную кисту. Границы со всех сторон.

Миксома: о происхождении миксом имеются различные мнения. Эвинг считает, что все чистые миксомы костей возникают первоначально из хряща. Кодман, рассматривают миксому, как атипичную фиброму или хондрому. Однако, другие (Г.П.Виноградова), считает, что миксома может возникнуть из местных недеффиренцированных клеток мезенхимального происхождения.

Клиника утолщения кости челюсти, деформация различной величины. Плотное, гладкое, безболезненное образование у отдельных больных прощупываются болезненные подчелюстные лимфатические узлы. Наблюдается иногда симптом Венсана, рассматриваются и очищения зубов.

Рентгеновская картина. Различают крепкие и овальные участки деструкции кости. Наблюдается на фоне деструкции костные перекладки. В верхней челюсти участок поражения чаще представляется однородно просветленным, что придает ему сходство с кистой челюсти.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ МИКСОМА: Миксома состоит из звездчатых клеток с округлым или овальным богатым хроматином ядром. Эти клетки располагаются в студнеобразном основном веществе с единичными коллагеновыми волокнами.

Лечение: резекция в пределах здоровой ткани.

Остеогенная саркома – чрезвычайно злокачественная опухоль, исходящая из собственно костной ткани, как правило, наблюдается поражением одной кости и это отличает остеогенную саркому от ретикулярных сарком.

По мнению проф. Колесова А.А. остеосаркома – это широкое понятие и к нему можно отнести любую форму саркомы кости: остеогенную, хондро и энтосаркому кости и по его мнению это не рационально для клиники.

При остеогенной саркоме челюстей трудно дать схему развития начальных симптомов болезни. В одних случаях первым проявлением заболевания бывает боль в одном из интактных зубов, в других неприятный зуд в области десневого края, зубы начинают расшатываться.

На верхней челюсти до появления выраженной опухоли могут возникнуть неприятные, трудно уловимые ощущения. Иногда до появления болей отмечалось нарушение чувствительности (парестезия) в области разветвления подглазничного или подбородочного нерва. Эти парестезии могут быть не постоянные и скоропроходимые.

Появляется припухлость различной величины и плотности, умеренно болезненной при пальпации. При больших опухолях появляется отечность мягких тканей, расширяются подкожные и подслизистые вены, кожа над опухолью истончена. При развитии остеогенной саркомы вблизи височно челюстного сустава возникает контрактура и открывание рта резко ограничивается. Впоследствии возможен распад опухоли, появляется температура до 39-40С, ускоренная СОЭ.

У детей эта болезнь развивается стремительно и имеет короткое и бурное течение (от 1 до 6 месяцев). Метастазы возникают в легких и других органах.

Остеогенную саркому делят на остеолитическую и остеопластическую остеогенную саркому. На рентгенограмме первая характеризуется значительной деструкцией кости с неровными, зубчатыми, как бы изъеденными контурами. Нарушения границы дефекта отсутствует и сливается с тенью округляющих мягких тканей.

Остеопластическая саркома (остеогенная). Преобладают явления патологического костеобразования. На рентгенограмме в начальных стадиях развития саркома выглядит в виде небольшого, нечеткого очерченного очага уплотнения кости с выраженным изменением надкостницы в виде игольчатого периостита. Диф.диагностика трудна в начальной стадии. Подозрения на остеогенную саркому могут вызвать литическую форму остеобластокластомы, остеомы, фиброзной дисплазии, эозинофильной гранулемы, саркомы Юинга. Лечение комбинированное.

ФИБРОСАРКОМА: развивается от соединительной ткани и может быть центральной и периферической, возникает из надкостницы. Он располагается вне кости и растет преимущественно в сторону мягких тканей или в полости рта. Центральные фибросаркомы развиваются в толще кости из соединительных тканей стромы костного мозга.

Периферические фибросаркомы в начальных стадиях выявляются незначительным покраснением слизистой оболочки, неприятными ощущениями, появляется припухлость, связанная с утолщением надкостницы.

Припухлость медленно растет и достигает иногда больших размеров. При поражении верхней челюсти может наблюдаться сужение глазной щели, деформация крыла носа, сглаженность носогубной борозды и ограниченное открывание рта.

При больших размерах опухоли кожа истончена, бледновато-синюшного цвета. В поздних стадиях опухоль неподвижная, спаяна с кожей, плотно эластичная. Мало болезненна при пальпации. Поверхность ее гладкая или крупно-бугристая. Рентгенологическая периостальная фибросаркома наблюдается довольно четко очерченного, малоинтенсивного, однородного образования неправильно-округлой или овальной формы, расположенного на кости. Поверхность челюстной кости в месте прилегания опухоли приобретает дефект дугообразной формы с ровными, гладкими контурами в истонченном кортикальном слое челюсти. У больных с центральной фибросаркомой в толще пораженной челюсти обычно определяются значительные деструктивные изменения пятнисто-очаговой перестройки кости или остеолитического очага.

Фибросаркомы на верхней челюсти более злокачественные, чем на нижней и прогноз у них хуже. Лечение комбинированное, операция-радикальная.

Миксосаркома встречается редко, склонна к рецидиву, метастазе, наблюдается поздно. На рентгенограмме наряду с крупно-ячеистыми изменениями в кости можно отметить остальную реакцию в виде тонких резекций челюсти. Лечение хирургическое. На рентгенограмме наряду с крупно-ячеистыми изменениями в кости челюсти можно отметить периостальную реакцию в виде тонких игл.

Хондросаркома не чувствительна к лучевой терапии и поэтому подлежат хирургическому удалению. Лучевая терапия не дает лечебного эффекта. Часты рецидивы, поэтому электрохирургическая реакция с соблюдением абластических и антиабластических правил обеспечивает надежность операции.

Саркома Юинга – сравнительно редкие опухоли, на их долю приходится 1% всех первично-злокачественных опухолей костей лица.

Опухоли Юинга встречаются исключительно в молодом возрасте от 4 до 25 лет с пиком в 13 лет.

Из 323 больных с опухолью Юинга только у 11 обнаружены опухоли в челюстных костях. Они встречаются чаще на нижней челюсти. Клиника. Заболевание может начинаться с приступами ноющих, тупых болей в пораженной области, ощущения жжения и жара, к которым вскоре присоединяется расшатывание зубов, припухлость мягких тканей, окружающих челюсть и повышение температуры до 39-40С. У больных временами наряду с общей разбитостью и нарастающей слабостью определяется лихорадочное состояние, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, вторичная анемия.

Кожа и слизистая оболочка покрывается опухолью, умеренно гиперемированна, горяча на ощупь, напряжена и может быть похожа на флюктуацию. По истечению некоторого времени боли стихают или даже исчезают, припухлость становится менее выраженной, а подвижность зубов несколько уменьшается, но затем болезнь обостряется с новой силой. Размеры опухоли временами то увеличиваются, то уменьшаются. Можно легко спутать с картинно-острым или подостро-одонтогенным остеомиелитом. От появления первых признаков заболевания до обращения к врачу обычно проходит от 2 месяцев до года. К этому времени уже отчетливо прощупывается плотно разлитая болезненная припухлость.

Важная черта саркомы Юинга-ее способность давать метастазы в регионарные и более отдаленные лимфатические узлы, а также и другие кости, в первую очередь в позвоночник, затем череп и ребра.

Множественные метастазы могут проявляться уже в первые месяцы после начала первичной множественной локализации опухоли. Этим отличается от остеогенной саркомы, которая в исключительных случаях перемещается в другие отделы скелета.

Рентгеновская картина саркомы Юинга проявляется в виде деструктивных изменений, таких как при ретикулярной саркоме, эозинофильной гранулеме, остеогенной саркоме и метастазах симпатикобластомы. Вопрос об истинной опухоли не может быть решен без гистологического исследования. Лечение основным методом считается лучевая

терапия, к.т. сама опухоль и метастазы высокочувствительных к этому виду лечения. Под влиянием лучевого лечения часто наступает улучшение, исчезают боли, улучшается общее состояние, уменьшается опухоль. Деструктивные очаги в кости замещаются новообразованной костной тканью.

Ретикулярная саркома растет медленно и на первых стадиях ее развития довольно доброкачественная, этим и объясняется тот факт, что больные нередко впервые обращаются за врачебной помощью спустя 1-2 года после появления первых клинических признаков опухоли.

Временами, как при саркоме Юинга, могут наблюдаться сопутствующие местные воспалительные явления с повышением температуры и СОЭ, умеренным лейкоцитозом. Общее состояние детей, даже при обширных опухолях, длительное время остается хорошим. Несоответствие между состоянием больного и значительными изменениями, определяемыми в кости на месте ее поражения, считается характерным для ретикулярной саркомы. Больные обычно обращаются к врачу спустя 6 месяцев после появления первых клинических признаков опухоли. У детей младшего возраста течение ретикулярной саркомы более бурное. Деформация челюсти сопровождается явлениями воспаления. Наблюдаются метастазы в легких и костном аппарате (по С.А. Рейбергу, в 12-15% случаях). Рентгеновская картина многообразная. Нередко деструкция кости челюсти на рентгенограмме имеет пятнистый характер за счет большого количества округлых или овальных очагов без четких границ. Диф. диагностика проводится с литической остеогенной саркомой, остеобластокластомой и остеомиелитом. Лечение: имеется высокая чувствительность ретикулярных сарком к лучевой энергии. Большинство авторов рекомендуют рентгено терапию. После нее состояние больных как правило улучшается и благоприятные результаты могут наблюдаться до 20 лет. Проводить и химиотерапию. Если лучевая терапия и химиотерапия не ликвидирует процесс, показана операция удаления челюсти.

Особенности диагностики и лечения опухолей челюстных костей у детей.

Ранняя диагностика новообразования лицевого скелета у детей трудна, т.к. часто очаг залегает в глубине кости челюсти и ребенок не в состоянии объяснить и сформулировать свои жалобы в раннем периоде. Все это еще и потому, что в это время происходит прорезывание и смена зубов, продолжающийся рост челюстей, постоянное присутствие в полости рта обильной микрофлоры способны к вторичному инфицированию.

Ранняя диагностика затруднена также сходством отдельных образований лицевых костей между собой. Поэтому к диагностике опухолей лицевого скелета трудному и ответственному делу – необходимо подходить только с точки зрения комплексного использования существующих методов диагностики. Анамнез – осмотр, т.е. клинические данные обязательно сочетать с лабораторными, рентгенодиагностикой, гистологической и цитологической диагностикой.

Эффективность лечения опухолей челюстных костей зависит прежде всего, от своевременной и правильной диагностики.

При удалении доброкачественных опухолей следует придерживаться раннего радикального удаления доброкачественных опухолей для избежания рецидива или озлокачествления его.

Основным методом лечения первичных злокачественных опухолей является комплексный-хирургический, лучевой, химиотерапевтический. Для решения вопроса конкретного лечения все злокачественные опухоли обычно делятся на четыре стадии:

- 1) начальную без метастазов
- 2) стадию развившегося процесса без перехода на мягкие ткани
- 3) стадию с переходом опухоли на мягкие ткани, или без метастазы.
- 4) стадию далеко зашедшего процесса с метастазированием.

Перед операцией необходима подготовка больного ребенка и родителей к операции. Требуется проведение санации полости рта, подготовка иммобилизирующего аппарата, послеоперационный протез.

Вид операции зависит от характера опухоли, ее локализации, склонности к рецидивированию, возраста ребенка.

Выскабливание производится при четко ограниченных доброкачественных опухолях : эозинофильной гранулеме, фиброме, кистозной остеобластокластоме. Выскабливание надежно, когда можно иметь доступ ко всей опухоли и там где нужно тщательно обработать фрезом. Зубы рядом с опухолью иногда удается сохранить, однако их предварительно трепонировать и пломбировать.

Резекция челюсти показана при злокачественных образованиях и опухолях, склонных к рецидиву (хондрома, миксома и др), а также при обширных доброкачественных опухолях. Резекция челюсти может быть частичной и полной. Большое значение приобретает возмещение дефектов нижней челюсти после резекции. В качестве пластического материала применяют замороженную формалиновую или морфилизированную гомокость.

Томография. У детей с деформирующими артрозами височно-нижнечелюстного сустава возникает необходимость и в выполнении прямых томограмм в передней лобно-носовой или в задней проекции. Послойное исследование у этих пациентов подчас дает возможность разрешить диагностические затруднения. В частности, на прямых томограммах удается определить суставную щель, которая иногда не видна на боковых томограммах сустава.

В последние годы при диагностике заболеваний височно-нижнечелюстных суставов стали использовать зонографию, представляющую собой модификацию томографического исследования с увеличением толщины выделяемого среза. При зонографии височно-нижнечелюстных суставов толщина выделяемого слоя составляет около 2 см. Фактически метод занимает промежуточное положение между рентгенографией и томографией.

По мнению авторов, зонография при исследовании височно-нижнечелюстных суставов является методом выбора. Эта методика имеет преимущества перед утвердившейся в клинической практике томографией, заключающиеся в лучшей контрастности и большей объемности восприятия. Кроме того, при зонографии уменьшается облучение за счет меньшего времени экспозиции 0,5 с (сравнить с экспозицией при томографии, равной 2,5 с).

Панорамная томография. Начало практического использования панорамной томографии (ортопантомографии) относится к 1949 г. (Paatero). Метод применяется главным образом в стоматологии и дает возможность получить одномоментное изображение всей зубочелюстной системы как единого функционального комплекса. Изображение на пленке получается несколько увеличенным, причем неодинаково в центральных и боковых отделах челюсти. Изображение челюстей развернутое, как бы выпрямленное, в сочетании с послойным, несколько нечеткое в центральных отделах челюстей

Простота проведения исследования и небольшая лучевая нагрузка при выполнении панорамной томографии привлекают внимание к использованию этой методики именно в детской практике и при диспансеризации населения. На основании собственного опыта применения ортопантомографии мы рекомендуем использование метода при вторичном деформирующем остеоартрозеу детей при недоразвитии ветви нижней челюсти. Получение на одной рентгенограмме изображения обеих половин нижней челюсти дает возможность провести сравнительную оценку правой и левой стороны.

Электрорентгенография. В настоящее время возможности электрорентгенографии и электротомографии в диагностике заболеваний височно-нижнечелюстного сустава находятся в стадии изучения.

Однако более высокие лучевые нагрузки при электрорентгенографии по сравнению с обычным рентгенологическим исследованием несколько настораживают, когда речь идет об исследовании детей.

Контрастное исследование. Для диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава используют контрастное исследование [Рабухина Н. А., 1968]. Под местной анестезией области сочленения в полость сустава вводят 0,8—1,5 мм 35% водного раствора кардиографа. Рентгенограммы и томограммы сустава производят в прямой и боковой проекциях. На основании исследования больных с травматическими повреждениями суставов автор считает, что артрография дает исчерпывающие сведения о состоянии капсулы, суставных хрящей и внутрисуставного мениска.

Компьютерная трансаксиальная (трансверсальная) томография. Метод был предложен и разработан в 1961—1972 гг. Hounsfield в Великобритании. Основан на неодинаковом коэффициенте абсорбции рентгеновских лучей разными тканями тела. Патологические изменения в различных органах проявляются участками или с высоким, или с низким коэффициентом абсорбции, а подчас отмечается чередование тех и других. Наиболее широкое применение метод получил в нейрорентгенологии.

Практическое занятие №1

Тема: Врожденные расщелины верхней губы и неба. Классификация. Клиника, диагностика. Ранние анатомо-функциональные расстройства и способы их устранения. Сроки и методы хирургического лечения врожденных расщелин неба.

Технологические модели по образованию

Время занятия: 2 ч.	Количество студентов 8-10
Вид занятия:	Введение новостей по практике
План:	Ознакомление с темой
Задача учебного занятия:	Изучить врожденных расщелин верхней губы и неба. Классификация. Клиника, диагностика. Ранние анатомо-функциональные расстройства и способы их устранения. Сроки и методы хирургического лечения врожденных расщелин верхней губы и неба.
Методы обучения:	Беседа, наглядные пособия по практике
Вид занятия:	общий-коллективный
Наглядные пособия по теме:	Учебное пособие, практический материал, проектор, компьютер
Обстановка для проведения занятия:	Методическая оборудованная аудитория
Мониторинг и критерии оценок:	Устный опрос

Технологическая карта практического занятия

Этапы работы	Преподаватель	Студент
1. Этапы подготовки	1. Цель занятия 2. Подготовка слайдов по теме 3. Литература по теме: 1. Колесов А.А. – Стоматология детского возраста. М., 1991г. 463 с. 2. Персин Л.С. - Стоматология детского возраста 2003г. 3. Харьков Л.В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста Год издания: 2005г.	Записывают тему и слушают
2 Основной этап	1. Разделение студентов на 2 маленькие подгруппы, задает вопросы по теме; 2. Использование слайдов и мультимедий; 3. проводит лечебные работы; 4. Объединяет все сведения по заданной теме, активно участвующих студентов поощряет и обще оценивает.	Разделяют на маленькие группы, смотрят, участвуют, слушают. Студент высказывает свое мнение дополняет и задает вопросы
Заключительный этап	1. Заключение. 2. Самостоятельная работа. 3. Домашнее задание.	Слушают Записывают заключение

Вопросы по теме:

1. Этиологические факторы (экзогенные и эндогенные) возникновения врожденных расщелин неба.
2. Эмбриопатогенез врожденных расщелин неба.
3. Классификация врожденных расщелин неба.

4. Клинико-морфологическая характеристика различных форм врожденных расщелин неба.
5. Радикальная уранопластика по А.А.Лимбергу: цели, задачи, этапы операции.
6. Современные методики хирургического лечения расщелин неба, оптимальные сроки хирургического вмешательства.

Текст практического занятия

Анатомические и функциональные расстройства при врожденных расщелинах неба требуют хирургического, ортодонтического и логопедического лечения. Из анатомических нарушений строения неба следует выделить три основные, которые вызывают тяжелые функциональные сдвиги и требуют хирургического устранения: расщелину неба, укороченное мягкое небо и расширенный средний отдел глотки.

Расщелины неба по анатомической форме и размерам могут быть различны. Встречаются скрытые расщелины, расположенные только в пределах мышечного слоя мягкого неба или костной ткани твердого неба при хорошо развитом слое слизистой оболочки.

Наблюдаются также расщелины только мягкого неба, которые могут быть неполные и полные. Неполные расщелины мягкого неба не доходят до границы с твердым небом. Видимая часть полной расщелины мягкого неба достигает заднего края твердого неба и довольно часто сопровождается скрытым недоразвитием заднего отдела твердого неба.

Различают расщелины мягкого и твердого неба, которые также могут быть неполные и полные. Полные расщелины распространяются до резцового отверстия. Расщелины мягкого и твердого неба всегда располагаются по средней линии неба. При этом основание сошника лежит свободно, не соединяясь с небными пластинками. Полные расщелины неба и альвеолярного отростка проходят в переднем отделе неба по границе резцовой кости с небной пластинкой и распространяются на альвеолярный отросток через второй резец или между первым и вторым резцом. Поэтому различают односторонние и двусторонние расщелины. При полных односторонних расщелинах верхней губы, альвеолярного отростка и неба основание сошника связано с краем небной пластинки, противоположной стороны. При этом в результате нарушения мышечного равновесия наблюдается деформация альвеолярного отростка верхней челюсти.

Помимо деформации верхней челюсти, при расщелинах неба наблюдается врожденное недоразвитие мышц мягкого неба и среднего отдела глотки. Мягкое небо короткое, слаборазвитые небные мышцы не фиксированы между собой по средней линии. Неполноценность мышц мягкого неба и глотки наблюдается даже при скрытых расщелинах, что не учитывается некоторыми врачами при лечении такой формы патологии. С первых дней после рождения выявляется расстройство функции сосания и глотания. У ребенка с расщелиной неба полость рта свободно сообщается с полостью носа, что делает невозможным создание герметичности в полости рта в период сосания. Ребенок не берет грудь матери, а при искусственном вскармливании легко захлебывается и может аспирировать жидкую пищу.

При вдохе большие порции необогретого наружного воздуха легко попадают из носа в ротовую полость и верхние дыхательные пути, вызывая раздражения слизистой оболочки. Дети привыкают дышать поверхностно, делая неглубокий вдох и слабый выдох. Они легко заболевают воспалением легких.

Слабость выдоха в дальнейшем отрицательно отражается на формировании речи ребенка. Дети с расщелиной неба произносят слова невнятно, тихим голосом. При расщелине неба неправильно звучат, небные, небо-язычные, все шипящие звуки нашей речи. Речь имеет выраженный носовой оттенок.

Постоянное попадание жидкой и мягкой пищи из полости рта в носовую полость вызывает раздражение слизистой оболочки носа и носоглотки, что приводит к развитию в этой области стойких очагов хронического воспаления.

Классификация. В клинике кафедры стоматологии детского возраста Московского медицинского стоматологического института при диагностике расщелин неба пользуются следующей клинко-анатомической классификацией:

1. Врожденные расщелины мягкого неба:
 - а) скрытые;
 - б) неполные;
 - в) полные.
2. Врожденные расщелины мягкого и твердого неба:
 - а) скрытые;
 - б) неполные;
 - в) полные.
3. Врожденные полные расщелины мягкого, твердого неба и альвеолярного отростка (односторонние и двусторонние).
4. Врожденные расщелины альвеолярного отростка и переднего отдела твердого неба:
 - а) неполные (односторонние и двусторонние);
 - б) полные (односторонние и двусторонние).

Расщелины неба встречаются в сочетании с расщелинами верхней губы. При этом различные формы расщелин губы могут сочетаться с различными формами расщелин неба. Первые две группы расщелин неба нашей классификации некоторыми авторами рассматриваются как расщелины вторичного неба, четвертая группа в сочетании с расщелинами верхней губы как расщелины первичного неба, третья группа как расщелины первичного и вторичного неба.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСРАЩЕНИЙ НЕБА

Вопрос о сроках проведения операций при врожденных несращениях неба изучается многие десятилетия. В настоящее время считается, что детей с этой патологией необходимо оперировать в том возрасте, чтобы они могли закончить лечение к началу обучения в школе, т.е. к 7-летнему возрасту. Современные способы радикальной уранопластики позволяют уменьшить травматичность оперативного вмешательства и рекомендовать проведение этих операций не только в позднем дошкольном возрасте (5-6 лет), но и в раннем — 2-4 года. По мнению Л.В. Харькова (1992) наиболее благоприятным сроком для проведения ураностафилопластики следует считать возраст до 2-3 лет.

П.И. Семенченко и В.И. Вакуленко (1968) рекомендуют изолированное частичное несращение мягкого неба (при отсутствии укорочения небной занавески и расширения мезофаринкса) оперировать в 1-2 годичном возрасте, а пластическое закрытие твердого неба проводить в 4-5 летнем возрасте. Согласно исследованиям этих авторов, органические и функциональные изменения ЛОР-органов, дыхательных путей, а также изменения со стороны нервно-психической сферы у больных наступают с 4-5 летнего возраста. Проводя рентгенологическое измерение черепов у 200 детей с несращениями и у 600 нормально развитых детей W.M. Krogman (1954) установил, что нарушение роста лицевого скелета при несращениях находится в прямой зависимости от величины дефекта. Оптимальным сроком для проведения операции автор считает возраст 4-6 лет. Б.Н. Давыдов и Р.Д. Новоселов (1997) в 3-5 летнем возрасте оперируют больных с несквозными расщелинами неба, а в возрасте 5-6 лет — сквозные одно- и двусторонние расщелины. По мнению этих авторов, проведение подобных операций в более раннем возрасте может повлечь замедление роста верхней челюсти. На основании многочисленных исследований А.Н. Губская (1975) рекомендует устранять изолированное несращение неба в возрасте 4-5 лет, а сочетанное в более старшем возрасте. При применении ранней хейлопластики по нерациональной методике возникают не только грубые рубцы на губе, но послеоперационные деформации верхней челюсти. Н.Schweckendieck (1956) опасаясь того, что операция на твердом небе может за собой

повлечь задержку роста верхней челюсти, предложил оперировать несращения неба в два этапа. На первом этапе (в возрасте 4-6 месяцев) следует проводить пластику мягкого неба (велоластику), а на втором этапе (в возрасте 6 лет) — пластику твердого неба.

Э.Н. Самар (1971) также указывает на возможность велоластики в возрасте от 1 до 2,5 лет, а уранопластики — от 2,5 до 4 лет.

По мнению Ю.И. Вернадского (1985), при частичном несращении твердого и всего мягкого неба операцию следует проводить в возрасте 6-7 лет, а при дефектах всего неба, альвеолярного отростка и губы — 7-8 лет.

Использование спектрального анализа речи позволило доказать, что нормальных показателей быстрее достигают те больные, которым первичная пластика неба была проведена в дошкольном возрасте, а логопедические занятия — до и после операции (НА Мирошниченко, 1991). Перед проведением операции ребенку необходимо провести общеукрепляющую терапию, санировать полость рта и носоглотку, а также изготовить защитную небную пластинку из пластмассы.

Уранопластика (греч. игапов - небо + пластика; синоним - палатоластика) — общее наименование пластических операций устранения дефектов твердого неба.

Ураностафилоластика — наименование пластических операций при одновременном устранении дефектов твердого и мягкого неба.

Стафилография - зашивание расщелины мягкого неба. Классическим примером операции пластического закрытия дефекта твердого и мягкого неба является *радикальная уранопластика* по А.А. Лимбергу (1927). Основные этапы операции:

- освежение краев дефекта в пределах твердого неба путем иссечения полоски слизистой оболочки по краям несращения;
- образование слизисто-надкостничных лоскутов на твердом небе по Лангенбеку-Львову (они необходимы для закрытия дефекта неба и альвеолярного отростка);
- рассечение слизистой оболочки носа по заднему краю неба;
- резекция задне-внутреннего края большого небного отверстия, т.е. выведение сосудисто-нервных пучков неба из больших небных отверстий;
- разрезы по крыловидно-нижнечелюстным складкам от их верхних отделов до язычной поверхности альвеолярного отростка нижней челюсти в области последнего моляра (разрезы по Халле-Эрнсту);
- мезофарингоконстрикция (сужение среднего отдела глотки);
- интерламинарная остеотомия (продольное рассечение крыловидного отростка), надламывают внутреннюю пластинку у ее основания и смещают ее кнутри вместе с прикрепляющимися мягкими тканями с последующей тампонадой костной раны марлевым тампоном;
- освежение краев дефекта мягкого неба путем их расслоения;
- сшивание половинок мягкого неба трехрядным швом (слизистую оболочку со стороны носа, мышцы и слизистую оболочку мягкого неба со стороны полости рта);
- сшивание лоскутов твердого неба двухрядным швом;
- замена марлевого тампона в окологлоточных нишах на йодоформный и покрытие послеоперационной раны (неба) йодоформным тампоном;
- наложение защитной небной пластинки.

Усовершенствовав методы ураностафилоластики Ю.И. Вернадский (1968) разработал пять вариантов методики проведения радикальной операции, которым присущи общие черты:

- а) преднамеренное пересечение сосудисто-нервных пучков, исходящих из больших и малых небных отверстий;
- б) устранение дефекта в переднем отделе неба за счет опрокидывания одного или двух лоскутов, выкраиваемых у краев расщелины;

в) создание дубликатуры слизистой оболочки в пределах задней трети твердого неба и на месте перехода его в мягкое небо (за счет слизистой оболочки дна носа);

г) интерламинарная остеотомия по А.А. Лимбергу и мезофарингоконстрикция по Эрнсту завершаются введением в окологлоточные ниши мотков из кетгутовых нитей, а между расщепленными пластинками крыловидных отростков — костного или хрящевого аллотрансплантата;

д) операция заканчивается глухим ушиванием окологлоточных ниш за счет мобилизации лоскута слизистой из ретромолярной области. На эффективность этих методик указывают исследования И.М. Готь (1970), Р.Н.Чеховского (1982), С.А. Абрахманова (1991) и др.

Г.И. Семенченко и В.И. Вакуленко (1974) разработали способ операции восстановления неба с применением костной пластики дефекта консервированной замораживанием аллокостью, который восстанавливает форму неба и создает опору перемещенным назад мышцам небной занавески. Б.Н. Давыдов (1984) предлагает методику костнопластического восстановления неба с одновременной коррекцией мышц мягкого неба.

Л.В. Харьков (1987) разработал методику ураностафилопластики, предусматривающую выкраивание одного скользящего слизисто-надкостничного лоскута с большого фрагмента, Z-пластику в области границы твердого и мягкого неба и закрытие раневой поверхности на небе лоскутом на ножке со щеки. Л.В. Харьковским предложена методика ураностафилопластики с использованием сошникового лоскута и проведением ретротранспозиции без выкраивания угловых лоскутов в области мягкого неба.

В качестве послеоперационной повязки на верхнюю челюсть одевают защитную пластинку, изготовленную заранее, под которую кладут несколько слоев марли. Пластинку можно изготовить из нескольких слоев марли, пропитанной раствором целлулоида в ацетоне (А.И.Евдокимов), из целлулоида (А.А.Лимберг), из акриловой (А.И.Евдокимов, Н.М.Михельсон) или быстротвердеющей пластмассы. Если пластинка плохо удерживается на молочных зубах или при сменном прикусе, ее можно перебазировать с помощью быстротвердеющей пластмассы. Это позволяет не прибегать к креплению пластинки к головной шапочке, как рекомендуют некоторые авторы.

Для создания ране покоя на 10 дней назначают режим молчания. Ежедневно после операции проводят тщательный туалет орошением полости рта из кружки Эсмарха теплым раствором марганцовокислого калия в разведении 1:5000. Орошение повторяют 4-5 раз в день после еды. Первую перевязку делают на 7-9-й день после операции, во время которой хирург оценивает результаты операции и снимает швы. Следующие перевязки проводят через каждые 2-3 дня. Во время перевязок удаляют защитную пластинку, меняют тампоны под ней, тампоны в боковых отделах глотки подтягивают и укорачивают по мере того, как они выталкиваются из раны растущей грануляционной тканью.

На 15-16-й день после операции приступают к формированию свода неба. Формирование свода неба необходимо для постановки правильной речи ребенка после операции. С этой целью на внутреннюю поверхность защитной пластинки наслаивают слепочную массу с таким расчетом, чтобы она отдавливала вверх ткани задних отделов твердого и мягкого неба. По мере разглаживания рубцов толщину слоя массы увеличивают. После операции ребенок носит пластинку до 1½ месяцев. Разрешается снимать ее на время еды, занятий с логопедом и сна.

Кормить детей после операции надо жидкой высококалорийной пищей. Дневной рацион ребенка должен включать молоко, сметану, сливочное масло, свежие яйца, крепкий бульон, кисель. Пища должна быстро усваиваться и легко проглатываться.

Клиническое занятие №1

Мавзу: Врожденные расщелины верхней губы и неба. Классификация. Клиника, диагностика. Ранние анатомо-функциональные расстройства и способы их устранения. Сроки и методы хирургического лечения врожденных расщелин неба.

Технологические модели по образованию

Время занятия: 2 ч.	Количество студентов 8-10
Вид занятия:	Клиник занятие
План:	1. Классификация врожденных расщелин верхней губы и неба. 2. Методы диагностики в клинике. 3. Оказание помощи при анатомо-функциональных расстройствах. 4. Методы операций, оптимальные сроки проведения и их применение. 5. Особенности послеоперационного ухода детей с ВРГН.
Задача учебного занятия:	Научиться поставить диагноз по Фроловой детям с врожденными расщелинами верхней губы и неба. Научиться собирать анамнез от родителей ребенка, обследовать анатомо-функциональные расстройства и оказать первичную помощь. Научиться писать историю болезни, выбрать оптимального срока и метода операции в зависимости от возраста ребенка. Научиться особенностям послеоперационного ухода за ребенком и обработки за раной. Дать совет родителям по уходу ребенка.
Методы обучения:	Клиническое обследование, сбор анамнеза, писать историю болезни, беседа.
Вид занятия:	Массово-коллективный, персональный
Наглядные пособия по теме:	Стоматологическое кресло, стоматологическое зеркало, пинцет, шпатель, лоток, столик врача, спирт, фурацилин, марлиевые шарики, стерильные перчатки
Обстановка для проведения занятия:	Клинически оборудованный симуляционный кабинет, клинический кабинет
Мониторинг и критерии оценок:	Клинический анализ, оценка, устный контроль, вопрос-ответ

Практическое занятие №2

Тема: Атипичные расщелины лица, клиника, диагностика. Врожденные кисты и свищи лица и шеи. Этиология, клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика. Способы хирургического лечения.

Технологические модели по образованию

Время занятия: 3 ч.	Количество студентов: 8-10
Вид занятия	Введение новостей по практике
План	Ознакомление с темой.
Задача учебного занятия	Изучить атипичных расщелин лица, врожденных кист и свищей лица. Этиологию, клинических проявлений. Диагностику, дифференциальная диагностику. Способы хирургического лечение. Заболевания ВНЧС у детей.
Методы обучения	Беседа, наглядные пособия по практике
Вид занятия	общий-коллективный
Наглядные пособия по теме	Учебное пособие, практический материал, проектор, компьютер
Обстановка для проведения занятия	Методическая оборудованная аудитория
Мониторинг и критерии оценок	Устный опрос

Технологическая карта практического занятия

Этапы работы	Преподаватель	Студент
1. Этапы подготовки	<ol style="list-style-type: none"> 1. Цель занятия 2. Подготовка слайдов по теме 3. Литература по теме: <ol style="list-style-type: none"> 1. Колесов А.А. – Стоматология детского возраста. М., 1991г. 463 с. 2. Персин Л.С. - Стоматология детского возраста 2003г. 3. Харьков Л.В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста Год издания: 2005г. 	Записывают тему и слушают
2. Основной этап	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разделение студентов на 2 маленькие подгруппы, задает вопросы по теме; 2. Использование слайдов и мультимедий; 3. проводит лечебные работы; 4. Объединяет все сведения по заданной теме, активно участвующих студентов поощряет и обще оценивает. 	Разделяют на маленькие группы, смотрят, участвуют, слушают. Студент высказывает свое мнение дополняет и задает вопросы
3. Заключительный этап	<ol style="list-style-type: none"> 1. Заключение. 2. Самостоятельная работа. 3. Домашнее задание. 	Слушают Записывают заключение

Интерактивный метод

Использование метода «Горячей картошки»

Текст практического занятия

Синдромные несращения губы и нёба составляют 10 % всех несращений лица. В настоящее время описано около 300 синдромов, связанных с пороками развития лица, челюстей и зубов. Из них, по последним данным, 70 % принадлежат к наследственным заболеваниям и около 30 % — к тератогенным порокам развития. Типы наследственности их изучены недостаточно.

Чаще всего встречаются такие синдромы: Пьера-Робина аномалад, Ван-дер-Вуда, Тричер-Коллинза, Апера, отопалатодигитальный, орофациальнодигитальный синдром, ЕЕС-синдром, синдромы несращения губ и нёба, сочетающиеся с эктодермальной дисплазией, с крыловидными складками на шее и в области суставов, с аномалиями больших пальцев кисти и микроцефалией; синдромы хромосомных aberrаций, синдромы I-II жаберных дуг, микро- и макростомии и т. п. Очень редко наблюдаются врожденные несращения носа (рис. 3.1), "сиамские близнецы" с несращениями губы и нёба (рис. 3.2).



Рис. 3.1. Ребенок с врожденным несращением носа ("нос Тренделенбурга")



Рис. 3.2. "Сиамские близнецы", у одного из которых сквозное левостороннее несращение верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба.

Синдром Пьера-Робина. Тип наследования неизвестен. Врожденная гипоплазия нижней челюсти, микрогнатия, несращение нёба. Аномалии языка: глосоптоз, макроглоссия.

У 30 % таких детей диагностируют врожденные пороки сердца, аномалии глаз, ушных раковин, скелета и т. п. Нередко определяется умственная отсталость. После рождения ребенок плохо дышит в результате маленькой нижней челюсти и большого языка, который смещается кзади. Иногда язык приращен к мягким тканям дна ротовой полости. Во время сна возникают приступы асфиксии. Для нормализации дыхания ребенка кладут на живот, в тяжелых случаях язык в выдвинутом положении фиксируют к тканям полости рта. Прогноз благоприятный при адекватном раннем ортодонтическом лечении — изготавливают obturator, чтобы ребенок мог сосать. Кормление соской без obturator исключается. В тяжелых случаях на некоторое время применяют зондовое кормление. Используются и хирургические способы лечения — перемещение и фиксация языка в новом положении (кпереди от прежнего).

Синдром Ван-дер-Вуда. Наследуется по аутосомно-доминантному типу. Характерными являются врожденные симметричные свищи слизистых желез на нижней губе, сочетающиеся с несращением верхней губы (чаще всего с двусторонним сквозным). На медико-генетической консультации родителям следует сообщить о высоком (50 %) риске поражения потомков. Лечение хирургическое, от 3 мес до 1 года — хейлопластика, от 1 года до 2 лет — ураностафилопластика, после этого — удаление свищей на нижней губе.

Синдром Тричер-Коллинза. Тип наследования неизвестен. Врожденный синдром с типичным комплексом симптомов: деформация или гипоплазия скуловых отростков лобных и височных костей, недоразвитие большей части скуловой дуги, нижние

орбитальные края смещены книзу, орбиты деформированы, может отсутствовать наружный слуховой ход; деформация крыловидного отростка клиновидной кости, верхней и нижней челюстей, частичное несращение неба; нередко наблюдаются свищи на нижней губе, асимметрия и деформация черепа. Подбородок может быть недоразвитым, нос — деформированным.

Лечение хирургическое, многоэтапное.

Синдром Франческетти (черепно-челюстно-лицевой дизостоз). Тип наследования аутосомно-доминантный. Комплекс врожденных челюстно-лицевых деформаций, сопровождающихся большим полуоткрытым ртом. Верхняя челюсть гипоплазирована, с уменьшенными придаточными пазухами. Высокое нёбо. Недоразвитая нижняя челюсть придает лицу птичий вид; возможны эпикантусы, антимонголоидный разрез глаз в результате двусторонней гипоплазии скуловых костей и дуг. Определяется гипоплазия обоих крыльев носа, что может приводить к сужению ноздрей. К основным признакам этого синдрома следует отнести отсутствие ресниц на нижних веках, наличие колобом, височно-предушное оволосение. Часто наблюдается атрезия наружного слухового прохода, полная глухота. В 50 % случаев имеет наследственный характер (рис. 3.3).

Лечение комплексное, длительное и многоэтапное.



Рис. 3.3. Ребенок с синдромом Франческетти (черепно-челюстно-лицевой дизостоз)

Отопалатодигитальный синдром достаточно часто встречается в практике хирурга-стоматолога. Он проявляется глухотой, несращением нёба, дистрофиями лица и черепа (выступают лобные бугры и надбровные дуги, пшертелоризм, широкий нос с западением переносицы, микростома, микрогнатия). Также наблюдаются аномалии роста зубов, нарушения прикуса, мышечно-скелетные деформации, широкие и короткие ногтевые фаланги и отставание в умственном развитии (рис. 3.4).

Лечение комплексное, многоэтапное, длительное.

Орофациальнодигитальный синдром встречается в двух вариантах: 1-й — проявляется множественными уздечками языка и его частичным несращением, несращением губы и нёба, несимметрично укороченными пальцами, аномалиями зубов, гипоплазией эмали. Также наблюдаются широкая спинка носа, аплазия крыльев носа и ушных раковин, эпикантус и т. п.; 2-й вариант (синдром Мора) характеризуется гипертрофией уздечек, срединным псевдонесращением верхней губы, несращением нёба, отсутствием центральных резцов, гипоплазией скуловых дуг и челюстей, широкими переносицей и копчиком носа (рис. 3.5-3.8).

ЕЕС-синдром (*ectodactyli, ectodermal dysplasia and cleft palate s-m*) характеризуется одно- или двусторонним несращением губы и нёба, редкими и тонкими волосами, сухой кожей, микродентией, изменением нормальной формы временных и постоянных зубов, гипоплазией эмали, стенозом слезных каналов. Также наблюдаются гипоплазия верхней челюсти и множественные пигментные невусы (рис. 3.9).

Лечение комплексное, многоэтапное.

Синдром гемифациальной микросомии (синдром I-II жаберных дуг). Тип наследования, повидимому, аутосомно-доминантный.

Это группа пороков, возникающих в результате нарушений формирования I жаберной щели, I и II жаберных дуг.

Характерными признаками являются: односторонняя микрогения, микрогнатия, недоразвитие скуловой кости и дуги, деформация наружного уха, атрофия и парезы мышц лица и нёба, языка, макростомия, околоушные свищи и придатки. Синдром I-II жаберных дуг включает в себя и аномалии центральной нервной системы (олигофрению), деформации позвоночника, пороки развития мочеполовой системы, пищеварительного канала, врожденные пороки сердца, слепоту и т. п. Нередко диагностируются несращения верхней губы и нёба (рис. 3.10-3.13). *Лечение* комплексное, длительное.

Синдром Апера (Apert) относится к сложным синдромам челюстно-лицевой области и скелета. Клиническими признаками его являются гипертелоризм, широкая переносица, плоские глазницы, пучеглазие, несращение нёба, слабое зрение. Наблюдаются изменения со стороны скелета — маленький рост, полидактилия. Этот синдром сопровождается умственной отсталостью (рис. 3.14). *Лечение*, как, при предыдущих синдромах, многоэтапное, комплексное.



Рис. 3.4. Изолированное врожденное несращение мягкого нёба и деформация пальцев рук (отопалатодигитальный синдром)



Рис. 3.5. Ребенок с орофациальнодиги-тальным синдромом



Рис. 3.6. Измененные фаланги пальцев ног того же ребенка



Рис. 3.7. Синдактилия и шестипалость верхней конечности у того же ребенка



Рис. 3.8. Врожденное двустороннее несращение верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба, сопровождающееся дефектами и деформациями верхних конечностей (орофациальнодигитальный синдром); ребенок после двусторонней хей-лопластики



Рис. 3.10. Ребенок с синдромом I-II жаберных дуг (гемифациальная микросомия)



Рис. 3.12. Ребенок с синдромом гемифациальной микросомии (I-II жаберных дуг)



Рис. 3.14. Врожденная аплазия верхней челюсти

Рис. 3.9. Ребенок с врожденной левосторонней макростомией, дефектом и деформацией левого крыла носа и эктодермальной дисплазией век (ЕЕС-синдром)



Рис. 3.11. Ребенок с синдромом гемифациальной микросомии (I-II жаберных дуг)



Рис. 3.13. Ребенок с синдромом гемифациальной микросомии (I-II жаберных дуг) через 6 мес после хейлопластики



Рис. 3.15. Ребенок с правосторонней косоугольной колобомой лица и отсутствием глазного яблока

Синдром Клиппеля-Фейля (Klippel-Feil). В полости рта синдром проявляется нарушениями прикуса, несращениями твердого и мягкого нёба, деформациями зубов, кистами челюстей. Внешний вид больного имеет типичный признак — короткую шею

(голова "сидит" на плечах), движения головы ограничены. Это обусловлено тем, что I позвонок сливается с другими позвонками или синостозируется с затылочной костью.

Кроме названных симптомов наблюдаются аномалии ребер, врожденные пороки сердца, высокое расположение лопаток.

Лечение многоэтапное и длительное, проводится соответствующими специалистами. В возрасте 1-2 года выполняется ураностафиллопластика, если нет общесоматических противопоказаний, при выявлении кист челюстей — хирургическое лечение: кистотомия, кистэктомия. Коррекцию прикуса и деформаций зубов осуществляет ортодонт.

Макро- и микростомии могут быть врожденными и сопровождать различные синдромы, определяющиеся в челюстно-лицевой области, и приобретенными, являющимися следствием ожогов, травм, хирургического вмешательства, проведенного лучевого лечения и т. п. Макро- и микростомия сопровождаются функциональными нарушениями (слюнотечением, выливанием пищи изо рта, ограниченным открыванием рта при микростомии, нарушением дикции) и различными косметическими деформациями.

Свыше 30 синдромов могут сопровождаться макро- и микростомиями: синдром Вольфа-Хиршхорна — хромосомы 4p (микростомия); Гольденхара синдром — скулоаурикуловертебральная дисплазия (макростомия); Казен синдром (микростомия); синдром Тричер-Коллинза (макростомия); синдром Франческетти (макростомия); Фримена-Шелдона синдром — краниокарпотарзальная дисплазия (микростомия); Ханхарта синдром — синдром гипоглоссии-гиподактилии, синдром аглоссии-адактилии (микростомия); хромосомы 14p, 18d-синдром (микро- и макростомия соответственно) и т. п.

Лечебная тактика во всех случаях единственная — хирургическое вмешательство, предусматривающее при микростомии — расширение, а при макростомии — сужение ротовой щели. Существует много способов устранения этих деформаций: по А.И. Евдокимову, Г.О. Васильеву с использованием треугольных лоскутов, местной пластики по Ю.К. Шимановскому. В каждом конкретном случае в зависимости от степени нарушения функций, проявления косметических недостатков применяют ту или иную методику.

Колобома лица характеризуется несращением мягких тканей и костей по трансверзали (поперечное) или сагитталп (косое), бывает одно- и двусторонней. Сопровождается частичной гипоплазией тканей, атрофией мышц (рис. 3.15-3.18). *Лечение* многоэтапное, длительное и заключается в анатомо-функциональном восстановлении несросшихся тканей (рис. 3.19, 3.20).



Рис. 3.16. Ребенок с правосторонней колобмой лица



Рис. 3.17. Ребенок с двусторонней колобмой лица, несращением альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба

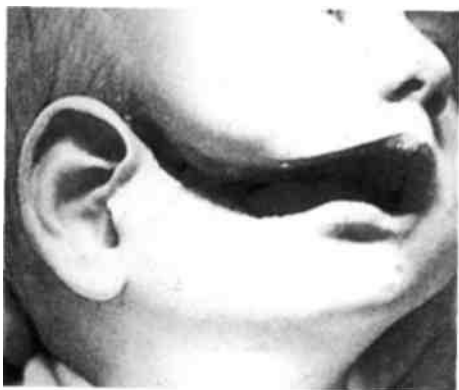


Рис. 3.18. Ребенок с правосторонней колобмой лица

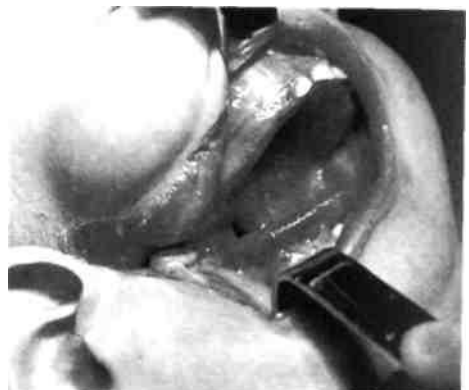


Рис. 3.19. Полость рта того же ребенка с правосторонней колобмой лица, атипичным несращением мягкого нёба и глотки



Рис. 3.20. Тот же ребенок через 6 лет после операции

КИСТЫ И СВИЩИ ЛИЦА, ШЕИ

Кисты и свищи разделяют на боковые, срединные, околоушные.

В свою очередь свищи классифицируют следующим образом (схема 3.1).

Срединные кисты и свищи шеи

Срединные (щито-язычные) кисты шеи принадлежат к аномалиям развития жаберного аппарата и его производных (щитовидная и загрудинная железы). По официальной статистике, врожденные кисты шеи развиваются в среднем у одного из 3000

новорожденных. Клинически проявляются в 4-7-летнем возрасте (2/3 больных) или в возрасте 10-14 лет, что может быть связано с гормональной перестройкой организма.

Срединные (щито-язычные) свищи шеи являются следствием незаращения щито-язычного протока, о чем свидетельствует их связь с подъязычной костью и слепым отверстием языка, а также соответствие хода полного срединного свища топографии зачатка щитовидной железы. Такие свищи первичные. Вторичные формируются вследствие нагноения срединной кисты.

Жалоб при срединных кистах немного. Ребенок или его родители указывают на наличие безболезненного, длительно существующего шарика по средней линии шеи, иногда постепенно увеличивающегося в размерах. Кисты могут нагнаиваться, и тогда возникают жалобы, как и при абсцессах; при срединных свищах — на наличие "точки", через которую выделяется слизистое содержимое.

Клиника. Ненагноившаяся срединная киста определяется в проекции передней поверхности шеи как опухолеподобное образование округлой формы, с четкими границами, плотноэластической или тестообразной консистенции, которое смещается при глотании вместе с телом подъязычной кости (рис. 3.21, 3.22). Это происходит за счет тяжа, соединяющего кисту с телом подъязычной кости.

Если киста посредством тяжа соединяется с ротовой полостью, то ее размеры могут периодически уменьшаться после выделения содержимого в рот.

Довольно часто (в 60%) срединные кисты могут воспаляться и нагнаиваться. Это проявляется болью при глотании, воспалительным инфильтратом на передней поверхности шеи с гиперемированной кожей над ним. Такие кисты по клиническому течению напоминают абсцесс.

Срединный свищ шеи открывается отверстием незначительных размеров на передней поверхности шеи, выше или ниже проекции подъязычной кости, сквозь которое выделяется прозрачное слизистое содержимое (рис. 3.23, 3.24). Зондирование обнаруживает ход свища, ведущий чаще к подъязычной кости. При нагноении свища появляется болезненный инфильтрат, выделения становятся гнойными. Если отверстие свища закрывается, то гной накапливается в нем, что приводит к формированию абсцесса и требует немедленного вскрытия и проведения противовоспалительной терапии. Для постановки диагноза применяют такие дополнительные методы обследования: зондирование или фистулографию с рент-генконтрастной жидкостью; УЗИ, диагностическую пункцию кисты — получают слизистую прозрачную жидкость желтого цвета.

Дифференциальную диагностику кист следует проводить с дермоидной кистой и хроническим лимфаденитом подподбородочной области, кистами подъязычной слюнной железы, щитовидной железы, атеромой, "холодными" абсцессам подподбородочной области.

Лечение кист хирургическое. Кистэктомия проводят под внутривенным наркозом. Разрез кожи и подкожной жировой клетчатки делают параллельно складкам шеи или вертикально по срединной линии шеи. Тупо и остро выделяют и удаляют кисту вместе с оболочкой в пределах здоровых тканей. Для предотвращения рецидива необходимо резецировать и часть тела подъязычной кости. Хирурги часто не делают этого, забывая, что именно с внутренней стороны тело подъязычной кости пронизывает тяж, связывающий ее с кистой.

При нагноении кисты проводят вскрытие ее с последующим продолжительным тренированием. Явления воспаления в кисте и хирургическое вмешательство могут в дальнейшем вызвать рубцевание ее полости. Но если киста "восстановилась", то удалять ее надо лишь через 2-3 мес после ликвидации воспалительного процесса.

Определенные трудности возникают у хирурга при удалении свищей, поскольку стенка их очень тонкая. Кроме того, эпителиальный ход свища может быть не один и дополнительные тоненькие свищи визуально не выявляются, чем, кстати, и объясняются

частые их рецидивы. При нагноении свища стенки его становятся толще, что в последующем облегчает работу хирурга. Перед началом удаления свища по ходу его вводят зонд или окрашивающее вещество (метиленовый синий, бриллиантовый зеленый), что позволяет исследовать его ход. Обязательным этапом операции является резекция тела подъязычной кости или выделение свища до слепого отверстия языка, где он заканчивается, и тщательное обследование раны с целью выявления дополнительных тяжей.

Боковые кисты и свищи шеи

Боковые кисты являются остатками шейной пазухи. Они локализируются в верхнем отделе шеи впереди грудино-ключично-сосцевидной мышцы между внутренней и наружной сонными артериями. Боковые свищи могут быть полными и неполными (наружными и внутренними). Наружные боковые свищи шеи являются следствием аномального развития второй и третьей жаберных щелей, которые остаются соединенными с поверхностью шеи. Внутренние свищи формируются очень редко. Наружные открываются у края грудино-ключично-сосцевидной мышцы в средней трети шеи, внутренние — на нёбно-глоточной дужке у основания нёбных миндалин.

Жалобы. Дети или их родители жалуются на наличие давно существующей оезболезненной деформации в боковом участке шеи, которая может увеличиваться, иногда воспаляться.

Клиника. В верхнем боковом отделе шеи определяется округлое новообразование, безболезненное, ограниченно подвижное, мягкоэластической консистенции. Кожа над новообразованием в цвете не изменена. Если киста нагнаивается, то появляются все клинические признаки абсцесса.

Для подтверждения диагноза проводят пункцию (получают слизистое желтое розрачное содержимое) или контрастную рентгенографию.

Боковые свищи шеи клинически проявляют себя как небольшие в виде точки тяжения кожи по краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, со скудными лизистыши прозрачными выделениями. При закупорке свища он может нагнаиваться. Для выявления свищевого хода необходимо провести его зондирование и фистулографию.

Дифференциальную диагностику проводят с хроническим специфическим и неспецифическим лимфаденитом шеи, дермоидными кистами, опухолями слюнных желез, мигрирующей гранулёмой подчелюстной области, лимфо- и ретикулосаркомами шеи, срединными кистами и свищами шеи, кистами щитовидной железы.

Лечение боковых кист и свищей шеи хирургическое. При кисте оно предусматривает удаление новообразования вместе с оболочкой, при свище-иссечение его хода. Обычно боковые кисты и свищи не относят к заболеваниям челюстно-лицевой области, поэтому их лечение чаще проводят общие детские хирурги.

Околоушные свищи

Околоушные свищи — это аномалии развития краниального отдела первой жаберной щели. Локализируются они впереди основания завитка ушной раковины и козелка. Могут быть с одной или двух сторон и не проявлять себя на протяжении жизни; прослеживается наследственность.

Жалобы родителей или ребенка — на наличие одного или нескольких отверстий в околоушной области возле мочки уха, иногда — на выделение из них слизистого содержимого. При нагноении свища появляются жалобы на болезненность в этом участке и повышение температуры тела.

Клиника. Околоушные свищи проявляют себя небольшими (до 2-3 мм в диаметре) входными отверстиями, которые слепо заканчиваются на одной из стенок наружного слухового хода (рис. 3.25). При надавливании на эту область из отверстий выделяется

салообразная белого цвета масса. Для подтверждения диагноза используют фистулографию и зондирование свищей.

Дифференциальную диагностику проводят с хроническим лимфаденитом, в стадии нагноения — с абсцессами.

Лечение — хирургическое: радикальное удаление свища, ведущего к стенке наружного слухового хода. Если при удалении свища часть его "теряется", она может стать источником образования ретенционных кист. Для предотвращения рецидивов в таких случаях удаляют прилегающие ткани по ходу свища.

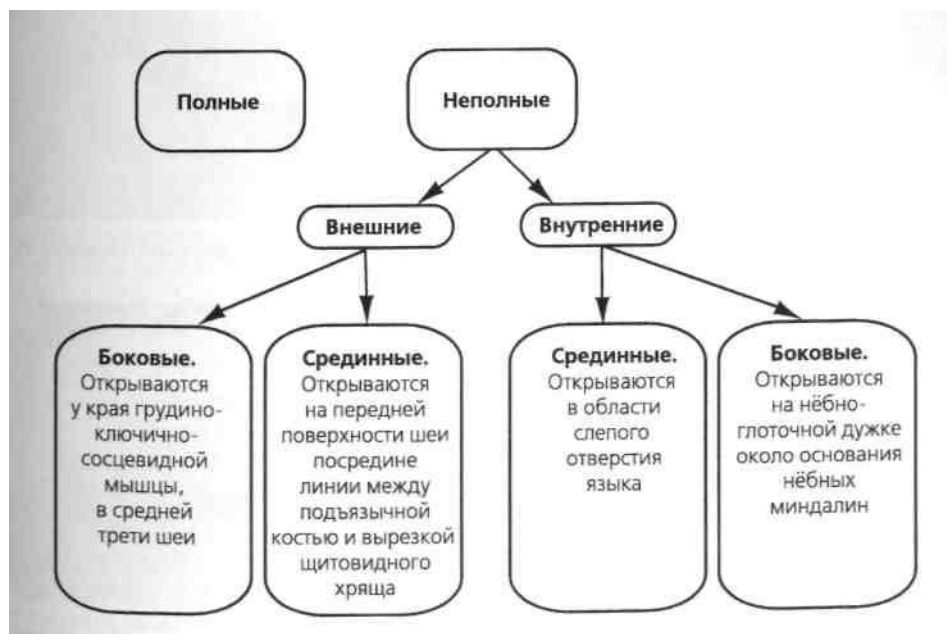


Схема 3.1. Классификация свищей лица и шеи



Рис. 3.21. Срединная киста шеи



Рис. 3.22. После выделения верхнего полюса кисты



Рис. 3.23. Срединный свищ шеи



Рис. 3.24. Зонд введен в срединный свищ шеи

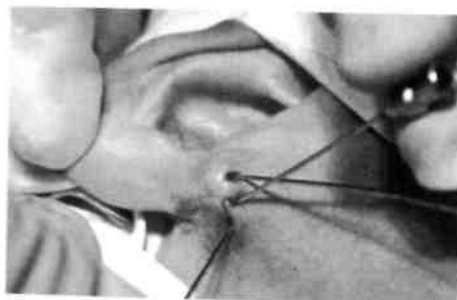


Рис. 3.25. Врожденные свищи мочки уха (в ходы свища введены катетеры для определения их направления)

Клиническое занятие №2

Мавзу: Атипичные расщелины лица, клиника, диагностика. Врожденные кисты и свищи лица и шеи. Этиология, клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика. Способы хирургического лечения.

Технологические модели по образованию

Время занятия: 3 ч.	Количество студентов 8-10
Вид занятия:	Клиник занятие
План:	1. Виды атипичных расщелин лица. Клиника, диагностика, лечение. 2. Врожденные кисты и свищи лица и шеи. Этиология, клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика. Способы хирургического лечения. 3. Оказание помощи при анатомо-функциональных расстройствах.
Задача учебного занятия:	Научиться поставить диагноз детям с атипичными врожденными расщелинами и кистами (свищами) лица и шеи. Научиться собирать анамнез от родителей ребенка, обследовать анатомо-функциональные расстройства и оказать первичную помощь. Научиться писать историю болезни, выбрать оптимального срока и метода операции в зависимости от возраста ребенка. Научиться особенностям послеоперационного ухода за ребенком и обработки за раной. Дать совет родителям по уходу ребенка.
Методы обучения:	Клиническое обследование, сбор анамнеза, писать историю болезни, беседа.
Вид занятия:	Массово-коллективный, персональный
Наглядные пособия по теме:	Стоматологическое кресло, стоматологическое зеркало, пинцет, шпатель, лоток, столик врача, спирт, фурацилин, марлиевые шарики, стерильные перчатки
Обстановка для проведения занятия:	Клинически оборудованный симуляционный кабинет, клинический кабинет
Мониторинг и критерии оценок:	Клинический анализ, оценка, устный контроль, вопрос-ответ

Практическое занятие №3

Тема: Заболевания ВНЧС у детей. Классификация, этиология, диагностика. Хирургические способы лечения.

Технологические модели по образованию

Время занятия: 3 ч.	Количество студентов: 8-10
Вид занятия	Введение новостей по практике
План	Ознакомление с темой.
Задача учебного занятия	Изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику и лечение детей и подростков с воспалительными заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.
Методы обучения	Беседа, наглядные пособия по практике
Вид занятия	общий-коллективный
Наглядные пособия по теме	Учебное пособие, практический материал, проектор, компьютер
Обстановка для проведения занятия	Методическая оборудованная аудитория
Мониторинг и критерии оценок	Устный опрос

Технологическая карта практического занятия

Этапы работы	Преподаватель	Студент
1. Этапы подготовки	1. Цель занятия 2. Подготовка слайдов по теме 3. Литература по теме: 1. Колесов А.А. – Стоматология детского возраста. М., 1991г. 463 с. 2. Персин Л.С. - Стоматология детского возраста 2003г. 3. Харьков Л.В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста Год издания: 2005г.	Записывают тему и слушают
2. Основной этап	1. Разделение студентов на 2 маленькие подгруппы, задает вопросы по теме; 2. Использование слайдов и мультимедий; 3. проводит лечебные работы; 4. Объединяет все сведения по заданной теме, активно участвующих студентов поощряет и обще оценивает.	Разделяют на маленькие группы, смотрят, участвуют, слушают. Студент высказывает свое мнение дополняет и задает вопросы
3. Заключительный этап	1. Заключение. 2. Самостоятельная работа. 3. Домашнее задание.	Слушают Записывают заключение

Контрольные вопросы из смежных дисциплин

1. Анатомо-топографическое строение ВНЧС.
2. Рентгенологические методы обследования ВНЧС.
3. Правила назначения антибактериальных, стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов, их дозировка в зависимости от возраста ребенка.

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Особенности строения височно-нижнечелюстного сустава у детей в различные возрастные периоды.
2. Классификация заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков.
3. Артриты ВНЧС у детей и подростков. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
4. Вторичный деформирующий остеоартроз ВНЧС у детей и подростков. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
5. Костный анкилоз ВНЧС у детей и подростков. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
6. Неоартроз. Этиология, клиника, диагностика и лечение.
7. Этиология и патогенез функциональных заболеваний ВНЧС у подростков. Юношеская дисфункция ВНЧС. Клиника, диагностика и лечение.
8. Воспалительно-дегенеративные заболевания ВНЧС. Клиника, диагностика и лечение.
9. Вывихи ВНЧС у детей и подростков. Классификация, клиника, диагностика и лечение.
10. Методика хирургического лечения анкилоза ВНЧС по А.А.Лимбергу.
11. Методика хирургического лечения костного анкилоза по Н.Н.Каспаровой.
12. Особенности рентгенодиагностики и лечения артритов ВНЧС.
13. Миогимнастика и ЛФК в реабилитации больных с фиброзным анкилозом ВНЧС.
14. Особенности лечения артрозов у детей.
15. Профилактика артритов и артрозов у детей.

Интерактивный метод

Использование метода «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники садятся по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент держащий моток возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Текст практического занятия

Височно-нижнечелюстной сустав обеспечивает одну из наиболее важных функций — открывание рта. Рост и развитие сустава у ребенка может сопровождаться заболеваниями, несвоевременное или неправильное лечение которых приводит к нарушениям этой важной функции, недоразвитию нижней челюсти, выраженным эстетическим недостаткам.

Особенности строения и функции височно-нижнечелюстного сустава

Височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС) был описан в 1802 г. анатомом П.А. Загорским.

Особенности строения и функции ВНЧС обусловлены силой и тонусом жевательных мышц, конфигурацией суставных поверхностей, формой внутрисуставного диска, сумки и связок, прикусом и т.п. Это единственный сустав, осуществляющий нетипичные движения в трех плоскостях.

У маленького ребенка до 7 мес ВНЧС не имеет характерных для сустава сформированных элементов — суставной головки, впадины. Суставная головка покрыта тонким слоем гиалинового хряща и надкостницей, а суставная ямка с суставным бугорком — только надкостницей с хорошо развитым камбиальным и фиброзным слоями. С возрастом вместо гиалинового на суставных поверхностях образуется соединительнотканый (волоконистый) хрящ. Суставная ямка плоская, суставные поверхности покрыты нежным соединительнотканым хрящом. Лишь с началом прорезывания постоянных зубов суставной отросток оформляется окончательно, суставная ямка становится глубже. Движения превалируют в передне-заднем направлении, а боковые почти отсутствуют. При этом очень хорошо иллюстрируется взаимосвязь анатомии и функции сустава. Грудной ребенок сосет молоко и не жует твердой пищи. Благодаря таким движениям нижней челюсти (в передне-заднем направлении) ликвидируется врожденная физиологическая микрогения. Боковые движения необходимы для жевания твердой пищи. Поэтому с возрастом, при прорезывании зубов и укреплении жевательных мышц, функция сустава усложняется — развиваются движения в 3 плоскостях.

Мыщелковый отросток является зоной продольного роста нижней челюсти. Инконгруэнтность сустава нивелируется благодаря капсуле и двояковогнутому диску. Задний свод суставной ямки граничит с барабанной полостью, что может способствовать распространению воспалительных процессов из сустава на ухо и наоборот. Вены сустава хорошо анастомозируют с венами среднего уха, слуховой трубы, наружного слухового хода, а также с крыловидным венозным сплетением. Венозная кровь, направляющаяся от органа слуха, вливается в венулы сплетения капсулы сустава и лишь потом, через суставные вены, достигает лицевой вены (эти пути проникновения инфекции надо помнить, так как именно они обуславливают распространение воспалительного процесса из одной анатомической области в другую).

Наличие общих источников анимальной (*n. trigeminus*) и вегетативной иннервации объясняет возникновение глазных и ушных симптомов при заболеваниях ВНЧС.

Причинами заболеваний ВНЧС у детей могут быть окклюзионные нарушения воспалительные процессы в зубочелюстной области и жевательных мышцах ушиб и ранение сустава, в том числе и травмирование при тяжелых родах, одноразовые кратковременные перегрузки его, инфекционные, эндокринные заболевания, нарушения обмена веществ и роста костей (несоответствие между ростом альвеолярного и мыщелкового отростков нижней челюсти), отиты.

Перечисленные причины чаще наблюдаются в определенном возрасте. Так, например, воспалительные процессы, которые могут заканчиваться тяжелыми осложнениями в суставе, преобладают у детей грудного возраста; травматические повреждения наблюдаются у детей 3-9 лет, что анатомически обосновано — наиболее слабым местом является шейка суставного отростка; окклюзионные нарушения чаще всего возникают при окончательных изменениях и формировании прикуса, что совпадает с периодом полового созревания.

В XIX ст. Мюллер сделал первую попытку классифицировать болезни ВНЧС, отделив воспалительные заболевания суставов (артриты) от дистрофических (артрозов). Ныне в соответствии с наиболее распространенными классификациями различают такие нозологические формы заболеваний ВНЧС:

1. По этиологическим факторам:

а) врожденные пороки развития;

б) приобретенные заболевания:

—воспалительные (артриты);

—дистрофические (артрозы, вторичные деформирующие артрозы);

—воспалительно-дистрофические (артрито-артрозы).

2. По течению заболевания: острые, хронические, хронические в стадии обострения.

3. Анкилозы (фиброзные, костные):
—врожденные и приобретенные;
—односторонние, двусторонние;
—воспалительные, травматические.

Во всех учебниках по хирургической стоматологии анкилозы разделяют на врожденные и приобретенные. Однако под врожденными следует понимать анкилозы, возникающие в первые 3-5 мес после рождения и обусловленные травмированием сустава при родах и септическими состояниями.

Обследование ВНЧС для выявления его заболеваний проводят в такой последовательности:

1. Опрос родителей и пациента.

2. Обследование нижней части лица. Бимануально (после введения двух пальцев с обеих сторон в наружные слуховые ходы) анализируют движения нижней челюсти. Осуществляют пальпацию суставов и жевательных мышц, оценку прикуса и окклюзионных контактов зубов, определяют характер окклюзии.

3. При необходимости выполняют цитологическое исследование суставной жидкости, механографию, электромиографию, артрографию, реографию, артроскопию, рентгенографию ВНЧС, томографию, ортопантографию, спиральную компьютерную томографию в трех измерениях (рис. 3.25-1). У детей младшего возраста сделать рентгенограмму из-за лабильного психоэмоционального состояния трудно, поэтому перед проведением ее осуществляют седативную подготовку.

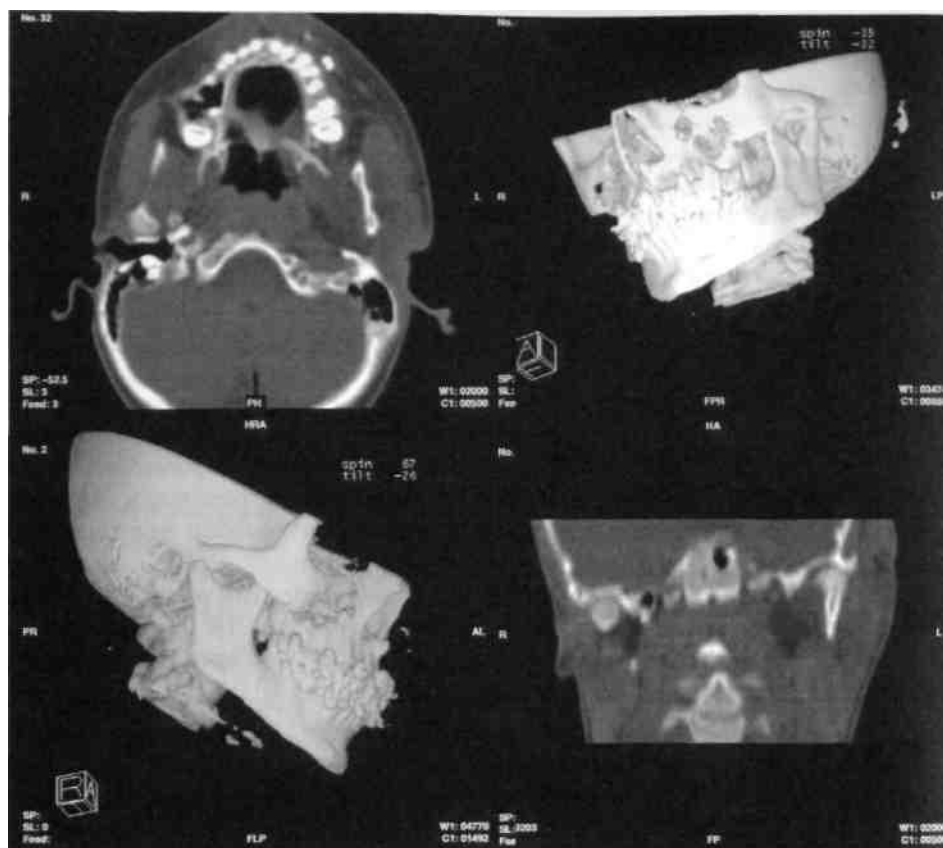


Рис. 3.25-1. Изображение височно-нижнечелюстных суставов на спиральной компьютерной томограмме с мультипланарной реконструкцией



Рис. 3.25-2. Рентгенограмма височно-нижнечелюстного сустава ребенка в укладке по Шуллеру

Существуют специальные рентгенологические укладки для выявления изменений в ВНЧС, снимки в укладке по Шуллеру проводят с открытым ртом, при этом определяются размеры верхне- и заднесуставной щели, характер смещения суставной головки (рис. 3.25-2).

В укладке по Парма — с закрытым ртом — определяются контуры суставной щели, что позволяет обнаружить изменения в области суставной головки и суставной щели. Рентгенография костей черепа в прямой лобно-носовой проекции информирует о положении суставных головок при их травмировании. На ортопантограмме определяются мыщелковый и венечный отростки, но не всегда четко видны все элементы сустава. Поэтому если возникают трудности в диагностике заболевания ВНЧС, наиболее информативной будет компьютерная томография сустава в трех измерениях.

ОСТРЫЙ АРТРИТ

Термин "артрит" предложил Гиппократ. Это воспаление суставного хряща, капсулы и связочного аппарата, которое может иметь инфекционное, травматическое или аллергическое происхождение. Инфекционные артриты могут возникать у детей любого возраста, а травматические — чаще в возрасте 3-9 лет.

Жалобы детей при острых артритах (*Arthritis articulationis temporomandibularis acutae*) ВНЧС разной этиологии — на припухлость тканей и боль в околоушно-жевательной области с иррадиацией ее в ухо и затылок, скованность движений нижней челюсти (наиболее ранний и стойкий симптом), невозможность нормального приема пищи, повышение температуры тела. При ревматическом артрите возникает боль в обоих ВНЧС, ревматоидном — в одном ВНЧС и коленном или плечевом суставе.

Клиника. Может наблюдаться асимметрия лица вследствие отека мягких тканей околоушной области, болезненных при пальпации. Открывание рта болезненное и ограниченное. Объем движений сохраняется, но нижняя челюсть смещается в сторону больного сустава, поскольку возникает защитная реакция жевательных мышц на стороне поражения.

Для ревматического артрита характерно медленное усиление боли утром и уменьшение под вечер, ночью во время сна и в покое. Боль отличается стойкостью. Характерно образование ревматоидных узелков на разгибательной поверхности предплечья рядом с локтевым суставом, изменения со стороны сердца (ревмокардит).

В первые дни заболевания острым артритом рентгенологическое исследование малоинформативно, но иногда выявляется незначительное расширение суставной щели вследствие выпота экссудата. При дальнейшем развитии воспалительного процесса появляются вторичные деструктивные изменения: частичное сужение сустав-поп щели, участки деструкции и уплотнение кости головки мыщелкового отростка.

Одним из главных рентгенологических признаков всех видов артрита является околоуставной остеопороз, сопровождающийся равномерным уменьшением количества костных балок в единице объема кости и разрежением ее структуры.

Особенность острых артритов, возникающих у детей после родовой травмы, — это затрудненная их диагностика. Заболевание у грудных детей практически не диагностируется, поэтому не лечится. К сожалению, в дальнейшем оно завершается развитием анкилоза, что проявляется у ребенка постепенным сведением челюстей и трудностями при его кормлении. Именно с такой жалобой мать ребенка обращается к врачу. При травматическом артрите в области ВНЧС могут возникнуть гематомы, при надавливании на подбородок возникает боль в травмированном суставе.

Диагноз острого травматического или инфекционного артрита основывается на жалобах (боль в околоушной области с иррадиацией в ухо и затылок, невозможность нормального питания, болезненное открывание рта, скованность движений в суставе и нарушения общего состояния), данных объективного обследования (болезненный при пальпации отек мягких тканей околоушной области, ограниченное из-за боли открывание рта, смещение челюсти в сторону больного сустава при ее движениях), данных рентгенологического обследования (в начале заболевания — расширение суставной щели за счет выпота экссудата, а дальше — ее частичное сужение).

Диагноз ревматического артрита устанавливают, основываясь на таких признаках, как утренняя скованность сустава, боль в нем, отек мягких тканей вокруг сустава, поражение других суставов, наличие подкожных узелков в области костных утолщений, рыхлого муцинового сгустка при исследовании синовиальной жидкости, характерная рентгенологическая картина (краевые "узур" на боковых участках суставных поверхностей) и заключения педиатра о наличии у ребенка ревматизма.

Дифференциальную диагностику острых артритов ВНЧС проводят с острыми паротитами, острыми лимфаденитами и абсцессами околоушной области, острыми отитами.

Лечение. В зависимости от причины развития артрита лечение включает: ограничение движений нижней челюсти разными видами ортодонтических аппаратов и иммобилизирующими повязками, механически щадящую диету (жидкая пища), компрессы с 5 % раствором ДМСО на область ВНЧС, физиотерапевтические процедуры — фонофорез гидрокортизона, трилон Б, электрофорез ДМСО, калия йодида, лидазы; УВЧ, соллюкс, парафин, озокерит. Кроме того, назначают противовоспалительные нестероидные препараты: ацетилсалициловую кислоту, салицилат натрия, салициламид, бутадиион, индометацин, флюрена-мовую и мефенаминовую кислоты, бруфен, ибупрофен и их аналоги, диклофенак, вольтарен. При невозможности использования вышеперечисленных препаратов назначают производные салициловой кислоты.

При необходимости в схему лечения включают антибиотики, сульфаниламиды, антигистаминные препараты, витамины (группы В и С).

Хирургические методы лечения у больных острым артритом не применяют.

ХРОНИЧЕСКИЙ АРТРИТ

Хронический артрит (*arthritis articulationis temporomandibularis chronica*) развивается незаметно, на протяжении продолжительного времени, и выявляется чаще в пред- и пубертатный период (12-15 лет).

Первично-хронические артриты у детей наблюдаются редко.

Жалобы ребенка обычно лишь на утреннюю скованность и незначительную боль в ВНЧС, усиливающуюся при движениях челюсти, появление "хруста" при этом, головную боль, возможны обмороки, шум в ушах, снижение слуха, иногда СУХОСТЬ во рту или жжение в языке (что напоминает синдром Костена у взрослых). Появление "хруста" свидетельствует о переходе воспалительного процесса в дистрофический.

Клиника. Лицо симметричное. Пальпация сустава и козелка уха несколько болезненная. Бимануальная пальпация через наружный слуховой проход выявляет трение суставных поверхностей за счет их неровностей, что не следует путать с симптомом щёлканья в суставе при смещении мениска. При надавливании на подбородок и угол нижней челюсти боль в суставе усиливается. Периодически возникает обострение хронического процесса, тогда клиническая картина напоминает острый артрит. На рентгенограмме сустава определяется расширение суставной щели, если превалирует экссудативный элемент воспаления, или неравномерное сужение — при преобладании продуктивных процессов. *Диагноз* хронического артрита основывается на:

1) характерных жалобах ("хруст" при открывании рта, утренняя скованность и незначительная боль, усиливающаяся при еде, головная боль, обмороки, шум в ушах, снижение слуха, иногда — сухость во рту или жжение в языке, продолжительное течение заболевания);

2) данных объективного обследования: болезненной пальпации сустава и козелка уха, усиления боли при надавливании на подбородок;

3) рентгенологического обследования (неравномерное расширение или сужение суставной щели).

Дифференциальная диагностика хронических артритов ВНЧС проводится с острым артритом, синдромом болевой дисфункции сустава, невралгией тройничного нерва, деформирующим остеоартрозом.

Для болевой дисфункции ВНЧС характерны такие симптомы: односторонняя боль в области уха с иррадиацией в другие области головы, усиливающаяся днем, в особенности при еде, боль в жевательных мышцах и ограниченное открывание рта или смещение нижней челюсти при открывании рта в здоровую сторону. Клинических и рентгенологических изменений ВНЧС не наблюдается. Контролем правильности поставленного диагноза является тот факт, что после блокады двигательных ветвей тройничного нерва возле подвисочного гребня по методу Берше снимается мышечный спазм и улучшается подвижность нижней челюсти.

При невралгии тройничного нерва наблюдается приступообразная боль, чаще в области II и III ветвей. Обычно приступ возникает при раздражении триггерных зон в области крыльев носа, щек, подбородка, нижней и верхней губ. То есть прослеживается четкая взаимосвязь между возникновением боли и раздражением триггерных зон.

Лечение хронических артритов зависит от причины и возникших в ВНЧС изменений.

Так, при нарушении функциональной окклюзии сначала действия врача направлены на устранение факторов, являющихся причиной этих нарушений. Это:

1. Выборочное сошлифовывание бугров зубов, повышающих прикус.

2. Изготовление капп и пластин, аппаратов функционального и механического действия при снижении окклюзионной высоты.

3. Изготовление временных съемных протезов, рациональное протезирование.

Медикаментозное лечение при ревматоидном и ревматическом артрите предусматривает назначение нестероидных противовоспалительных препаратов, не влияющих на прогрессирование артрита, но предотвращающих процесс "разрушения" сустава.

Нестероидные противовоспалительные препараты делят на 3 группы:

—препараты, не влияющие на биосинтез гликозамингликанов (ГАГ) в хрящевой ткани (пироксикам, диклофенак, сулиндак);

—препараты, тормозящие биосинтез ГАГ (ацетилсалициловая кислота, индометацин, фенпродин);

—препараты, стимулирующие биосинтез ГАГ (парацетамол, сургам).

При травматическом артрите назначение этих препаратов не показано.

При болевом синдроме применяют ненаркотические анальгетики, а при усилении боли — наркотические: трамадол, пропоксифен с ацетаминофеном.

При выявлении хондродистрофического процесса в суставе эффективны хондропротекторы, улучшающие метаболизм в хрящевой ткани (траумель, дискус композитум и т.п.).

Местно в проекции сустава накладывают компрессы с димексидом и медицинской желчью или с мазями "Долгит", "Випраксол", "Вольтарен", "Кетопрофен", "Цель Т" и т.п.

При ухудшении движений в суставе и усилении боли внутрисуставно вводят лидазу или гидрокортизон, кеналог, депомедрол, артепарон (включается в метаболизм суставного хряща).

Широко применяют физпроцедуры — фонофорез гидрокортизона, электрофорез калия йодида, лазеротерапию, магнито- и интерференц-терапию, пайлер-лечение; парафиновые, озокеритовые или бишофитовые аппликации на область ВНЧС.

АРТРОЗ

Хронические артриты с заметным изменением формы сустава в середине XIX ст. были выделены как деформирующие. Позднее по предложению Р. Вирхова их назвали *arthritis deformans*, поскольку деформация суставов может быть конечным результатом разных процессов. Деформирующие артриты долгое время считались инфекционными, подагрическими и разного рода невоспалительными артритами.

В настоящее время деформирующий артроз (*artrosis*) воспринимают как первично-хроническое заболевание суставов дегенеративного генеза с первичной деформацией суставного хряща и последующими реактивно-дегенеративными процессами суставных поверхностей. У детей артрозы чаще являются продолжением длительно существующих неизлечимых артритов, и врачи имеют дело с артрозо-артрозами. Обычно патологический процесс у ребенка идет по пути деформирующего, когда в суставе поражаются не только хрящевые структуры суставных поверхностей, но и возникает деструкция костной ткани головки мышцелкового отростка, завершающаяся ее деформацией. Это заболевание имеет название деформирующего остеоартроза.

Формирующийся остеоартроз — это не что иное как хронический артрит-артроз, переходящий в деформирующий артроз (ДА), то есть различия между названными формами заболеваний нет. Термин "вторичный" имеет смысл тогда, когда заболевание начиналось как артрит-артроз, а потом возникла вторичная деформация головки мышцелкового отростка.

В зависимости от причины артрита, а также отрицательных факторов, которые возникли (изменение прикуса, удаление моляров, глубокий прикус) и стали мотивированной поддержкой дистрофических изменений в суставе, вторичная перестройка жевательных мышц вызывает создание комплекса анатомических и функциональных предпосылок для развития признаков вторичного хронического артроза.

Жалобы детей при деформирующем артрозе — на ограниченное открывание рта, ощущение неудобства при движении челюсти, незначительную асимметрию лица.

Клинические признаки артроза разделяют на суставные и внесуставные. Подавляющее большинство их являются суставными — это ограниченность движений, тугоподвижность и при этом быстрая утомляемость при еде. После продолжительной нагрузки и периода покоя (после сна, в начале еды) возникает "стартовая боль". Ребенок иногда даже отказывается от пищи, поскольку во время еды возникает неудобство в суставе.

Односторонняя нарастающая микрогения является внесуставным клиническим признаком, который хорошо определяется рентгенологически (рис. 3.26). Переход артрит-артроза или артроза в анкилоз обычно не наступает.

Рентгенологическим признаком ДА являются разные виды деформаций преимущественно мышцелкового отростка в дистальном, переднем и медиальном направлениях. Возникновение деформации обусловлено раздражением периоста и продуктивной фазой чрезмерного костеобразования в сторону наименьшего

сопротивления. Наблюдается сужение суставной щели, утолщение кортикального слоя суставной головки нижней челюсти. С течением времени суставная ямка и головка уплощаются, суставной бугорок уменьшается, а шейка мышелкового отростка укорачивается и утолщается (рис. 3.27, 3.28).

Дифференциальная диагностика хронического артрита-артроза проводится с хроническими артритами, фиброзными и костными анкилозами, опухолями мышелкового отростка, которые у детей наблюдаются в единичных случаях.

Лечение. При хроническом артрите-артрозе в начальной стадии (отсутствие значительного нарушения функции сустава и выраженной деформации мышелкового отростка) в лечении преимущество отдают физпроцедурам и введению в сустав предотвращающих рубцевание и тормозящих деформацию суставной головки препаратов (лидаза, кеналог).

У детей пубертатного возраста используют сошлифовывание деформированных участков суставной головки с помощью артроскопа. Это направление в лечении хронических артритов-артрозов является перспективным.



Рис. 3.26. Ортопантомограмма ребенка с двусторонним вторичным деформирующим артрозом ВНЧС



Рис. 3.27. Ортопантомограмма больного с деформирующим артрозом правого ВНЧС



Рис. 3.28. Ортопантомограмма больного с деформирующим артрозом правого ВНЧС и односторонней микрогенией после артропластики

При наличии у ребенка старшего возраста всех признаков выраженной деформации мышелкового и венечного отростков, полулунной вырезки с резким нарушением функции

сустава для лечения используют хирургические методы, суть которых состоит в остеотомии (см. рис. 3.28) или сошлифовывании деформированных участков суставной головки.

БОЛЕВАЯ ДИСФУНКЦИЯ

У детей болевая дисфункция (БД) височно-нижнечелюстного сустава наблюдается очень редко, в основном в возрасте 14 лет и старше.

При прикусывании губы, языка, сжимании челюстей (бруксизм), изменении прикуса, деформации зубных рядов, травмах лица, нераспознанных переломах и in неправильно репонированных фрагментах нижней челюсти после переломов разных ее отделов, скуловой кости создаются благоприятные условия для нефизиологического напряжения жевательных мышц и элементов ВНЧС, способствующие развитию БД.

Жалобы — на постоянную, тупую, ноющую головную боль и боль в области ВНЧС, усиливающуюся при эмоциональном напряжении, движении нижней челюсти с возможной иррадиацией в теменную область и затылок, боковую часть шеи, руку, глотку; на щёлканье в области сустава, снижение слуха или "заложенность" в ухе, слезотечение, светобоязнь, подергивание мышц под глазом, скрежетание зубов во сне, сведение челюстей после сна и скованность жевательных мышц, жжение во рту.

Клиника. Асимметрия лица за счет сужения глазной щели и поднятого угла рта на стороне поражения. При пальпации определяются болезненные и спазмированные жевательные, височные, крыловидные, грудино-ключично-сосцевидная мышцы и задние шейные, щёлканье и хруст в области ВНЧС. Открывание рта может быть ограниченным, нижняя челюсть смещается в больную сторону, делая S-образное движение; нельзя определить состояние физиологического покоя. Во рту: отложение зубного камня на зубах, стертость эмали, нарушение прикуса (перекрестный, снижение его высоты, феномен Годона-Попова).

Дифференциальную диагностику обычно проводят с острыми и хроническими артритам, невралгией тройничного нерва.

Лечение. Поскольку БД — это симптомокомплекс и причиной его возникновения являются различные факторы, то для хирурга-стоматолога важно определить эти причины, после чего назначается патогенетическое лечение.

АНКИЛОЗ

Анкилоз (*Ankylosis articulationis temporomandibularis*) — это полное или частичное ограничение подвижности нижней челюсти, обусловленное изменениями в суставе, в отличие от контрактуры. Последняя также характеризуется полной или частичной неподвижностью сустава, развивающейся вследствие любых внесуставных причин (воспалительные процессы, травмы, опухоли). Различают анкилозы фиброзные и костные, последние у детей составляют 95%.

Этиология. По данным Украинского центра лечения детей с заболеваниями челюстно-лицевой области, причиной анкилоза в 50% случаев является гнойный отит, в 30% — травма суставного отростка и суставной ямки при падении, удары в область подбородка и травмы при родах; в 20% — поражение суставного отростка остеомиелитом (в том числе гематогенным). Несостоятельность барьерных тканевых реакций и особенности иммунологического статуса новорожденных и Детей раннего возраста создают условия для накопления инфекции и развития патологического очага избирательно в зонах лучшего кровоснабжения. Такой зоной активного роста, а значит и хорошего кровоснабжения, является мышечковый отросток.

У младших детей существует большая вероятность развития костного анкилоза, что связано с анатомическим строением ВНЧС. Приобретенный фиброзный анкилоз чаще наблюдается в подростковом и старшем возрасте.

Односторонний анкилоз

Жалобы детей или их родителей — на изменение конфигурации лица, иногда — хранение во сне, резко ограниченное открывание рта и невозможность нормального употребления пищи. Поскольку родители видят своего ребенка каждый день, они, к сожалению, поздно замечают ограниченное открывание рта и основная жалоба их — на невозможность кормления ребенка с помощью ложки. В анамнезе — травма, перенесенная при родах или в старшем возрасте, отит или паротит, инфекционные заболевания.

Клиника. При обследовании наблюдается асимметрия лица за счет уменьшения размеров одной половины челюсти. Со стороны пораженного сустава мягкие ткани щеки пухлые, тогда как на здоровой стороне они выглядят плоскими (рис. 3.29). Это обусловлено тем, что один и тот же объем мягких тканей распределяется на разных плоскостях (площадь пораженной стороны меньшая, чем здоровой, за счет уменьшения высоты ветви и размеров тела нижней челюсти). Такое несоответствие иногда приводит к диагностическим ошибкам. Описаны случаи, когда хирург начинал оперировать здоровый сустав. Средняя линия подбородка и резцовая на нижней челюсти всегда смещены в сторону больного сустава (рис. 3.30).

При бимануальной пальпации ВНЧС движения суставной головки в больном суставе отсутствуют или минимальные. Первые симптомы заболевания сустава у детей (ограниченное открывание рта, асимметрия лица за счет недоразвития нижней челюсти, смещение подбородка в сторону больного сустава) могут возникать уже в возрасте 1-1,5 года и постепенно прогрессировать (рис. 3.31-3.33).

В области угла нижней челюсти с пораженной стороны возникает костный вырост - "шпора". Она развивается как компенсация роста челюсти книзу, так как кверху он невозможен. "Шпора" определяется и на рентгенограмме (рис. 3.34).

Вследствие укорочения ветви, а иногда и тела нижней челюсти деформируются и зубные дуги. Резцы и клыки нижней челюсти наклоняются вперед и веерообразно расходятся, касаясь своими краями небной поверхности зубов верхней челюсти. Последние также наклоняются вперед и веерообразно расходятся вследствие постоянного давления языка в уменьшенном пространстве полости рта. Невозможность нормального приема и разжевывания пищи, ухода за зубами приводит к развитию гингивита, отложению зубного камня, повышенному поражению зубов кариесом. Результатом неподвижности нижней челюсти и малых ее размеров является нарушение внешнего дыхания, симптомы которого прослеживаются уже на ранней стадии заболевания. Во время сна происходит ослабление мышц языка и мягкого неба. При этом корень языка давит на надгортанник, что вызывает нарушение дыхания, сопровождающееся храпом и пробуждением. Такие изменения создают условия для развития гипоксии в организме и требуют привлечения к акту дыхания дополнительных межреберных мышц. В свою очередь, это служит причиной деформации грудной клетки, поскольку молодые кости ее испытывают постоянное отрицательное давление мышц.



Рис. 3.29. Вид лица ребенка с правосторонним костным анкилозом ВНЧС

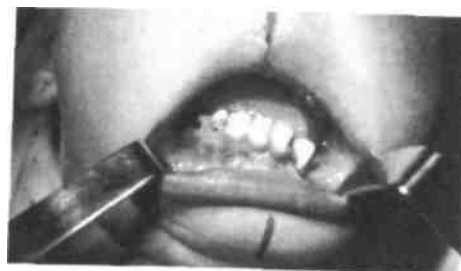


Рис. 3.30. Смещение срединной линии подбородка в сторону больного сустава у ребенка с левосторонним анкилозом ВНЧС



Рис. 3.31. Попытка ребенка с анкилозом ВНЧС открыть рот с помощью пальцев (до операции)



Рис. 3.32. Открывание рта у того же ребенка после двусторонней артропластики



Рис. 3.33. Открывание рта у ребенка с анкилозом ВНЧС и микрогенией (до операции)



Рис. 3.34. Обзорная рентгенограмма нижней челюсти ребенка с правосторонним анкилозом ВНЧС ("шпора" в области угла)

Кроме того, нарушаются функции питания и речи. Такие дети выглядят слабыми, изможденными, раздраженными, имеют нездоровый цвет лица.

На рентгенограмме (лучше сделать ортопантограмму для сравнения изменений в обоих суставах) за счет сращения деформированных суставных поверхностей на стороне поражения сустава щель отсутствует, высота ветви челюсти снижена, ветвь более широкая, чем на здоровой стороне. В области угла обычно выявляется "шпора". Венечный отросток увеличен по высоте и имеет вид шила.

Диагноз основывается на таких ведущих признаках, как:

- 1) невозможность открывания рта (резкое ограничение движений нижней челюсти);
- 2) деформация мягких тканей в области нижней челюсти с одной стороны;
- 3) смещение средней линии подбородка и резцовой в сторону больного сустава;
- 4) на рентгенограмме — отсутствие суставной щели, наличие "шпоры" в области угла челюсти со стороны поражения.

Дифференциальная диагностика одностороннего анкилоза проводится с контрактурами, вторичным деформирующим артрозом.

Двусторонний анкилоз

Двусторонний анкилоз чаще является результатом септического заболевания или родовой травмы вследствие неудачного наложения щипцов на голову ребенка при родах.

Жалобы родителей — на наличие у ребенка деформации нижней трети лица, невозможность открывания рта, затрудненное питание, нарушение дыхания и храпение во сне.

Клиника. Лицо ребенка имеет вид птичьего (вследствие резкого недоразвития фронтального отдела его нижней трети; рис. 3.35-3.37). Прикус открытый, дистальный. Пальпаторно подвижность головок ВНЧС не определяется. Открывание рта резко ограниченное (до щелевидного). При осмотре ротовой полости — множественный кариес, воспаление слизистой оболочки десен, веерообразное расположение зубов верхней и нижней челюстей (рис. 3.38). Рентгенологически при двустороннем костном анкилозе патогномичным признаком является частичное или полное отсутствие суставной щели, наличие костной ткани, объединяющей в один конгломерат мыщелковый отросток и височную кость. Размеры ветвей и тела нижней челюсти уменьшены, определяются костные выросты в виде "шпор" в области обоих углов, венечные отростки увеличены.

Общие изменения в организме те же, что и при одностороннем анкилозе ВНЧС, но более выражены.

Нередко вследствие перенесенного септического состояния у ребенка может развиться анкилоз в других суставах, чаще в тазобедренном. Диагноз двустороннего анкилоза ставят на основании вышеописанных жалоб и симптомов.

Дифференциальная диагностика двусторонних анкилозов должна проводиться с вторичными деформирующими артрозами, контрактурами различного генеза.

Лечение костных анкилозов ВНЧС только хирургическое. Оперативное вмешательство проводят под общим обезболиванием, чаще используют внутривенный способ, что обусловлено ограниченностью открывания рта и невозможностью провести интубацию. В некоторых случаях предварительно накладывают нижнюю трахеостому с дальнейшей интубацией через нее (рис. 3.39).



Рис. 3.35. Симптом птичьего лица у ребенка с двусторонним костным анкилозом ВНЧС (профиль)



Рис. 3.36. Тот же ребенок (фас)



Рис. 3.37. Ребенок с двусторонним анкилозом ВНЧС (симптом птичьего лица)



Рис. 3.38. Веерообразное расположение резцов и клыков у ребенка с двусторонним анкилозом ВНЧС

Принципиальные положения хирургического лечения анкилозов ВНЧС:

1) проводится сразу после установления диагноза, то есть не ждут, пока ребенок подрастет; у детей необходимо как можно раньше восстановить функцию сустава;

2) соматическое развитие ребенка зависит от нормального питания, поэтому сначала ребенку надо обеспечить условия для этого, то есть открыть рот;

3) единственным способом открытия рта является артропластика, суть которой состоит в проведении остеотомии. Последняя должна быть выполнена:

а) по возможности выше (ближе к бывшему суставу);

б) остеотомированные фрагменты должны быть разведены аппаратом (рис. 3.40) или изолированы один от другого биологически совместимыми материалами — твердой мозговой оболочкой, белочной оболочкой семенника быка (рис. 3.41) до того времени, пока не сомкнутся кортикальные пластинки обоих то-мированных фрагментов челюсти, что происходит через 1-1,5 мес после вмешательства;



Рис. 3.39. Ребенок с двусторонним анкилозом ВНЧС перед основной операцией (для проведения наркоза наложена трахеостома)



Рис. 3.40. Открывание рта у ребенка с анкилозом ВНЧС после артропластики (остеотомированные поверхности разведены аппаратом Ю.Д. Гершуни)



Рис. 3.41. Изолирование одной из остеотомированных поверхностей ветви нижней челюсти консервированной белочной оболочкой семенника быка у ребенка с анкилозом ВНЧС



Рис. 3.42. Ребенок с пластмассовой прокладкой между молярами челюстей после правосторонней артропластики для проведения пассивной механотерапии в ранний послеоперационный период

4) решение вопроса об одноэтапной ликвидации анкилоза и микрогении зависит от возраста ребенка и соматического его состояния.

В историческом плане все методы хирургического лечения анкилозов разделяют на 3 группы:

1. Вмешательства, цель которых — восстановление движений нижней челюсти путем формирования "ложного" сустава в области пораженной ветви (разные виды высоких остеотомии или пересадка плюснефалангового сустава). Еще Клапп предлагал резекцию части ветви нижней челюсти с последующей свободной пересадкой четвертой плюсневой кости (metatarsale IV). Однако автор в дальнейшем отказался от этой операции в связи с такими недостатками, как:

- дополнительная травма, связанная со взятием трансплантата;
- возможное нарушение дальнейшего роста донорской кости;
- ослабление опорно-двигательной функции стопы;

— с течением времени-развитие деструктивных изменений пересаженных хрящевых и костных элементов сустава;

— пересаженный метатарзальный трансплантат не имеет достаточной потенции роста;

— расхождение функций плюснефалангового сустава и ВНЧС.

2. Методики, которые вместе с восстановлением движений нижней челюсти ликвидируют и одностороннюю микрогению.

3. Методики, которые на первом этапе удлиняют тело нижней челюсти, а потом восстанавливают его подвижность. Они неприемлемы для детей, поскольку не отвечают главному правилу хирургии: сначала — восстановление функции (тем более такой), а потом — все остальное. Для ребенка, не имеющего возможности питаться, главное — открыть рот и восстановить подвижность нижней челюсти, а соответственно и нормальное питание.

В последние годы для устранения микрогении используют методику дистракционного остеосинтеза (удлинение челюсти), что основывается на принципе Г. Елизарова. По этой методике проводят остеотомию ветви челюсти с последующим ее растягиванием до 1,5-2 см с помощью аппарата, который накладывается экстра- или интраорально. В дальнейшем ребенку нужен ретенционный аппарат на протяжении 1,5 года.

Больным после артропластики ВНЧС требуется назначение медикаментозной терапии (остеотропные антибиотики, ненаркотические анальгетики, витамины, иммуностимуляторы), механотерапии (активной и пассивной; рис. 3.42), массажа. Последние назначения должны выполняться как в ранний, так и в поздний послеоперационный период (на протяжении 2-3 мес).

Осложнения. Они могут возникать перед операцией, во время ее и в послеоперационный период.

Невозможность нормального обследования ребенка и нарушение общесоматического состояния могут задержать сроки вмешательства.

При проведении наркоза могут возникать затруднения для анестезиолога, а именно - невозможность интубации через нос и рот, что обусловлено патологическим развитием дыхательных путей и невозможностью открыть рот.

На этапе выполнения остеотомии мышечкового отростка частым осложнением является повреждение верхнечелюстной артерии, расположенной возле внутренней поверхности головки мышечкового отростка нижней челюсти.

После операции у ребенка может возникать рвота как осложнение после наркоза, поэтому следует избегать положения на спине, поскольку есть угроза аспирационной асфиксии.

Если в послеоперационный период не выполняется активная и пассивная механотерапия, операция может утратить смысл, так как за счет сращения остеотомированных раневых поверхностей возникает рецидив заболевания.

Лечение больных с анкилозами в послеоперационный период должно проводиться хирургом и ортодонтом, усилия которого направлены на устранение:

— веерообразного расположения зубов;

— смещения центральной линии нижней челюсти в сторону больного сустава;

— патологического прикуса;

— микрогении и т.п.

Клиническое занятие №3

Мавзу: Заболевания ВНЧС у детей. Классификация, этиология, диагностика. Хирургические способы лечения.

Технологические модели по образованию

Время занятия: 3 ч.	Количество студентов 8-10
Вид занятия:	Клиник занятие
План:	1. Анатомия ВНЧС. Особенности строения ВНЧС у детей. 2. Заболевания ВНЧС у детей. Этиология, клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика. Способы хирургического лечения. 3. Оказание помощи при анатомо-функциональных расстройствах.
Задача учебного занятия:	Научиться поставить диагноз детям с заболеваниями ВНЧС. Научиться собирать анамнез от родителей ребенка, обследовать анатомо-функциональные расстройства и оказать первичную помощь. Научиться писать историю болезни, выбрать оптимального срока и метода операции в зависимости от возраста ребенка. Научиться особенностям послеоперационного ухода за ребенком и обработки за раной. Дать совет родителям по уходу ребенка.
Методы обучения:	Клиническое обследование, сбор анамнеза, писать историю болезни, беседа.
Вид занятия:	Массово-коллективный, персональный
Наглядные пособия по теме:	Стоматологическое кресло, стоматологическое зеркало, пинцет, шпатель, лоток, столик врача, спирт, фурацилин, марлиевые шарики, стерильные перчатки
Обстановка для проведения занятия:	Клинически оборудованный симуляционный кабинет, клинический кабинет
Мониторинг и критерии оценок:	Клинический анализ, оценка, устный контроль, вопрос-ответ

Практическое занятие №4

Тема: Новообразования зубочелюстной системы у детей. Классификация. Общие принципы диагностики и лечения. Онкологическая настороженность. Доброкачественные опухоли органов полости рта (папиллома, фиброма, липома, рабдомиома, миобластома). Опухолеподобные образования мягких тканей лица и органов полости рта (папиломатоз, фиброматоз десен).

Технологические модели по образованию

Время занятия: 2 ч.	Количество студентов: 8-10
Вид занятия	Введение новостей по практике
План	Ознакомление с темой.
Задача учебного занятия	Изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику и лечение детей и подростков с новообразованиями зубочелюстной системы.
Методы обучения	Беседа, наглядные пособия по практике
Вид занятия	общий-коллективный
Наглядные пособия по теме	Учебное пособие, практический материал, проектор, компьютер
Обстановка для проведения занятия	Методическая оборудованная аудитория
Мониторинг и критерии оценок	Устный опрос

Технологическая карта практического занятия

Этапы работы	Преподаватель	Студент
1. Этапы подготовки	1. Цель занятия 2. Подготовка слайдов по теме 3. Литература по теме: 1. Колесов А.А. – Стоматология детского возраста. М., 1991г. 463 с. 2. Персин Л.С. - Стоматология детского возраста 2003г. 3. Харьков Л.В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста Год издания: 2005г.	Записывают тему и слушают
2. Основной этап	1. Разделение студентов на 2 маленькие подгруппы, задает вопросы по теме; 2. Использование слайдов и мультимедий; 3. проводит лечебные работы; 4. Объединяет все сведения по заданной теме, активно участвующих студентов поощряет и обще оценивает.	Разделяют на маленькие группы, смотрят, участвуют, слушают. Студент высказывает свое мнение дополняет и задает вопросы
3. Заключительный этап	1. Заключение. 2. Самостоятельная работа. 3. Домашнее задание.	Слушают Записывают заключение

Интерактивный метод

Использование метода «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области у детей.
2. Топографическая анатомия лица и шеи.

3. Общая клиническая и гистологическая характеристика доброкачественных опухолей мягких тканей.
4. Методы лучевой диагностики в челюстно-лицевой области.
5. Опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области у взрослых и методы их лечения.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Классификация доброкачественных опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области у детей.
2. Опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области эктодермальной природы (папиллома, невус, эпителиома, атерома и др.). Клиника, диагностика и лечение.
3. Опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области мезодермальной природы (фиброма, миома, липома, фиброматоз десен, нейрофиброма и др.). Клиника, диагностика и лечение.
4. Сосудистые опухоли челюстно-лицевой области у детей. Гемангиомы. Классификация, клиника, диагностика и лечение гемангиом лица у детей в зависимости от нозологии.
5. Лимфангиомы челюстно-лицевой области и шеи у детей. Классификация, клиника, диагностика и лечение.
6. Диспансеризация детей с доброкачественными опухолями мягких тканей челюстно-лицевой области.

Текст практического занятия

Челюстно-лицевая область — настоящее Эльдorado для развития опухолей, так как в формировании её тканей принимают участие все три зародышевых листка.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОПУХОЛЯХ

Опухоль характеризуется патологическим разрастанием клеток, в которых не контролируется митоз и развиваются явления биологического атипизма. Патологические признаки опухолевого роста:

- атипизм размножения — характеризуется митозом, который не регулируется, потерей верхнего лимита его;
- атипизм метаболический и энергетический (синтез онкобелков, изменение способа образования энергии);
- атипизм физико-химический (увеличение в опухолевых клетках воды и уменьшение ионов Ca^{++} ; увеличение воды облегчает диффузию необходимых для метаболизма субстратов, а снижение кальция уменьшает межклеточную адгезию);
- атипизм антигенный (упрощение антигенного состава);
- атипизм морфологический (тканевой и клеточный);
- атипизм функциональный.

Полость рта в связи с участием в формировании ее тканей всех трех зародышевых листков и мезенхимы является питательной средой для опухолей. Именно поэтому они чрезвычайно разнообразны.

Следует отметить, что клиницисты очень часто окончательный диагноз формируют только на основании заключения патоморфолога. Вместе с тем микроскопическое строение не всегда определяет будущее биологическое "поведение" опухоли. Например, некоторые морфологические признаки злокачественной опухоли не являются строго специфическими и могут определяться при воспалительных, диспластических, дистрофических и других процессах в ходе функциональной перестройки органа или его части. Этот тезис прежде всего касается тканей организма ребенка, где процессы перестройки и развития проходят постоянно, непрерывно.

Отсутствие четкой корреляции между клиническим течением и микроскопическим строением опухоли, невозможность достоверно определить границу между доброкачественной и злокачественной опухолями обусловили выделение группы так называемых промежуточных, или полузлокачественных, опухолей.

При систематизации опухолей челюстно-лицевой области у детей по гистологическому принципу также возникают трудности, поскольку существуют группы противоречивого генеза.

Поэтому М.Ф. Глазунов, М.О. Краевский, И.В. Давыдовский, О.И. Пачес считают, что классифицировать опухоли, основываясь на каком-то одном признаке, невозможно. Целесообразнее делить их по такому принципу: доброкачественные — злокачественные (последние будут рассмотрены в отдельном разделе); эпителиальные — соединительнотканые; органоспецифические — неорганоспецифические; истинные — опухолеподобные образования; врожденные — приобретенные. Можно также делить их по месту расположения, то есть по анатомо-топографическим признакам.

Приводим классификацию опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области у детей, которая чаще всего используется в клинической практике (табл. 3.1).

Любое деление опухолей важно прежде всего потому, что в зависимости от этого будет применяться разное лечение. Ярким примером данного положения является отличие в лечении доброкачественных и злокачественных опухолей

Важнейшей и характернейшей группой опухолей, которые развиваются у детей, являются врожденные, то есть те, с которыми ребенок появляется на свет, или те, которые проявляются в первые месяцы и годы жизни.

Быстрый рост таких опухолей приводит к значительному увеличению их размеров, из-за давления опухолевой ткани происходит атрофия или деформация близлежащих тканей, отрицательно влияющая на рост и развитие последних (рис. 104). Локализация опухолей в области жизненно важных органов может значительно затруднять дыхание, глотание, жевание, открывание рта и другие функции, что может привести к нежелательным последствиям (рис. 105, 106).

К **врожденным опухолям** относятся прежде всего сосудистые (гемангиомы, лимфангиомы) и опухоли дизонтогенетического происхождения, которые возникают вследствие нарушения генетических программ внутриклеточного деления.

Ткань	Истинные опухоли		Опухолоподобные новообразования
	Доброкачественные	Злокачественные	
Соединительная: - фиброзная - жировая - мышечная - кровеносные сосуды - лимфатические сосуды - периферическая нервная ткань	Фиброма (мягкая, твердая). Кожный рог. Миксома	Фибросаркома	Фиброматоз десен. Банальный эпюлид. Тератома
	Липома	Липосаркома	Липоматоз
	Лейомиома Рабдомиома	Лейосаркома Рабдомиосаркома	
	Гемангиома	Ангиосаркома Эндотелиома	Системная ангиопатия Рандлю-Ослера-Вебера, болезнь Стреджа-Вебера и др.
	Лимфангиома	Злокачественная лимфосаркома	
	Нейрофиброма Нейролейома	Злокачественная невринома (шваннома)	Нейрофиброматоз Невусы
Эпителиальная: <i>слизистая оболочка</i>	-	Рак	Папиллома

Таблица 3.1. Классификация опухолей мягких тканей у детей

Папиллома (*Papilloma*; от лат. *papilla* — сосок) — доброкачественное опухолевидное образование, развивается из многослойного эпителия. Чаще наблюдается у девочек 7-12 лет.

Жалобы — на наличие медленно растущей безболезненной опухоли на ножке. *Клиника.* Локализуется папиллома на слизистой оболочке щек, альвеолярного отростка, редко — на нижней и верхней губе, языке (рис. 3.43), иногда — в области угла рта, твердого и мягкого нёба. Опухоль чаще имеет узкую ножку, округлую форму. Слизистая оболочка над папилломой не изменена в цвете, но имеет шершавую поверхность, эпителий над ней ороговевает. Консистенция опухоли мягкоэластическая.

Дифференцируют папиллому с фибромой, нейрофибромой, ретенционной кистой малых слюнных желез, при локализации на альвеолярном отростке - с гингивальной кистой ("железы Серра").

Лечение состоит в удалении новообразования вместе с ножкой под инфильтрационной анестезией - у старших детей или под наркозом - у детей младшего возраста.

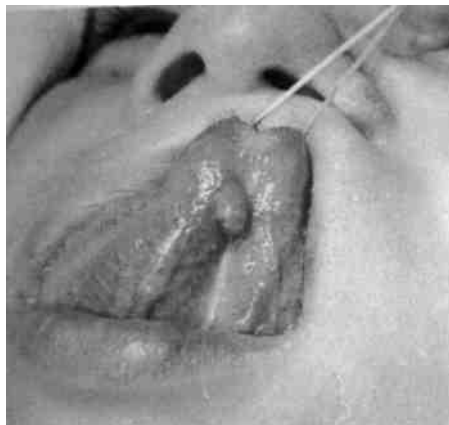


Рис. 3.43. Папиллома нижней поверхности языка

Фиброма (*fibroma*; от лат. *fibra* — волокно) — это опухоль из зрелой фиброзной соединительной ткани. Локализуется преимущественно во рту — на языке, (рис. 3.44), альвеолярном отростке. Наблюдается у детей 7-15 лет, довольно редко — в грудном возрасте (так называемые врожденные фибромы; рис. 3.45).

Жалобы ребенка или его родителей — на наличие безболезненной, медленно растущей опухоли в полости рта.

Клиника. Опухоль чаще расположена на альвеолярном отростке, имеет плотную консистенцию, округлую форму, широкое основание, ограниченная от окружающих тканей. Растет очень медленно. Эпителий слизистой оболочки над опухолью не ороговевает, поэтому поверхность ее гладкая и розовая, в отличие от папилломы. Фиброма безболезненная, смещается вместе со слизистой оболочкой. У грудных детей при расположении на альвеолярном отростке фиброму дифференцируют от миобластомы.

Лечение — хирургическое удаление опухоли в пределах здоровых тканей под местным или общим обезболиванием.



Рис. 3.44. Фиброма кончика языка



Рис. 3.45. Врожденная фиброма нижней челюсти

Липома - доброкачественная опухоль из зрелой жировой ткани. Локализуется там, где имеется жировая ткань: в подкожной клетчатке или в подслизистом слое. Образование мягкое, безболезненное, с четкими границами. Растет опухоль медленно. Лечение липом хирургическое - удаление образования вместе с капсулой с последующим гистологическим исследованием.

Рабдомиома (*rhabdomyoma*; син.: миобластомиома, опухоль Абрикосова, зернистоклеточная рабдомиома). В ротовой полости рабдомиома локализуется преимущественно на корне и спинке языка, мышцах глотки и мягкого нёба; у новорожденных наблюдается на альвеолярном отростке. У детей встречается чаще в младшем возрасте.

Жалобы родителей — на наличие у ребенка медленно растущего безболезненного новообразования.

Клиника. Рабдомиома имеет плотную консистенцию, отграниченная от окружающих тканей, нередко инкапсулирована, небольших размеров, безболезненная.

Дифференцировать рабдомиому следует с фибромой, липомой, лимфангиомой.

Лечение — хирургическое удаление опухоли в границах здоровой ткани, которое выполняется только в условиях челюстно-лицевого стационара под общим обезболиванием с предварительным прошиванием языка для гемостаза при локализации опухоли в нем. Срез опухоли розово-желтого или желто-серого цвета, имеет однородную или дольчатую волокнистую структуру.

Миома - из миобластов (миобластомиома) или опухоль Абрикосова - доброкачественная дизонтогенетическая опухоль из незрелой мышечной ткани (миобластов). Нередко встречается у новорожденных и грудных детей и локализуется на языке, альвеолярном отростке и др. Опухоль вишневого цвета имеет округлую форму, плотная, безболезненная при пальпации, в некоторых случаях на тонкой ножке.

Лечение - хирургическое, т.е. раннее иссечение опухоли в пределах здоровых тканей вне зависимости от возраста ребенка. Может рецидивировать.

На слизистой оболочке полости рта нередко встречаются множественные папилломатозные разрастания - **папилломатоз**. Они могут возникать в результате хронической травмы, хронического воспаления, а могут быть и истинными опухолями. Хроническая травма чаще всего обусловлена зубопротезированием или длительным ортодонтическим лечением, курением и т.п. Папилломатозы опухолевой природы встречаются реже и локализуются чаще всего на щеках. В ряде случаев папилломатоз может вызываться вирусами, что подтверждается наличием вульгарных бородавок на коже.

Лечение папилломатоза зависит от причин его возникновения. Иногда достаточно устранить травмирующие факторы. В некоторых случаях применяют криодеструкцию. Возможно применение и противовирусных мазей (5% теброфеновая) в течение 30-40 дней с последующим удалением или криодиструкцией оставшихся папиллом.

Фиброматоз — это также доброкачественное новообразование, источником роста которого является соединительная ткань. Относится к генетически обусловленной

патологии. Отличается медленным ростом, возникновением плотных безболезненных бугристых разрастаний, располагающихся по альвеолярному отростку.

Фиброматоз десен — редкое заболевание, проявляющееся диффузными фиброматозными разрастаниями плотной консистенции, захватывающими весь или частично альвеолярный отросток верхней или нижней челюсти, а иногда обеих челюстей. Фиброматоз десен некоторые авторы относят к хроническим воспалительным процессам, другие считают его истинным новообразованием, указывают на его семейно-наследственный характер. Причинами гиперплазии десен могут быть прием медикаментов, эндокринные нарушения. У детей фиброматоз десен встречается в возрасте 7—12 и 12—16 лет, как правило, у девочек. Клинически различают две формы: локальную, когда поражение отмечается на уровне нескольких зубов, и диффузную, когда разрастания захватывают всю часть альвеолярного отростка верхней и нижней челюстей. Процесс локализуется в десневых сосочках и распространяется на альвеолярный отросток. Коронки зубов могут быть скрыты разрастаниями вплоть до их режущего края. При пальпации фиброматозные разрастания плотные, неподвижные, безболезненные. Рентгенологически могут обнаруживаться деструктивные изменения альвеолярного отростка. Гистологически определяются коллагеновые волокна с единичными клеточными структурами. Диагностика фиброматоза не представляет трудностей, но иногда его необходимо дифференцировать от гиперпластического гингивита.

Лечение хирургическое — иссечение разрастаний вместе с надкостницей (во избежание рецидива). Кость закрывают йодоформным тампоном. При локальной форме разрастания иссекают одномоментно, при диффузной — в несколько этапов. При деструкции костной ткани требуются обработка очагов поражения фрезой и коагуляция.

Клиническое занятие №4

Мавзу: Новообразования зубочелюстной системы у детей. Классификация. Общие принципы диагностики и лечения. Онкологическая настороженность. Доброкачественные опухоли органов полости рта (папиллома, фиброма, липома, рабдомиома, миобластома). Опухолоподобные образования мягких тканей лица и органов полости рта (папиломатоз, фиброматоз десен).

Технологические модели по образованию

Время занятия: 2 ч.	Количество студентов 8-10
Вид занятия:	Клиник занятие
План:	1. Классификация новообразований зубочелюстной системы у детей. 2. Общие принципы диагностики и лечения. 3. Онкологическая настороженность. 4. Доброкачественные опухоли органов полости рта (папиллома, фиброма, липома, рабдомиома, миобластома). 5. Опухолоподобные образования мягких тканей лица и органов полости рта (папиломатоз, фиброматоз десен).
Задача учебного занятия:	Научиться поставить диагноз детям с новообразованиями зубочелюстной системы. Научиться собирать анамнез от родителей ребенка, обследовать анатомо-функциональные расстройства и оказать первичную помощь. Научиться писать историю болезни, выбрать оптимального срока и метода операции в зависимости от возраста ребенка. Научиться особенностям послеоперационного ухода за ребенком и обработки за раной. Дать совет родителям по уходу ребенка.
Методы обучения:	Клиническое обследование, сбор анамнеза, писать историю болезни, беседа.
Вид занятия:	Массово-коллективный, персональный
Наглядные	Стоматологическое кресло, стоматологическое зеркало, пинцет, шпатель,

пособия по теме:	лоток, столик врача, спирт, фурацилин, марлиевые шарики, стерильные перчатки
Обстановка для проведения занятия:	Клинически оборудованный симуляционный кабинет, клинический кабинет
Мониторинг и критерии оценок:	Клинический анализ, оценка, устный контроль, вопрос-ответ

Практическое занятие №5

Тема: Пиогенная гранулема, гигантоклеточный эпulis, дермоидная киста.
Доброкачественные опухоли мягких тканей лица. Гемангиома, лимфогиома.

Технологические модели по образованию

Время занятия: 3 ч.	Количество студентов: 8-10
Вид занятия	Введение новостей по практике
План	Ознакомление с темой
Задача учебного занятия	Изучить заболевания: пиогенная гранулема, гигантоклеточный эпulis, дермоидная киста. Доброкачественные опухоли мягких тканей лица, гемангиома, лимфогиома.
Методы обучения	Беседа, наглядные пособия по практике
Вид занятия	общий-коллективный
Наглядные пособия по теме	Учебное пособие, практический материал, проектор, компьютер
Обстановка для проведения занятия	Методическая оборудованная аудитория
Мониторинг и критерии оценок	Устный опрос

Технологическая карта практического занятия

Этапы работы	Преподаватель	Студент
1. Этапы подготовки	1. Цель занятия 2. Подготовка слайдов по теме 3. Литература по теме: 1. Колесов А.А. – Стоматология детского возраста. М., 1991г. 463 с. 2. Персин Л.С. - Стоматология детского возраста 2003г. 3. Харьков Л.В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста Год издания: 2005г.	Записывают тему и слушают
2. Основной этап	1. Разделение студентов на 2 маленькие подгруппы, задает вопросы по теме; 2. Использование слайдов и мультимедий; 3. проводит лечебные работы; 4. Объединяет все сведения по заданной теме, активно участвующих студентов поощряет и обще оценивает.	Разделяют на маленькие группы, смотрят, участвуют, слушают. Студент высказывает свое мнение дополняет и задает вопросы
3. Заключительный этап	1. Заключение. 2. Самостоятельная работа. 3. Домашнее задание.	Слушают Записывают заключение

Интерактивный метод:

Использование метода «ТУР ПО ГАЛЕРЕЕ»

Для работы необходимо:

1. набор вопросов и ситуационных задач, распечатанных на отдельных листах.
2. чистые листы бумаги.
3. ручки с цветными стержнями (синяя, красная, черная).
4. номерки для жеребьевки, по числу студентов в группе.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Клиническая картина пиогенной гранулемы.
2. Лечение гигантоклеточного эпулиса.
3. Этиология дермоидная кисты. Цистэктомия.
4. Виды гемангиом ЧЛЮ. Методы их лечения.
5. Виды и клиническая картина лимфангиом ЧЛЮ. Методы лечения.

Текст практического занятия

Пиогенная гранулема, или опухоль Понсе-Доре. Синонимы: ботриомикома, гиерпластическая гемангиома, гранулема телеангиэктатическая.

Жалобы родителей или ребенка на наличие безболезненного новообразования (рис. 3.46.), которое появилось после травмы соответствующего участка, быстро растет и кровоточит при прикосновении.

Клиника. На ранних стадиях развития опухоль имеет гладкую поверхность ярко-красного цвета, легко кровоточит при минимальной травматизации, бледнеет при надавливании, может изъязвляться и некротизироваться с выделением гнойно-кровянистого секрета. Локализуется преимущественно на щеках, губах, слизистой оболочке полости рта (рис. 3.46.).

Пиогенные гранулемы рассматривают как доброкачественное новообразование группы гемангиом, которое возникает вследствие травмы.

С патофизиологической точки зрения к гемангиомам ее трудно отнести, так как образование представлено грануляционной тканью с большим количеством расширенных капилляров. Наверное, именно поэтому клиницисты отнесли пиогенную гранулему к гемангиомам.



Рис. 3.46. Пиогенная гранулема нижней губы слева

Пиогенная гранулема (рис. 3.47) — образование, возникающее в результате травмы слизистой оболочки губ, щек, языка. Она формируется из соединительной ткани, кожи или слизистой оболочки. Часто пиогенную гранулему трудно дифференцировать от истинной гемангиомы, поэтому некоторые авторы предлагают рассматривать их как разновидность сосудистых опухолей. В классификации ВОЗ она относится к опухолеподобным образованиям. Пиогенная гранулема входит в группу редко встречающихся новообразований (2,7 % от опухолеподобных). Наблюдается в возрасте 7—12 лет и в 12—16 лет, чаще у мальчиков. Возникновению пиогенной гранулемы, как правило, предшествует травма.

Клинически пиогенная гранулема представляет собой быстро увеличивающееся (иногда в течение нескольких дней) образование диаметром до 1—2 см, округлой или неправильной формы, на широком основании, темно-красного цвета, иногда с явлениями некроза поверхности, легко кровоточащее при малейшем прикосновении, безболезненное

при пальпации. По внешнему виду пиогенная гранулема напоминает грануляционную ткань с богатым кровоснабжением. Дифференцируют пиогенную гранулему от гемангиом, ретенционных кист, чаще всего образующихся после травмы, ангиоэпителиомы, меланобластомы.

Лечение хирургическое. Некоторые авторы считают, что при устранении травмирующего начала пиогенная гранулема может уменьшаться в размере или регрессировать.

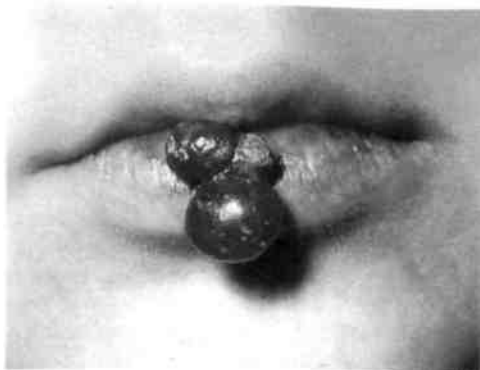


Рис. 3.47. Пиогенная гранулема нижней губы.

Гигантоклеточный эпулис представляет собой образование округлой, овальной или неправильной формы, мягкой или упругоэластической консистенции, синюшно-багрового цвета, иногда с выраженным бурым оттенком, с гладкой или слегка бугристой поверхностью, при пальпации безболезненное, при травме умеренно кровоточит, обладает быстрым ростом, диаметром от 0,5 до 3 см. Эпулисы располагаются только в области постоянных зубов, чаще возникают у девочек 12—16 лет. На рентгенограмме определяются очаги остеопороза, распространяющиеся с поверхности в глубину. Границы поражения нечеткие, смазанные, периостальная реакция отсутствует.

Дифференцируют эпулисы от опухолей, расположенных на альвеолярном отростке; фиброзный эпулис — от фибром, ангиоматозный и гигантоклеточный — от гемангиом, а также от гипертрофического гингивита при локализации его в области отдельных групп зубов и возникающего вследствие хронического раздражения в ответ на перегрузку, травму, хроническое воспаление, а также от заболеваний крови, гормональной перестройки функций организма.

Лечение хирургическое — иссечение в пределах здоровых тканей до кости. При деструктивных изменениях в подлежащей кости — тщательное иссечение до видимой здоровой костной ткани. Раневую поверхность закрывают йодоформным тампоном. При недостаточно тщательно проведенной операции возможен рецидив.

Врожденные кисты делят на образования, являющиеся пороком развития эктодермы (дермоидные и эпидермоидные кисты челюстно-лицевой области) и жаберного аппарата и его производных (срединные и боковые кисты шеи, кисты околоушной области, корня языка).

ДЕРМОИДНЫЕ И ЭПИДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ

Развиваются в участке эмбриональных щелей, борозд и складок эктодермы из дистопированных элементов ее в период эмбрионального развития и локализуются всегда ближе к середине, в проекции жаберных дуг. Чаще (47 %) это дно полости рта, область шеи, подчелюстная и пернорбитальная, приносковая области и крылья носа. Дермоиды и эпидермоиды могут быть как у детей раннего возраста, так и у детей 10-12 лет.

Жалобы. Жалоб ребенок не предъявляет, лишь при возникновении деформации лица больной или его родители обращают на это внимание.

Клиника. Характерная локализация этих образований и клинические признаки помогают определению диагноза: опухоль имеет округлую форму, гладкую поверхность, плотная, безболезненная, медленно увеличивается, больших размеров достигает редко, лишь при локализации в области дна полости рта, иногда нагнаивается. Кожа над образованием не изменена, свободно берется в складку.

Клинически отличить дермоид от эпидермоида трудно. Лишь гистологически определяют, что оболочка дермоидной кисты состоит из трех слоев кожи и ее производных (сальные, потовые железы, волосы), а оболочка эпидермоидных кист — из эпидермиса и не содержит дериватов кожи. Содержимое дермоидной кисты (продукты деятельности сальных и потовых желез) имеет кашицеобразную консистенцию, серого цвета, с неприятным запахом. Эпидермоидные кисты содержат салообразную массу без запаха. Проведение пункции с целью подтверждения диагноза не показано, так как получить пунктат невозможно в связи с густой консистенцией содержимого.

Дифференциальная диагностика. Дермоиды и эпидермоиды дифференцируют со срединными и боковыми кистами шеи, атеромами, опухолями околоушной железы, злокачественными опухолями ретикуло-эндотелиальной системы (лимфо- и ретикулосаркомы), мозговыми грыжами (на рентгенограмме костей лица определяется дефект костной ткани — грыжевые ворота, подтверждающие диагноз мозговой грыжи), метастазами рака в лимфатические узлы, поражениями лимфатических узлов при туберкулезе и саркоидозе. Дермоидные и эпидермоидные кисты при нагноении следует дифференцировать с острым или обострившимся хроническим лимфаденитом, нагноившейся атеромой.

Лечение кист хирургическое — удаление вместе с оболочкой. При локализации в надбровной области разрез кожи делается параллельно линии бровей, на переносице — по естественным складкам. При удалении кист, расположенных в пер участках, наблюдается интимная связь их с надкостницей, а в кости есть явление от опухоли. Поэтому удаление оболочки кисты в этом участке нужно проводить осторожно, чтобы не повредить ее. Дермоиды и эпидермоиды, локализующиеся в области дна ротовой полости (в верхнем его этаже), обычно расположены ближе к слизистой оболочке под языком, поэтому в таких случаях вскрывают только слизистую оболочку и подслизистый слой по уздечке языка. Ассистент смещает опухоль со стороны кожи в подподбородочном участке кверху, в направлении к ротовой полости, после чего хирург удаляет ее вместе с оболочкой (рис. 3.48.-3.53.). Если кисты размещаются в нижнем этаже дна ротовой полости и деформация выходит наружу, разрез кожи делают по срединной линии (рис. 3.54.-3.56.).

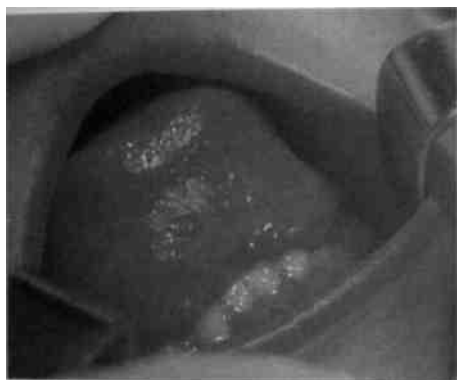


Рис. 3.48. Дермоидная киста дна полости рта



Рис. 3.49. Этапы удаления дермоидной кисты (интраоральный доступ)



Рис. 3.50. Удаленная дермоидная киста



Рис. 3.51. Эпидермоидная киста дна полости рта



Рис. 3.52. Этап удаления эпидермальной кисты



Рис. 3.53. Макропрепарат эпидермоидной кисты того же больного



Рис. 3.54. Дермоид дна полости рта. Обозначена линия разреза кожи над опухолью

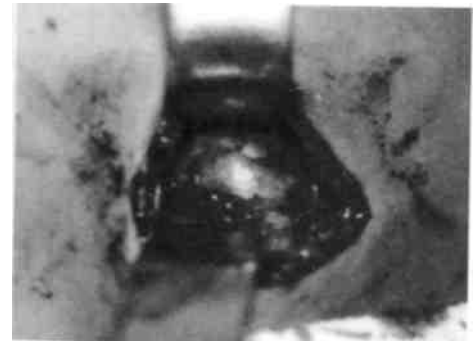


Рис. 3.55. После выделения нижнего полюса опухоли

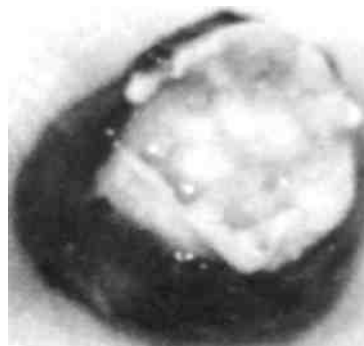


Рис. 3.56. Удаленный дермоид после рассечения оболочки

ГЕМАНГИОМЫ

Гемангиомы — это дизэмбриопластические опухоли, развивающиеся до тех пор, пока не закончится полная дифференциация в строении их клеток. А.И. Абрикосов считал, что гемангиома — это опухоль из кровеносных сосудов.

Существует много оснований и свидетельств в пользу гемангиомы как опухолеподобного образования, а именно:

1. Гемангиомы в 90 % случаев связаны с пороками развития.

2. В патогенезе гемангиом есть элементы признаков опухолеподобного роста.

3. Инфильтративный рост не характерен для истинных опухолей. Гемангиома — единственное новообразование среди сосудистых опухолей, обладающее инфильтративным ростом, дающее рецидивы, однако не способное метастазировать. Расположение гемангиом вблизи щелей плода, где происходит формирование естественных отверстий лицевого скелета и рост тканей особенно интенсивный, является доказательством их эмбриогенетического происхождения. Именно в этих местах легко возникают пороки развития, дисплазии, излишки тканевых элементов. Известно, что среди сосудистых новообразований есть не только истинные опухоли (преимущественно это капиллярные гемангиомы), но и очаговые дизэмбриоплазии. Они в большинстве случаев являются промежуточными между пороками развития и опухолями.

Новообразования из элементов сосудистой стенки являются одним из наиболее спорных и нерешенных вопросов онкоморфологии в связи с большой вариабельностью опухолей, нечетким представлением об источнике роста и т.п.

В эмбриональный период развитие микрососудов происходит за счет механизмов первичного и вторичного ангиогенеза. В возникновении сосудистых опухолей большое значение имеют дизэмбриоплазии, когда на фоне физиологического ангиогенеза отщепленные ангиобластические элементы начинают пролиферировать в эмбриональный период или после рождения ребенка.

В соответствии с имеющимися классификациями гемангиомы челюстно-лицевой области делят таким образом:

1. По происхождению: врожденные (95-96 %) и приобретенные, которые чаще всего возникают после травматических повреждений мягких тканей.

2. По глубине расположения: поверхностные и глубокие (не деформирующие ткани).

3. По месту расположения: в мягких тканях и костях (внутричелюстные гемангиомы).

4. По строению: капиллярные, или простые; кавернозные, или пещеристые; гроздьевидные, или ветвистые; смешанные.

5. По сосудам, из которых происходят гемангиомы: артериальные, венозные, артериовенозные.

У детей гемангиомы растут наиболее активно на протяжении 1-го года жизни. Иногда (только капиллярные) могут подвергаться обратному развитию (это единственная опухоль, которая в 60-70 % случаев может исчезать самостоятельно). На поверхности гемангиом, занимающих большие площади лица, могут появляться области некроза тканей (рис. 3.57.).

Патогномоничными симптомами поверхностных гемангиом являются: ярко-красный с синюшным оттенком цвет кожи; симптом наполнения-запустевания, что проявляется исчезновением или спадением опухоли при надавливании на ее поверхность пальцем и появлением её после прекращения давления; повышение температуры тканей в области гемангиомы сравнительно с симметричным участком; выпячивание опухоли над рельефом кожи или слизистой оболочки (кроме капиллярных).

Глубокие гемангиомы располагаются в мягких тканях и костях челюстей. В отличие от поверхностных, они не дают внешней деформации лица. Единственным признаком таких гемангиом может быть выраженный сосудистый рисунок кожи или слизистой оболочки альвеолярного отростка над участком опухоли. Наиболее информативным

диагностическим критерием является пункция, при которой наблюдается свободное заполнение шприца кровью. В некоторых случаях кровь получают и при лимфангиоме, но, в отличие от гемангиомы, жидкость будет с бурым оттенком. Для установления диагноза используют термовизиографию, УЗИ, рентгенографию (при внутрикостных гемангиомах), компьютерную томографию, МРТ. Иногда при изучении зоны расположения гемангиомы в полостях выявляют флеболиты. Флеболиты ("венозные камни") — это округлой формы беловатые образования до 1 см в диаметре, относительно часто рентгеноконтрастные (рис. 3.58.), на УЗИ — эконегативные. Флеболиты состоят из наслоений органических и неорганических соединений, при разрезании крошатся.



Рис. 3.57. Смешанная гемангиома левой щечной, подглазничной области, крыла и ската носа, верхней губы (слева) с очагами некроза ткани (без лечения)



Рис. 3.58. Рентгенограмма по Геншу половины нижней челюсти ребенка с кавернозной гемангиомой щечной и подчелюстной области. На нижнюю челюсть проецируются круглой формы множественные участки с контрастностью большей, чем костная ткань челюсти (флеболиты)

Капиллярные гемангиомы (простые)

Среди всех гемангиом челюстно-лицевой области у детей капиллярные составляют около 15 %. Возможно, реальное количество их больше, но в связи с тем, что такие гемангиомы не вызывают страха у родителей, поскольку почти не растут, и болевых или других ощущений у детей, часто располагаются в затылочной области и на шее, родители к врачу обычно обращаются поздно.

Жалобы. При капиллярной гемангиоме родители жалуются лишь на наличие красного пятна, которое быстро или медленно увеличивается или не увеличивается, но никогда не возвышается над поверхностью кожи.

Клиника. Чаще всего они располагаются на щеках, шее, затылке, виске, реже — на других областях лица. По внешнему виду это интенсивно-розового или красно-синюшного цвета плоское пятно с четкими границами (рис. 3.59.). При надавливании резко бледнеет, а после прекращения давления приобретает первичный цвет. Капиллярная гемангиома поражает кожу и реже — слизистую оболочку полости рта.

Довольно часто наблюдаются капиллярные гемангиомы типа винного пятна, охватывающие большие участки. Область кожи в таких случаях имеет вид пятна, насыщенного кровью, от красного до синюшного цвета (рис. 3.60.). Некоторые врачи относят такие гемангиомы к гемангиоматозным невусам и капиллярным ангиодисплазиям.

Простые гемангиомы — это единственная форма сосудистой опухоли, которая может самостоятельно редуцироваться. Если при 2-3 осмотрах ребенка за 3-9 мес

увеличения опухоли не происходит, а цвет становится менее интенсивным, это признаки обратного ее развития. Все другие формы гемангиом самостоятельно не исчезают, а наоборот, имеют тенденцию к прогрессированию.

Для врача важно отличить увеличение гемангиомы с ростом лица ребенка от экспансивного роста опухоли. Чтобы определить последнее, пользуются способом сравнения размеров гемангиомы, перенесенных на бумагу, в динамике. Одним из признаков перехода капиллярной гемангиомы в смешанную является выпячивание ее в некоторых областях над рельефом кожи.



Рис. 3.59. Ребенок с капиллярной формой гемангиомы правой околоушно-жевательной области



Рис. 3.60. Ребенок с капиллярной гемангиомой лица ("винное пятно")

Кавернозные гемангиомы

Кавернозные гемангиомы — это гемангиомы, представляющие собой одну или несколько полостей, заполненных кровью. В чистой своей форме наблюдаются редко (около 10 %), чаще они сопровождают смешанные формы опухоли.

Жалобы — на наличие быстро увеличивающейся деформации лица. Родители отмечают, что при плаче или наклоне головы ребенка размеры опухоли увеличиваются.

Клиника. Кавернозные гемангиомы лица, в особенности значительных размеров, обезображивают его, служат причиной деформации органов полости рта, подлежащих тканей (рис. 3.61.). Локализуясь на языке, губе, щеке, околоушных областях, опухоль вызывает не только деформацию, но и функциональные расстройства в виде нарушения жевания, смыкания губ, движений челюсти и т.п. При травмировании образования возникает значительное кровотечение, может развиваться воспаление. Характерным является симптом наполнения-запустевания. Кожа над поверхностно расположенной кавернозной гемангиомой красного или синюшного цвета, а при глубокой ее локализации может не изменяться. Усиление сосудистого рисунка кожи над опухолью — важный симптом глубоких кавернозных гемангиом. Деформация соответствующей области может быть незначительной. Частым признаком кавернозной гемангиомы являются участки смешанной формы гемангиомы на поверхности кожи над кавернозой (чаще в околоушной области). При венозных кавернозных гемангиомах в их толще пальпаторно можно обнаружить флеболиты, которые обычно появляются после 10-летнего возраста. Флеболиты чаще образуются при гемангиомах щеки и височной области. Пункция может подтвердить диагноз, если полученная кровь свободно заполняет шприц. Тепловизиография, термометрия, реография помогают отличить глубоко расположенную гемангиому от других опухолей по наличию "горячей" зоны.



Рис. 3.61. Ребенок с кавернозной гемангиомой левой глазницы и трофической язвой в подглазничной области

Смешанные гемангиомы

Из всех форм гемангиом смешанная встречается чаще всего.

Жалобы родителей — на наличие у ребенка безболезненной деформации (до 75 % случаев с измененной в цвете кожей мягких тканей лица), которая быстро нарастает и может увеличиваться при плаче или наклоне головы.

Клиника. У детей первых двух лет жизни такая гемангиома растет наиболее активно (рис. 3.62.). Обычно она располагается в 2-3 анатомических областях, вызывая явную деформацию тканей лица, при этом функции (дыхания, сосания, жевания) могут не нарушаться. Излюбленная локализация ее — околоушно-жевательная область, щека, губа, нос (рис. 3.63.-3.69.). Опухоль имеет бугристую поверхность, покрытую багрово-синюшной или красной кожей, безболезненная и горячая, мягкоэластической консистенции. Симптом наполнения-запустевания положительный. Часто представлена кавернами и гроздьевидными гемангиома-тозными участками. Для подтверждения диагноза проводят пункцию, тепловизи-ографию или УЗИ. По данным УЗИ опухоль представлена гипо- и гиперэхогенными областями. Если гемангиома больших размеров, проводят МРТ, что помогает уточнить локализацию, истинные размеры опухоли и возможное прорастание ее в соседние участки (орбиту, околоносовые пазухи, мозг).



Рис. 3.62. Ребенок со смешанной гемангиомой лица



Рис. 3.63. Ребенок со смешанной гемангиомой правой половины лица



Рис. 3.64. Ребенок со смешанной гемангиомой носа

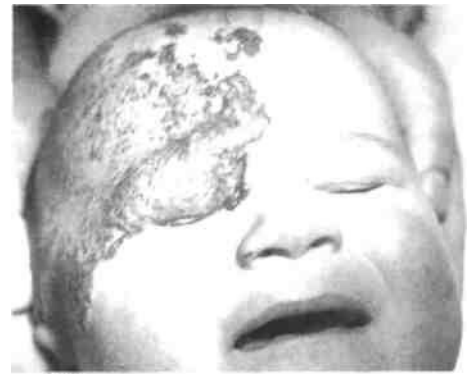


Рис. 3.65. Ребенок со смешанной гемангиомой правой лобной, височной, околоушно-жевательной, подглазничной областей



Рис. 3.66. Ребенок со смешанной гемангиомой левых лобной, височной, глазничной, околоушно-жевательной и щечной областей



Рис. 3.67. Ребенок со смешанной гемангиомой правой глазничной и лобной области



Рис. 3.68. Смешанная гемангиома левой височной области



Рис. 3.69. Ребенок со смешанной гемангиомой левой глазничной, щечной областей, верхней губы (слева)

Внутрикостные гемангиомы

Жалобы. Родителей или ребенка в большинстве случаев изредка беспокоит наличие деформации челюсти, усиленная кровоточивость из зуба во время лечения периодонтита, кровоточивость дёсен при чистке зубов на стороне поражения.

Клиника. Внутрикостные гемангиомы встречаются крайне редко, но имеют, как правило, неоднозначный прогноз. Наблюдаются в сменном и постоянном прикусах. Клиническая симптоматика чрезвычайно бедна. Лицо при костной гемангиоме обычно симметричное. Может наблюдаться деформация альвеолярного отростка (рис. 3.70.).

Место локализации таких гемангиом — преимущественно тело и ветвь нижней челюсти. Микропризнаками такой гемангиомы являются участки гиперемии невоспалительного характера слизистой оболочки, травмирующейся при чистке зубов, и гипертрофия межзубных сосочков. Внутрикостные гемангиомы можно обнаружить и при удалении зуба, когда у ребенка начинается значительное кровотечение. Последнее следует остановить, сначала временно введя в лунку палец, а потом возвратив зуб назад в лунку, или капшой из стенса, изготовленной *ex tempore*. Такие гемангиомы можно случайно обнаружить при депульпировании зубов. Кровотечение при этом останавливают пломбированием канала соответствующим материалом или гуттаперчевым штифтом, а затем направляют ребенка на обследование и лечение к хирургу-стоматологу. Костная гемангиома может стать рентгенологической "находкой" при проведении рентген-исследования по другой причине. На рентгенограмме виден очаг неравномерно измененной костной ткани, сохранившей крупнопетлистую структуру. Очаги имеют четкие контуры, некоторые — размыты, что напоминает рентгенологическую картину фиброзной дисплазии (рис. 3.71., 3.72.).

Дифференциальный диагноз. Гемангиомы необходимо дифференцировать: капиллярную форму — с врожденными пигментными пятнами; кавернозную и смешанную — с лимфангиомами (поликистомами), нейрофибромами, аневризмами глубоко расположенных вен, а также с трисомией Д (синдром Патау). Характерным признаком этого симптомокомплекса является гемангиома, обычно капиллярная или смешанная, располагающаяся чаще по срединной линии лба. В генезе хромосомных aberrаций имеет значение возраст матери.



Рис. 3.70. Смешанная гемангиома альвеолярного отростка верхней челюсти

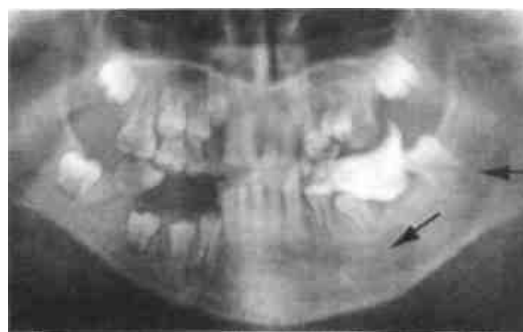


Рис. 3.71. Ортопантомограмма ребенка с гемангиомой нижней челюсти (левой половины и подбородочного отдела). На альвеолярный отросток в участке удаленного 36 зуба наложена каппа из быстротвердеющей пластмассы, фиксирующая тампон из йодоформной марли для гемостаза



Рис. 3.72. Ортопантомограмма ребенка с внутрикостной гемангиомой правой верхней челюсти в области 15,16,17 зубов. Определяется участок неравномерной деструкции костной ткани без четких границ, корень 15 зуба резорбирован горизонтально на 1/3 длины

Лечение гемангиом

Важнейшими моментами при лечении растущих гемангиом являются по возможности раннее диагностирование и раннее лечение опухоли. Это обуславливает выбор соответствующего метода, позволяющего предотвратить многие неудачи, связанные в дальнейшем с лечением, и отрицательные последствия его.

Методы лечения гемангиом чрезвычайно разнообразны и зависят от их формы, размеров и расположения, интенсивности роста, а также возраста и соматического состояния ребенка, квалификации врача и т.п.

Склерозирующая терапия предусматривает воздействие на стенки опухоли разнообразных цитоплазматических ядов, являющихся причиной асептического некроза ткани, последующее рубцевание и исчезновение гемангиомы. Из склерозирующих веществ чаще всего используют кислоты (трихлоруксусная кислота с 2 % раствором лидокаина в соотношении 5:1), спирты, преднизолон, кальция хлорид. С этой же целью используют факторы разной температуры (высокой — гипертермия или низкой — гипотермия; диатермокоагуляция). Преимущества склерозирующего метода лечения: простота использования, возможность выполнения в условиях амбулатории, отсутствие значительного кровотечения, возможность повторного вмешательства (рис. 3.73.,3.74.).

Одним из самых больших недостатков склерозирования опухолей спиртами, разными кислотами и криодеструкции является невозможность реального дозирования некроза (по глубине и площади). Врачу трудно определить оптимальную концентрацию вещества и продолжительность его действия на ткани с целью дозированного некроза опухоли. Если они будут недостаточны, вмешательство надо будет повторять несколько раз. При передозировке действия склерозирующего агента некроз будет больший, чем нужно (рис. 3.75.). Поэтому этот вид лечения желательно применять при небольших гемангиомах, при других условиях операцию должен делать опытный специалист. При применении кислот или спиртовых растворов, если очаг недостаточно изолирован, возможно попадание их в сосудистое русло или ожог расположенной рядом с опухолью кожи или слизистой оболочки.

Довольно часто для лечения гемангиом челюстно-лицевой области применяют гормональную терапию (большой частью преднизолон). Однако нет четкого представления о показаниях и противопоказаниях к использованию этого метода лечения, поскольку они обусловлены локализацией и видом гемангиомы, глубиной ее расположения и взаимоотношением с сосудисто-нервным пучком, глазом, слюнной железой и т.п. Конечно, назначая большие дозы гормонов, врачи не учитывают фоновые заболевания ребенка, а отдаленные результаты лечения гемангиом таким образом не всегда можно прогнозировать как с точки зрения местных изменений, так и влияния гормональной терапии на другие органы и системы растущего организма.

К отрицательным следствиям продолжительной кортикостероидной терапии гемангиом у детей относят: гипертензивный синдром; язвенную болезнь желудка; печеночно-почечную недостаточность; зависимость от препарата.

Несколько лучший результат получают при местном применении небольших доз преднизолона для склерозирования капиллярных гемангиом красной каймы губ и век.

Для лечения кавернозных гемангиом у детей часто используют 70% раствор спирта, который вводят в опухоль двумя способами по Ю.И. Вернадскому:

1. Аспирационно-инъекционный. Гемангиому изолируют от близлежащих здоровых тканей (зажимом Ярошенко или языкодержателем — при небольших размерах опухоли; если невозможно наложить зажим, опухоль прошивают шел ком по Крогиусу), шприцем отсасывают из нее кровь, затем на несколько минут вводят такое же количество 70 % раствора спирта, после чего аспирируют его из каверны, а на обработанный участок опухоли накладывают тугую повязку.

2. Промывной способ. Изолируют область опухоли вышеназванными способами. Делают 10-15 перфорационных отверстий (в зависимости от ее размеров) в центре гемангиомы (чаще смешанной) и вводят в опухоль спирт, который вместе с кровью вытекает через эти отверстия. После этого обработанный участок опухоли обязательно промывают изотоническим раствором натрия хлорида с целью предотвращения глубокого некроза тканей и накладывают тугую повязку.



Рис. 3.73. Ребенок со смешанной формой гемангиомы перегородки, кончика и правого крыла носа



Рис. 3.74. Тот же ребенок перед заключительным этапом склерозирующей терапии



Рис. 3.75. Ребенок со смешанной формой гемангиомы правой околоушно-жевательной области после криодеструкции опухоли. Зона некроза значительно превышает ее реальные размеры

Метод диатермокоагуляции широко используют для лечения капиллярных и смешанных форм гемангиом как самостоятельно, так и в комплексе с хирургическим (рис. 3.76., 3.77.).

Хирургический метод предусматривает полное или частичное (возможно, поэтапное) удаление опухоли. Этим методом можно завершать склерозирующую терапию (иссечение грубых рубцов) (рис. 3.78., 3.79.). Но чаще всего он является самостоятельным (рис. 3.80.-3.90.). Применяя этот метод для лечения маленьких детей при значительных кавернозных и смешанных гемангиом лица и шеи, необходимо учитывать следующее:

1. До операции при плохих показателях крови обеспечивают переливание ее или плазмы; при тимомегалии проводят соответствующую преднизолоновую подготовку, в случае гипотрофии обеспечивают полноценное по качеству и достаточное по количеству питание. Назначают витамины, иммуномодуляторы и т.п. Выявляют очаги "дремлющей" инфекции, которая под влиянием операционной травмы может стать источником осложнений соматического характера.

2. Вмешательство должно проводиться под наркозом, в кратчайшее время, наименее травматичным способом, с минимальной кровопотерей. Это обеспечит профилактику ДВС-синдрома (диссеминированного внутрисосудистого свертывания)

3. Нередко первым этапом операции является перевязка наружной сонной артерии. При локализации гемангиомы в околоушной области возможно повреждение ветвей лицевого нерва, о чем родителей предупреждают заранее.

4. Такие операции надо проводить в специальном медицинском учреждении. Летать их должны опытные хирурги, владеющие всеми методами восстановительных операций на лице и шее.



Рис. 3.76. Ребенок со смешанной формой гемангиомы правой окологлазничной, щечной, скуловой областей на этапе комбинированного лечения (хирургический в сочетании с диатермокоагуляцией)



Рис. 3.77. Ребенок, которому проведено многоэтапное хирургическое лечение по поводу кавернозной гемангиомы левой половины лица, после диатермокоагуляции остаточных участков гемангиомы



Рис. 3.78. Смешанная форма гемангиомы подглазничной областей, нижнего века и угла левого глаза



Рис. 3.79. Вид того же больного на завершающем этапе комбинированного лечения (склерозирование и частичное удаление опухоли)

Метод эмболизации приводящих сосудов гемангиомы. Суть метода состоит во введении биоинертного материала в просвет приводящего сосуда с целью его обтурации. Такое вмешательство проводится в условиях центра эндоваскулярной нейрорентгенографии АМН Украины. Сначала выполняется ангиография головы и шеи, анализируется схема расположения приводящих сосудов. Потом под контролем рентгеномонитора по катетеру вводится эмболирующий материал, который должен быть биологически совместимым, рентгеноконтрастным, неадгезивным и иметь низкую

вязкость — проходить через катетер диаметром 0,5 мм. После такого вмешательства спустя некоторое время проводится второй этап лечения — хирургическое удаление гемангиомы на обескровленной ткани в условиях челюстно-лицевого отделения. Первый анализ опыта таких вмешательств позволяет говорить об их эффективности. Метод чаще применяют для лечения больших кавернозных форм гемангиом.

Метод рентгенотерапии. Проводится у маленьких детей со значительными по размерам быстро увеличивающимися гемангиомами при невозможности хирургического вмешательства в данный момент. Дозы и количество сеансов облучения назначает рентген-радиолог. Часто правильно подобранный режим облучения гемангиомы тормозит ее рост, стабилизирует размеры. А через 6-8 мес позволяет удалить опухоль хирургическим путем.

Мягкие рентгеновские лучи (так называемые "букки") назначают детям старшего возраста для лечения стойких к склерозированию форм капиллярных гемангиом, например, "винных пятен".

Метод селективного фототермолиза предусматривает лазерное выпаривание опухоли, требует дорогой аппаратуры и многосеансного лечения. Однако он имеет ряд преимуществ, это прежде всего неинвазивность и безболезненность. Метод используется для лечения капиллярных гемангиом, в особенности "винных пятен".

Метод заполнения внутрикостных гемангиом полимерным адгезивом КЛ-3 предусматривает введение клея с ускорителем полимеризации в костную полость шприцем под давлением. Полимеризационный материал заполняет всю полость, а кровь, которая содержится там, ускоряет полимеризацию. С целью профилактики нагноения в клей добавляют антибиотики. Параллельно деструкции и вымыванию полимерной массы полость заполняется молодой костной тканью.

В последнее время для лечения гемангиом применяют **методы СВЧ-криоген-ной терапии и СВЧ-гипертермии.** Суть этих методов состоит в использовании сверхвысокочастотного (СВЧ) электромагнитного поля в разных режимах. СВЧ-криогенный способ предусматривает сразу после СВЧ-облучения сосудистого новообразования проведение его криодеструкции. При СВЧ-гипертермии ткани гемангиомы прогреваются СВЧ-полем до температуры 43-45 °С.

Перечисленные методы лечения применяются в зависимости от формы гемангиомы:

—капиллярные — склерозирование 70 % раствором спирта, трихлоруксусной кислотой с 2% раствором лидокаина, преднизалоном, диатермокоагуляция, криодеструкция, селективный фототермолиз, хирургическое удаление, при больших размерах — ликвидация дефекта кожи с использованием местных тканей;

—"винные пятна" — рентгенотерапия, селективный фототермолиз, при небольших участках поражений — их иссечение с последующим замещением дефекта местными тканями;

—кавернозные — преимущественно склерозирующие методы лечения. При быстрорастущих гемангиомах, а в особенности глубоко расположенных, используют метод эмболизации сосудов, прошивание по Крогиусу (в особенности у маленьких детей, которым противопоказано проведение эмболизации). После этих вмешательств, способствующих прекращению роста, а также уменьшению объема опухоли, проводится удаление измененных тканей;

—смешанные — первое место занимают хирургические методы, предусматривающие поэтапное или полное удаление опухоли. При быстро увеличивающихся больших гемангиомах комбинируют эмболизацию сосудов, рентгенотерапию, склерозирование с хирургическим удалением;

—костные гемангиомы — хирургическое удаление измененной кости, введение КЛ-3 в полость опухоли.

Большой выбор методов лечения при гемангиомах у детей, с одной стороны, облегчает задачу врачей, а с другой — усложняет, поскольку требует больших знаний и опыта в выборе одного из них, оптимального для конкретного пациента.

Следствиями неудачного лечения могут быть значительные деформации мягких тканей, костей лицевого скелета, нарушение функций. Это в дальнейшем требует многоэтапного, но не всегда успешного продолжительного хирургического и ортодонтического лечения.



Рис. 3.80. Ребенок со смешанной гемангиомой щёчной, зачелюстной, околоушно-жевательной областей

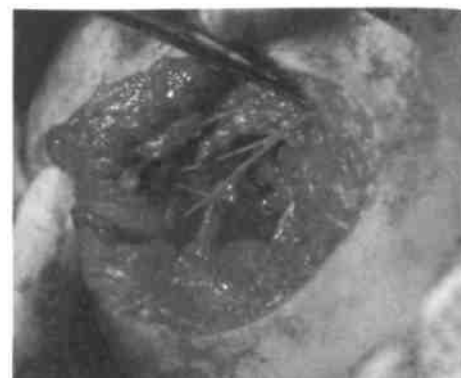


Рис. 3.81. Тот же ребенок после удаления опухоли с сохранением ветвей лицевого нерва

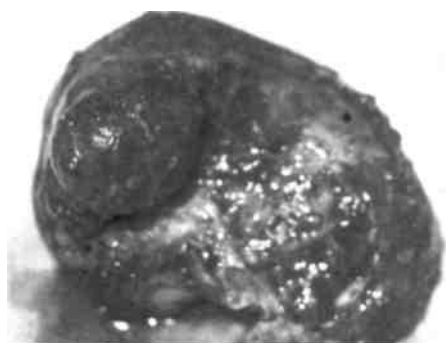


Рис. 3.82. Макропрепарат удаленной у того же ребенка гемангиомы



Рис. 3.83. Ребенок со смешанной гемангиомой левой околоушно-жевательной области



Рис. 3.84. Этапы операции у того же ребенка

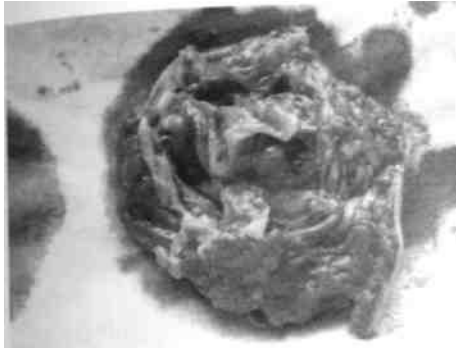


Рис. 3.85. Макропрепарат удаленной опухоли



Рис. 3.86. Ребенок со смешанной формой гемангиомы левой щечной, околоушно-жевательной, подчелюстной, позади челюстной областей и левой ушной раковины

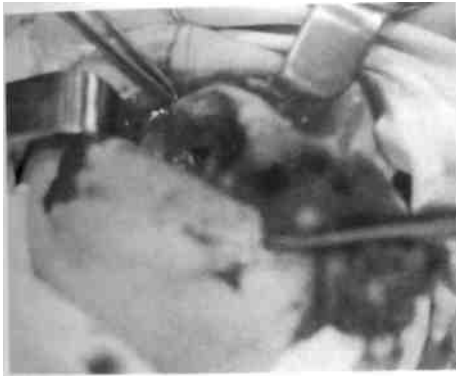


Рис. 3.87. Этап удаления опухоли у того же ребенка



Рис. 3.88. Макропрепарат смешанной гемангиомы щеки с флеболитами того же больного



Рис. 3.89. Тот же ребенок перед завершающим этапом хирургического лечения

ЛИМФАНГИОМЫ

Лимфангиома (*lymphangioma*) — опухоль дизэмбриогенетического происхождения, развивающаяся из лимфатических сосудов. Лимфангиомы составляют 5-10 % всех доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области у детей. Выявляются чаще в возрасте до 1 года. Излюбленная локализация — мягкие ткани лица, шеи и языка. Опухоль характеризуется медленным, но прогрессирующим ростом. Нередко она сопровождается другими пороками развития: гемангиомой, нейрофиброматозом, атрофией мышц лица. Очень редко возможна возрастная регрессия опухолей за счет

опустошения лимфатических сосудов, разрастания и склероза межтканочной ткани. Таким образом небольшая лимфангиома может превратиться в мягкую рубцовую ткань.

Классифицируют лимфангиомы по следующим принципам:

1. По этиологии:

- врожденные;
- приобретенные (лимфокисты).

2. По строению:

- капиллярные;
- кистозные и поликистозные.

3. По распространенности:

- локальные;
- диффузные.

4. По влиянию на близлежащие ткани и органы:

- с нарушением функции;
- без нарушения функции;
- без деформации тканей челюстно-лицевой области;
- с выраженной деформацией тканей челюстно-лицевой области.

Капиллярные лимфангиомы. Излюбленные места расположения капиллярной лимфангиомы — щеки, губы, язык, подъязычная область.

Жалобы. При капиллярной лимфангиоме родители жалуются на наличие у ребенка деформации того или

иного участка мягких тканей лица, которая медленно увеличивается, безболезненная. При простудных заболеваниях прослеживается увеличение лимфангиомы, что является одним из ее признаков.

Клиника. Это безболезненная, тестообразной консистенции, возвышающаяся над окружающими тканями опухоль. Она напоминает пропитанную жидкостью ткань без четких границ, плавно переходящую в здоровые близлежащие ткани, может давить на подлежащие ткани и служить причиной деформации костей. В некоторых случаях при атрофии подкожной жировой клетчатки наблюдается выраженный сосудистый рисунок подкожных вен.

Если капиллярная лимфангиома больших размеров локализуется на языке, может нарушаться его функция. Сосочки языка гипертрофированы, изменены в цвете (вишнево-красные) (рис. 3.90.), при травмировании их возможно незначительное кровотечение.

Лечение капиллярных форм лимфангиом хирургическое. Оно заключается в удалении опухоли (при значительных ее размерах — поэтапно) и последующей коррекции деформаций. Все операции проводятся под общим обезболиванием в условиях специализированного челюстно-лицевого стационара.



Рис. 3.90. Капиллярная форма лимфангиомы языка

Кистозные лимфангиомы

Среди других форм лимфангиом кистозные формы чаще наблюдаются в раннем возрасте.

Жалобы. Родители жалуются на наличие опухоли у ребенка, которая увеличивается с его ростом. После острых респираторных заболеваний опухоль может быстро расти, уплотняться, становиться болезненной, но никогда не нагнаивает. Обычно такие лимфангиомы достигают очень больших размеров, смещают Рахую, пищевод, язык, в результате чего появляются жалобы на затрудненное дыхание и невозможность нормального глотания и сосания.

Клиника. Признаком поликистом или кавернозных лимфангиом является асимметрия челюстно-лицевой области за счет безболезненного новообразования мягкоэластической тестообразной консистенции (рис. 3.91.-3.94), кожа над ним бледная. При поверхностно расположенных опухолях наблюдается флюктуация. Обычно поликистома занимает 2-3 анатомические области, одиночные кисты встречаются очень редко. Поликистомы, располагающиеся в участке дна ротовой полости, приводят к нарушению функции дыхания, глотания (рис. 3.95., 3.96.). В таком случае необходимо срочное хирургическое вмешательство.

Для подтверждения диагноза проводят пункцию, при которой получают слегка клейкую светло-желтую или грязно-красную жидкость (рис. 3.97.). Размеры глубоко расположенных лимфангиом могут уточняться с помощью компьютерной томографии, УЗИ (наличие анэхогенных полостей).



Рис. 3.91. Кистозная форма лимфангиомы нижней трети лица



Рис. 3.92. Кистозная форма лимфангиомы дна полости рта с контрактурой языка



Рис. 3.93. Кистозная лимфангиома правой подчелюстной и верхнечелюстной областей



Рис. 3.94. Ребенок с лимфангиомой левой подчелюстной, позадищелюстной и верхнелобной областей



Рис. 3.95. Кистозная форма лимфангиомы (поликистозы) правой подчелюстной, позадищелюстной областей и боковой поверхности шеи



Рис. 3.96. Тот же ребенок (профиль)



Рис. 3.97. Проведение пункции лимфангиомы у того же ребенка



Рис. 3.98. Кистозная форма лимфангиомы обеих околоушных, подчелюстных, верхнелобных областей и дна полости рта



Рис. 3.99. Этап хирургического лечения (после частичной цистэктомии и цистотомии с длительным дренированием трубчатыми дренажами)

Таким образом, для установления диагноза лимфангиомы необходимо тщательно собрать анамнез (существование опухоли с рождения или появление его после перенесенного вирусного заболевания), провести клиническое обследование и дополнительные исследования — пункцию, УЗИ, КТМ.

Дифференциальную диагностику проводят с лимфаденитами, боковыми и срединными кистами шеи, дермоидами, эпидермоидами, миомами, липомами, гемангиомами, фибромами, нейрофиброматозом.

Лечение. Сложности комплексного лечения детей с кистозными формами лимфангиом челюстно-лицевой области обусловлены топографо-анатомическими и возрастными особенностями, соматическим состоянием больных. Основной вид

применяющейся при поликистозе операции — цистотомия, иногда в несколько этапов, с дальнейшим продолжительным дренированием полости (рис. 3.98., 3.99.).

Схема лечения детей с поликистозом челюстно-лицевой области следующая:

I этап — подготовка ребенка к операции: коррекция белкового обмена известными методами по показаниям (в особенности у детей до 1 года с лимфангиомами нескольких областей) и показателей красной крови (при анемии); исследование системы свертывания крови, выявление коагулопатий.

II этап — хирургическое вмешательство в виде этапных цистотомий. Преимущество отдают цистотомиям, поскольку оболочка кист очень тонкая и при большом их количестве провести полное удаление практически невозможно.

Послеоперационный период опасен ранними осложнениями. Одно из самых опасных — геморрагия со всей поверхности раны, возникающая при травматических и продолжительных оперативных вмешательствах (цистэктомии), что характерно для ДВС-синдрома, генез которого остается до конца не изученным. Прогноз в таких случаях обычно неблагоприятный.

Следствиями лимфангиом могут быть рецидивы, вторичные деформации мягких тканей и костей лица.

Клиническое занятие №5

Мавзу: Пиогенная гранулема, гигантоклеточный эпulis, дермоидная киста. Доброкачественные опухоли мягких тканей лица. Гемангиома, лимфангиома.

Технологические модели по образованию

Время занятия: 3 ч.	Количество студентов 8-10
Вид занятия:	Клиник занятие
План:	1. Пиогенная гранулема. Клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение. 2. Гигантоклеточный эпulis. Клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение. 3. Дермоидная киста. Клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение. 4. Доброкачественные опухоли мягких тканей лица. Гемангиома, лимфангиома. Клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение.
Задача учебного занятия:	Научиться поставить диагноз детям с новообразованиями зубочелюстной системы. Научиться собирать анамнез от родителей ребенка, обследовать анатомо-функциональные расстройства и оказать первичную помощь. Научиться писать историю болезни, выбрать оптимального срока и метода операции в зависимости от возраста ребенка. Научиться особенностям послеоперационного ухода за ребенком и обработки за раной. Дать совет родителям по уходу ребенка.
Методы обучения:	Клиническое обследование, сбор анамнеза, писать историю болезни, беседа.
Вид занятия:	Массово-коллективный, персональный
Наглядные пособия по теме:	Стоматологическое кресло, стоматологическое зеркало, пинцет, шпатель, лоток, столик врача, спирт, фурацилин, марлиевые шарики, стерильные перчатки
Обстановка для проведения занятия:	Клинически оборудованный симуляционный кабинет, клинический кабинет
Мониторинг и критерии оценок:	Клинический анализ, оценка, устный контроль, вопрос-ответ

Практическое занятие №6

Тема: Нейрофиброматоз и невусы. Опухоли и кисты слюнных желез. Этиология, клиника, диагностика и лечение.

Технологические модели по образованию

Время занятия: 2 ч.	Количество студентов: 8-10
Вид занятия	Введение новостей по практике
План	Ознакомление с темой.
Задача учебного занятия	Изучить нейрофиброматоз, невусы. Опухоли и кисты слюнных желез. Этиология, клиника. Диагностика и лечение.
Методы обучения	Беседа, наглядные пособия по практике
Вид занятия	общий-коллективный
Наглядные пособия по теме	Учебное пособие, практический, материал, проектор, компьютер
Обстановка для проведения занятия	Методическая оборудованная аудитория
Мониторинг и критерии оценок	Устный опрос

Технологическая карта практического занятия

Этапы работы	Преподаватель	Студент
1. Этапы подготовки	1. Цель занятия 2. Подготовка слайдов по теме 3. Литература по теме: 1. Колесов А.А. – Стоматология детского возраста. М., 1991г. 463 с. 2. Персин Л.С. - Стоматология детского возраста 2003г. 3. Харьков Л.В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста Год издания: 2005г.	Записывают тему и слушают
2. Основной этап	1. Разделение студентов на 2 маленькие подгруппы, задает вопросы по теме; 2. Использование слайдов и мультимедий; 3. проводит лечебные работы; 4. Объединяет все сведения по заданной теме, активно участвующих студентов поощряет и обще оценивает.	Разделяют на маленькие группы, смотрят, участвуют, слушают. Студент высказывает свое мнение дополняет и задает вопросы
3. Заключительный этап	1. Заключение. 2. Самостоятельная работа. 3. Домашнее задание.	Слушают Записывают заключение

Интерактивный метод

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «СЛАБОЕ ЗВЕНО»

Для работы необходимо:

1. Набор вопросов по теме
2. Лист бумаги со списком группы для ведения протокола игры.
3. Секундомер.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Клиническая картина нейрофиброматоза.
2. Лечение опухолей и кист слюнных желез.
3. Виды невусов.
4. Клиника, диагностика и лечение невусов.

Текст практического занятия

НЕЙРОФИБРОМАТОЗ

Нейрофиброматоз, болезнь Реклингаузена, невринома, врожденный нейрофиброматозный эленфантиаз Брунса, петлистый нейрофиброматоз, волокнистый моллюск, нейромеждерматодистрофия — это все синонимы одной болезни.

Нейрофиброматоз — тяжелое врожденное заболевание, для которого характерно развитие в подкожной жировой клетчатке множественных нейрофибром, невринома черепных и спинномозговых нервов.

В последнее время под нейрофиброматозом понимают полисистемное, полиорганное наследственное заболевание, которое относится к факоматозам (от греч. *phakos* — пятно). Последние представляют группу наследственных заболеваний, при которых общим фактором является поражение нервной системы и кожи, реже — костной ткани, глаз, иногда — внутренних органов.

В научной литературе описаны случаи семейного заболевания, поэтому нейрофиброматоз относят к наследственным заболеваниям по аутосомно-доминантному моногенному типу.

Распространенными теориями возникновения нейрофиброматоза являются эндокринная, дизонтогенетическая и неврогенная. В развитии нейрофиброматозной ткани принимают участие как сами нервные волокна, так и соединительнотканые элементы эндо- и периневрия. Лучше всего обоснована дизэмбриогенетическая теория, в соответствии с которой доказательством участия в развитии нейрофиброматоза эктодермы является поражение нервной системы кожи, а мезодермы — костной ткани.

Первые клинические симптомы могут быть выявлены сразу после рождения ребенка или в первые годы его жизни: это увеличение объема тканей одной половины лица. Мягкие ткани по структуре и цвету ничем не отличаются от неповрежденных нормальных тканей. С возрастом у детей постепенно появляются характерные жалобы.

Жалобы. Дети или их родители указывают на увеличивающуюся с возрастом безболезненную деформацию мягких тканей лица, челюстей, подвижность зубов, пигментные пятна. Возможно нарушение зрения на стороне поражения.

Клиника. Постоянными клиническими признаками нейрофиброматоза являются пигментные пятна, опухоли кожи и подкожной жировой клетчатки, нервов, физические и психические нарушения, которые в 34% случаев появляются с рождения и в 66 % — с возрастом.

Первый симптом нейрофиброматоза — пигментные пятна. Они имеют светло-кофейный цвет, излюбленная локализация — внутренняя поверхность конечностей, область спины, паха. Над поверхностью кожи не возвышаются. Рядом с пигментными пятнами могут быть депигментированные участки кожи.

Вторым симптомом нейрофиброматоза являются опухоли кожи и подкожной жировой клетчатки, которые выявляются у 64 % больных и проявляются в трех формах:

- 1) эленфантиаза (слоновость);
- 2) узловатых образований (узловатые формы нейрофиброматоза);
- 3) массивных пигментированных кожных разрастаний (пигментированные нейрофибромы).

Для эленфантиаза характерна деформация лица за счет опухоли, охватывающей несколько областей. Чаще это височная, околоушная, щечная области (рис. 3.100.). Такая опухоль выявляется сразу после рождения, увеличивается до 2-3 лет. Кожа над ней не изменена в цвете, сохраняет свой тургор и эластичность, однако с возрастом темнеет,

атрофируется и свисает складками. При узловатой форме нейрофиброматоза наблюдается большое количество новообразований в виде разных размеров узлов, которые локализуются на лице и туловище. Для нее характерны увеличение отдельных узлов и образование новых в определенный промежуток времени (от 2-3 мес до 2-3 лет). Затем наступает период ремиссии, когда опухоли не изменяются ни количественно, ни качественно. Пигментные пятна на коже чаще сопровождают узловатую форму нейрофиброматоза.

Пигментированные нейрофибромы чаще располагаются на волосистой части головы. Кожа здесь плотно связана с опухолью, пигментированная — темно-коричневого цвета, постепенно волосы в этом участке могут выпадать. Если опухоль локализуется на лице, она также темно-коричневого цвета. Функция кожных желез повышена, поэтому их секрет накапливается в складках опухоли, что затрудняет гигиену лица. Следует отметить, что для этой группы поражений другие признаки нейрофиброматоза не характерны.

Опухоли нервов — следующий признак болезни. При этом поражается периферическая нервная система; опухоли представляют собой узлы веретенообразной или неправильной формы, охватывающие нервные волокна. Клинически опухоли нервов могут не проявляться, лишь при хирургическом вмешательстве можно увидеть их в виде белых (без капсулы) новообразований и удалить. В некоторых случаях наблюдается парестезия, анестезия или гиперестезия окружающих тканей.

Четвертым признаком нейрофиброматоза являются физические и психические нарушения (позднее развитие вторичных половых признаков, акромегалия и т.п.). Нарушения деятельности высшей нервной системы (псевдопсихо-органический синдром), проявляющиеся умственной отсталостью, задержкой развития речи и познавательной функции (отмечается у 81 % больных). Приведенный выше симптомокомплекс входит в так называемую тетраду Дарнье, впервые описанную в 1930 г.

Нейрофиброматоз челюстно-лицевой области сопровождается поражением носа, ушных раковин, век. Наблюдаются различные аномалии зубочелюстной системы, проявляющиеся деформациями альвеолярного отростка (увеличение), нарушениями прикуса, адентией, гипоплазией эмали, флюорозом зубов, макроглоссией.

Диагностика нейрофиброматоза основывается на жалобах, данных клинического обследования и рентгенографии. Все рентгенопризнаки, сопровождающие эту болезнь, можно разделить на три группы.

Первая группа - общие изменения скелета, имеющие врожденный характер. К ним относят утолщение, дисплазию и удлинение костей конечностей, черепа и лицевого скелета.

Вторая группа - местные изменения, возникающие вследствие развития и тавления опухоли на подлежащие кости. Проявляются они в виде дефектов, деструкции, экзостозов, периостальных наслоений.

Третья группа — "гипертензионные" изменения, возникающие вследствие повышенного внутричерепного давления на кости черепа при окклюзии ликворных путей опухолевыми узлами.

При нейрофиброматозе в крови можно обнаружить эозинофилию и лейкоцитоз — сопутствующие, но не постоянные признаки. Генетический анализ определения мутации гена НФ1 при нейрофиброматозе обоснованным является в случаях первичного определения заболевания в семье. Это помогает четко определить прогноз передачи его потомству.

Дифференциальная диагностика должна проводиться с опухолями мягких тканей — лимфангиомами, гемангиомами, фиброматозом, липоматозом, множественными фибромами, пигментным невусом, а также синдромом Олбрайта по таким признакам:

—лимфангиомы — тестообразная консистенция опухоли, при пункции получение светло-желтой или грязно-вишневой липкой жидкости, отсутствует поражение костей и органа зрения;

—гемангиомы — повышение местной температуры тканей, наличие симптома наполнения-запустевания, получение крови при пункции;

—фиброматоз десен — не сопровождается опухолями мягких тканей, пигментными пятнами, поражением костей и органа зрения;

—липоматоз — консистенция образований мягкая, узлы не имеют связи с нервными волокнами, при биопсии получают жировую ткань;

—синдром Олбрайта — характерна дисплазия костей (на рентгенограмме — участки просветления костной ткани овальной и круглой формы с ободком склероза по периферии, истончение кортикального слоя кости) и отсутствие опухолей по ходу нервных волокон.

Лечение направлено на восстановление нарушенных функций жевания, глотания, дыхания, зрения, устранение деформаций мягких тканей и костей.

Поскольку опухолевые ткани хорошо кровоснабжаются, во время операции возможно значительное кровотечение. Поэтому перед хирургическим вмешательством следует предусмотреть возможность переливания крови или кровезаменителей. Перед операцией обязательно определяют участок и объем тканей, которые будут удаляться, и тех, которые будут использованы с целью замещения Дефекта (рис. 3.101.-3.103). Обычно для замещения дефекта используют местные ткани. Если кости деформированы, суть операции состоит в нивелировании деформированной части. Для коррекции деформации прикуса и зубных рядов применяют хирургические методы (осуществляют разные виды остеотомии в зависимости от типа деформации и возраста ребенка) и ортодонтическое лечение. Лечение детей с нейрофиброматозом многоэтапное, длительное, требует вмешательства разных специалистов (окулиста, нейрохирурга, педиатра).

Следствиями этого заболевания могут быть разные виды вторичных деформаций мягких тканей, челюстей и зубных рядов.



Рис. 3.100. Ребенок с нейрофиброматозом правой лобной, височной и скуловой областей, брови и верхнего века правого глаза



Рис. 3.101. Ребенок с нейрофиброматозом правой височной и околоорбитальной областей



Рис. 3.102. На этапе частичного удаления новообразования



Рис. 3.103. Макропрепарат новообразования

ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

Для практического врача удобна классификация новообразований слюнных желез, приведенная на схеме 3.2.

Наиболее частыми из этих заболеваний у детей являются кисты. Кисты малых слюнных, подъязычной, поднижнечелюстной и околоушной желез наблюдаются, соответственно, в 56; 35,3; 3,7; 5% случаев. Некоторые авторы делят кисты по происхождению на истинные (ретенционные) и экстравазантные (травматические), но такое деление очень условное и практического значения для лечения не имеет. Кисты малых слюнных желез чаще возникают на слизистой оболочке нижней и верхней губ, щек (до 90%). Это обусловлено тем, что эти участки травмируются во время еды больше других. Малые слюнные железы неравномерно "разбросаны" по всей полости рта — больше всего их на слизистой оболочке губ, щек и ближе к границе твердого и мягкого нёба.

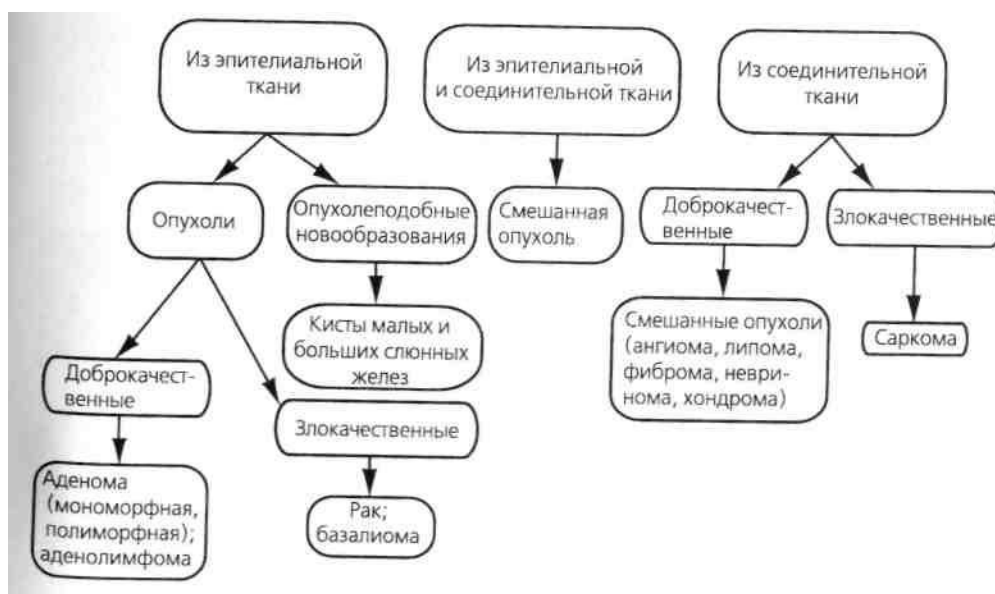


Схема 3.2. Классификация новообразований слюнных желез

Жалобы при кистах малых слюнных желез — на наличие безболезненного новообразования (чаще на нижней губе), которое может увеличиваться или уменьшаться, совсем исчезать, а потом снова появляться. Это происходит потому, что оболочка кисты тонкая и при нажиме или прикусывании ее может вскрываться самостоятельно. После заживления раны слюна может снова накапливаться, то есть возникает рецидив кисты.

Клиника. При обследовании новообразование просвечивается через слизистую оболочку голубым цветом, имеет округлую форму, четкие границы. Пальпаторно киста безболезненная, эластической консистенции, верхний полюс ее расположен близко к поверхности слизистой оболочки. Киста содержит слизеобразную, прозрачную, желтого цвета жидкость — сгущенную слюну (рис. 3.104.).

Дифференцировать кисты малых слюнных желез нужно с лимфангиомами. Последние практически никогда не имеют вида одиночной кисты.

Лечение только хирургическое. Более простым и эффективным методом является кистотомия — иссечение выпячиваемой части кисты вместе со слизистой оболочкой. Раневая поверхность, возникающая после иссечения тканей, эпителизируется. Другой метод лечения — удаление кисты, осуществляющееся под инфильтрационным (0,5-1% лидокаин) или общим обезболиванием (в зависимости от возраста и психоэмоционального состояния ребенка). Проводят два полукруглых соединенных между собой разреза слизистой оболочки по краям новообразования. Тупо и остро кисту удаляют вместе с оболочкой, на рану накладывают швы кетгутом.

Рецидивы кист малых слюнных желез наблюдаются редко, только когда при удалении кисты травмируются близлежащие малые слюнные железы.

Кисты подъязычных слюнных желез (ранулы). Подъязычные слюнные железы занимают второе место по частоте поражения кистозными процессами. Это обусловлено их анатомо-физиологическими особенностями: протоки Вальтера вертикальные, короткие, количество их достигает 12-15, они расположены под языком, где и травмируются при еде. Большой подъязычный проток (бартолинов) непостоянен и открывается на подъязычном мясе вместе с поднижнечелюстным протоком.

Жалобы. Ребенок жалуется, что под языком находится "что-то" гладкое, круглое, непривычное. "Оно" может исчезать и снова появляться, увеличиваться с течением времени. Иногда мешает при разговоре.

Клиника. Определяется новообразование округлой формы, расположенное чаще в передних отделах железы. В связи с тем что оболочка кисты очень тонкая, содержимое ее просвечивает сквозь слизистую оболочку голубым цветом (рис. 3.105.). При пункции кисты получают прозрачную, желтоватого цвета слизиобразную жидкость.

Особые трудности для диагностики и лечения вызывает киста подъязычной слюнной железы, имеющая форму песочных часов; она возникает в единичных случаях. Это ретенционная киста дна ротовой полости, одна часть которой расположена выше челюстно-подъязычной мышцы, а вторая — ниже. Обе части соединяются между собой узким перешейком, который сдавливается челюстно-подъязычной мышцей.

Дифференцировать кисты подъязычной слюнной железы нужно с дермоидами дна ротовой полости, сосудистыми новообразованиями (гемангиома, лимфангиома), в особенности с кистозными их формами. При пункции дермоида получают салоподобную массу желтоватого цвета, гемангиомы — кровь, лимфангиомы — прозрачную жидкость желтоватого цвета или бурую липкую жидкость.

Лечение. Основным методом лечения кист подъязычной слюнной железы является хирургический — цистотомия и (редко) цистэктомия (рис. 3.106., 3.107.). Удаление кисты полностью (с оболочкой) проблематично, поскольку оболочка очень тонкая и быстро рвется при выделении, то есть удалить ее полностью при операции трудно, да это и не нужно.

Цистотомия выполняется под инфильтрационным или общим обезболиванием (в зависимости от возраста ребенка и его психоэмоционального состояния). Выкраивается "окно" в полость кисты, а затем узловатыми швами оболочка кисты фиксируется к слизистой оболочке полости рта. Если полость кисты достаточно большая и глубоко расположена, ее на протяжении 4-5 сут рыхло тампонируют йодоформной марлей, конец которой выводят в ротовую полость. Если полость кисты небольшая, то тампонировать ее нецелесообразно. При лечении кист типа песочных часов во время вмешательства необходимо обратить внимание на перешеек, проходящий сквозь диафрагму рта и соединяющий две части новообразования между собой.

Кисты поднижнечелюстной слюнной железы у детей наблюдаются очень редко.

Жалобы такие же, как и при кистах другой локализации. *Клиника.* В подчелюстной области ближе к углу челюсти определяется новообразование мягкоэластической консистенции, что отличает его от ткани железы и лимфатического узла, с четкими контурами, безболезненное при пальпации. Кожа над ним не изменена в цвете. За время

длительного существования кисты к её содержимому прибавляется слюна. Поэтому при пункции получают слизеобразную жидкость желтого цвета.

Дифференцировать кисты поднижнечелюстной слюнной железы следует с сосудистыми новообразованиями (гемангиомами, лимфогемангиомами, лимфангиомами), дермоидными и эпидермоидными кистами, липомами этой локализации.

Лечение только хирургическое — под общим обезболиванием выполняют цистотомию интраоральным доступом с последующей тампонадой полости.



Рис. 3.104. Ретенционная киста малой слюнной железы нижней губы



Рис. 3.105. Ретенционная киста левой подъязычной слюнной железы



Рис. 3.106. Ретенционная киста правой подъязычной слюнной железы



Рис. 3.107. Удаленная ретенционная киста правой подъязычной слюнной железы

Кисты околоушной слюнной железы у детей развиваются очень редко и преимущественно в возрасте 12-14 лет.

Жалоб в начале развития кист дети и их родители не предъявляют, лишь при больших размерах — на наличие периодически то увеличивающейся, то уменьшающейся деформации мягких тканей околоушной области.

Клиника. При больших размерах кист околоушная область увеличена, кожа над ней не изменена в цвете. При пальпации выявляется мягкоэластическое новообразование, границы которого определить трудно, поскольку оно расположено в толще околоушной железы. На сиалограмме виден дефект наполнения, при УЗИ — анэхогенная структура участка. Функция слюнной железы не страдает.

Кисты околоушной слюнной железы надо дифференцировать с сосудистыми новообразованиями и другими новообразованиями слюнных желез, основываясь на данных пункции и УЗИ.

Лечение кист околоушной слюнной железы представляет определенные трудности, поскольку выделить кисту, то есть провести кистэктомию, затруднительно (тонкая оболочка). Кроме того, киста связана с паренхимой железы (находится в ее толще), а это повышенный риск травмирования ветвей лицевого нерва. Поэтому проводят цистотомию со стороны слизистой оболочки полости рта только тогда, когда киста достигает больших

размеров и является причиной значительной деформации околоушно-жевательной области.

Клиническое занятие №6

Мавзу: Нейрофиброматоз и невусы. Опухоли и кисты слюнных желез. Этиология, клиника, диагностика и лечение.

Технологические модели по образованию

Время занятия: 4 ч.	Количество студентов 8-10
Вид занятия:	Клиник занятие
План:	1. Нейрофиброматоз. Клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение. 2. Невусы. Виды. Клиника, диагностика, диф. диагностика, лечение. 3. Опухоли и кисты слюнных желез. Этиология, клиника, диагностика и лечение.
Задача учебного занятия:	Научиться поставить диагноз детям с новообразованиями зубочелюстной системы (нейрофиброматозом, невусами, опухольями и кистами слюнных желез). Научиться собирать анамнез от родителей ребенка, обследовать анатомо-функциональные расстройства и оказать первичную помощь. Научиться писать историю болезни, выбрать оптимального срока и метода операции в зависимости от возраста ребенка. Научиться особенностям послеоперационного ухода за ребенком и обработки за раной. Дать совет родителям по уходу ребенка.
Методы обучения:	Клиническое обследование, сбор анамнеза, писать историю болезни, беседа.
Вид занятия:	Массово-коллективный, персональный
Наглядные пособия по теме:	Стоматологическое кресло, стоматологическое зеркало, пинцет, шпатель, лоток, столик врача, спирт, фурацилин, марлиевые шарики, стерильные перчатки
Обстановка для проведения занятия:	Клинически оборудованный симуляционный кабинет, клинический кабинет
Мониторинг и критерии оценок:	Клинический анализ, оценка, устный контроль, вопрос-ответ

Практическое занятие №7

Тема: Остеогенные опухоли челюстей (остеома, хондрома, остеобластома, гемангиома, миксома). Опухолевидные изменения костей лица (фиброзная дисплазия, Херувизм, синдром Облрайта, эозинофильная гранулема).

Технологические модели по образованию

Время занятия: 3 ч.	Количество студентов: 8-10
Вид занятия	Введение новостей по практике
План	Ознакомление с темой.
Задача учебного занятия	Изучить остеогенные опухоли челюстей, (остеома, хондрома. Остеобластома, гемангиома, миксома)
Методы обучения	Беседа, наглядные пособия по практике
Вид занятия	общий-коллективный
Наглядные пособия по теме	Учебное пособие, практический, материал, проектор, компьютер
Обстановка для проведения занятия	Методическая оборудованная аудитория
Мониторинг и критерии оценок	Устный опрос

Технологическая карта практического занятия

Этапы работы	Преподаватель	Студент
1. Этапы подготовки	<ol style="list-style-type: none"> 1. Цель занятия 2. Подготовка слайдов по теме 3. Литература по теме: <ol style="list-style-type: none"> 1. Колесов А.А. – Стоматология детского возраста. М., 1991г. 463 с. 2. Персин Л.С. - Стоматология детского возраста 2003г. 3. Харьков Л.В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста Год издания: 2005г. 	Записывают тему и слушают
2. Основной этап	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разделение студентов на 2 маленькие подгруппы, задает вопросы по теме; 2. Использование слайдов и мультимедий; 3. проводит лечебные работы; 4. Объединяет все сведения по заданной теме, активно участвующих студентов поощряет и общо оценивает. 	Разделяют на маленькие группы, смотрят, участвуют, слушают. Студент высказывает свое мнение дополняет и задает вопросы
3. Заключительный этап	<ol style="list-style-type: none"> 1. Заключение. 2. Самостоятельная работа. 3. Домашнее задание. 	Слушают Записывают заключение

Интерактивный метод

Использование метода «Горячей картошки»

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Классификация доброкачественных опухолей и опухолевидных новообразований костей ЧЛЮ.

2. Остеобластокластома. Клиника, диагностика, лечение.
3. Остеома. Клиника, диагностика, лечение.
4. Фиброзная остеодисплазия. Этиология, клиника, диагностика.

Текст практического занятия

Остеома - это доброкачественная остеогенная опухоль. По материалам клиники челюстно-лицевой хирургии Киевской медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, остеомы составляют около 4% всех первичных доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований челюстей. Локализуется как на верхней, так и на нижней челюсти (чаще). В редких случаях может обнаруживаться в носовых, скуловых и лобных костях. Встречается чаще у взрослых, чем у детей. Новообразование одинаково часто выявляется как у мужчин, так и у женщин.

Клинически выделяют *центральную* и *периферическую* формы остеом челюстей. **Центральные** остеомы располагаются в толще кости, а периферические — по краям челюсти (экзостозы). Остеомы растут медленно, безболезненно. Поэтому длительное время остаются незамеченными, а выявляются чаще при обследовании у стоматолога (во время лечения зубов, протезировании и т.п.) или проведении рентгенографического исследования. Первым клиническим симптомом остеомы является деформация челюсти. Центральная остеома располагается в глубине челюстной кости. По структуре опухолевой ткани различают *компактную* и *губчатую* остеому. В компактной остеоме отсутствуют типичные остеогенные структуры, гаверсовы каналы узкие и почти полностью отсутствуют. В губчатой остеоме костные балки располагаются беспорядочно, степень зрелости их различна, а межбалочное пространство содержит фибро-ретикулярную ткань.

При локализации остеомы в теле нижней челюсти опухоль может давить на нижнечелюстной нерв, расположенный в канале и вызывать соответствующую неврогенную симптоматику.

Остеома мышечного отростка может затруднять движение нижней челюсти. Остеома верхней челюсти затрудняет носовое дыхание через соответствующую половину носа, а при локализации в области орбиты — приводит к нарушению (ограничению) движения глазного яблока и расстройству зрения. При расположении опухоли в области твердого неба и альвеолярного отростка возникают сложности, которые связаны с протезированием зубов съемными и несъемными протезами. Клинически остеома может вызывать асимметрию лица. Она представляет собой гладкое или бугристое выпячивание плотной консистенции, безболезненное, границы четкие, не смещается. Слизистая оболочка, которая покрывает остеому в цвете, как правило, не изменена, подвижная. Опухоль не связана с окружающими мягкими тканями, не нагнаивается. Располагаясь по периферии челюстных костей эти образования, называются *экзостозами*. К экзостозам относят не только периферические остеомы малых размеров, которые локализуются в области альвеолярных отростков, но и костные деформации челюстей, возникающие после удаления зубов. Они могут быть как одиночными, так и симметричными. К своеобразной форме экзостоза верхней челюсти относят *небный торус* — это костное утолщение в области небного шва (валика), обнаруживаемое у некоторых людей. Костная деформация в области небного шва выявляется как вскоре после рождения ребенка, так и по мере его роста. Врожденные симметричные или одиночные экзостозы также обнаруживаются *на внутренней поверхности нижней челюсти в области премоляров* — нижнечелюстной торус. Эти экзостозы нельзя отнести к костным опухолям, они являются своеобразной анатомической особенностью строения (формой) челюсти. Синонимом *экзостоза* является *остеофит* — это патологический костный нарост на поверхности кости.

На *рентгенограмме* компактная центральная остеома выявляется в виде гомогенного очага интенсивного затемнения округлой или овальной формы с относительно четкими

границами различных размеров. Опухоль не связана с зубами, но в некоторых случаях она проецируется на корень зуба, что напоминает одонтому. Периферическая компактная остеома на рентгенограмме имеет вид ограниченного выступа, выходящего за пределы челюсти, с четкими ровными контурами. *Губчатая остеома* на рентгенограмме неоднородна, имеется чередование участков разрежения и уплотнения. Аналогичные данные выявляются и на компьютерной томограмме.

Дифференцировать остеому необходимо с *одонтомой*. Для *одонтомы* характерно рентгенологически более интенсивное затемнение с четкими и ровными границами, а по периферии опухоли видна узкая полоска просветления шириной около 1 мм (соответствует капсуле одонтомы). *Остеоид-остеома* на рентгенограмме выявляется в виде очага деструкции кости с нечеткими границами, окруженного ободком склерозированной ткани. *Гиперостоз* — это патологическое разрастание костной ткани в результате предшествующих одонтогенных и неодонтогенных воспалительных процессов (периодонтиты, травма, стоматиты и т.д.). По своей сути это ничто иное, как оссифицирующий периостит. На рентгенограмме контуры его неровные и не такие четкие.

Лечение остеом только хирургическое. Операция показана в тех случаях, когда опухоль вызывает какие-либо нарушения (болевые или функциональные), а также по косметическим соображениям или при зубном протезировании (если остеома или костный выступ мешает установке съемного или несъемного протеза). Остеома удаляется в пределах здоровых тканей, а при неопухолевых экзостозах проводят нивелирование (сглаживание) деформированного участка челюсти до уровня нормальной кости.

Остеоид-остеома - это доброкачественная опухоль остеогенной природы. Локализуется в челюстях редко. Встречается у детей в возрасте после 5 лет. У взрослых выявляется до 30-летнего возраста. Чаще обнаруживается на нижней челюсти, а также у лиц мужского пола.

Патоморфология. *Макроскопически* опухоль в центральных ее отделах представлена тканью красного или серо-красного цвета, рыхлой консистенции. Вокруг очага имеется поясок (ободок) плотной консистенции. *Микроскопически* опухоль представлена остеогенной тканью с переплетающимися волокнами остеоида, которые подвергаются обызвествлению и превращаются в костные пластинки различной степени зрелости на периферии патологического очага. В опухоли обнаруживают остеобласты и остеокласты. Клеток костного мозга и жировой ткани нет. Могут встречаться отдельные лимфоциты и плазматические клетки.

Клиника. Основным симптомом остеоид-остеома является боль ноющего характера, которая возникает без видимых причин. Боль может быть как приступообразной, так и носить постоянный характер. Усиливается в ночное время. При поверхностной локализации опухоли (поднадкостнично) возникают явления периостита. Решающее значение в выявлении опухоли дают рентгенографические данные. На *рентгенограмме* определяется очаг деструкции костной ткани округлой формы с нечеткими границами, размером обычно до 1,5 см. По периферии патологический очаг окружен ободком склерозированной кости. Ширина последнего находится в прямой зависимости от длительности заболевания. Чем дольше существует остеоид-остеома, тем толще склерозированный ободок (участок новообразованной костной ткани).

Дифференциальный диагноз проводят с остеогенной саркомой, а также остеомой. В пользу остеосаркомы свидетельствует быстрый рост опухоли, более гомогенный характер разрушения кости, отсутствие склеротического ободка по периферии опухоли. Дифференциальная диагностика остеоид-остеома и остеомы проводится на основании данных рентгенографии

Лечение остеоид-остеома только хирургическое. Лечение состоит в удалении опухоли путем проведения кюретажа или резекции пораженного участка челюсти. При нерадикальном удалении патологического очага возможен рецидив опухоли.

Остеобластома - это доброкачественная опухоль остеогенной природы имеет сходство с остеонид-остеомой и является ее разновидностью. Синонимы: *остеобластокластома, гигантоклеточная опухоль, центральная гигантоклеточная гранулема, гигантоклеточная репаративная гранулема.*

По данным нашей клиники, остеобластома встречается в 12 % случаях всех первичных доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований челюстей. Опухоль развивается у лиц молодого, среднего и пожилого возраста, чаще у женщин.

Патоморфология. *Макроскопически* опухоль состоит из участков бурого цвета перемежающихся с зонами красно-серого или желтого цвета. Опухолевая ткань обильно кровотоцит. Состоит из одиночной или множественных мелких полостей, которые содержат бурюю жидкость. Опухоль может не содержать полости. По периферии патологического очага имеется зона оссификации. *Бурый цвет опухоловой ткани* обусловлен гемосидерином, который образуется в результате распада эритроцитов, циркулирующих вне сосудистого русла (сосудов в опухоли нет, а кровь циркулирует по межтканевым щелям).

Микроскопически остеобластома представлена двумя основными типами опухолевых клеток:

1) *остеобластов* — одноядерных клеток, которые принимают участие в построении кости;

2) *остеокластов* — гигантских многоядерных клеток, принимающих участие в рассасывании костной ткани. В опухоли можно обнаружить фиброзную ткань и островки новообразованной остеонидной ткани.

Клиника. Остеобластома располагается как в центре костной ткани челюсти, так и по периферии кости. Опухоль развивается без выраженной клинической симптоматики. Жалобы больных чаще сводятся к подвижности зубов и наличию асимметрии лица. При локализации остеобластомы в теле челюсти (*центральная форма*) опухоль пальпируется в виде плотного, гладкого или бугристого, малоблезненного или безболезненного образования, зубы в пределах границ опухоли подвижные, смещаются. Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области патологического очага гиперемированная, синюшная, имеются свищи с гнойным отделяемым (при обострении воспалительного процесса). Опухоль может достигать гигантских размеров с появлением изъязвлений на коже.

Периферическая форма остеобластомы характеризуется наличием ограниченного выпячивания, расположенного на альвеолярном отростке челюсти. Основание, на котором находится опухоль — широкое. Слизистая оболочка над опухолью синюшная, могут быть свищи. При травме кровотоцит, а затем инфицируется с образованием язв, регионарных лимфаденитов и соответствующей клинической симптоматикой (боли, повышение температуры тела, слабость, недомогание и т.д.). Зубы в области патологического очага подвижные. Различают четыре клинко-рентгенологические разновидности центральных и периферических остеобластом: *кистозная, ячеистая, солидная и литическая.* Рентгенологически *кистозная* форма остеобластомы представлена ограниченным разрежением костной ткани с более или менее четкими границами, что напоминает кисту.

Дифференциальную диагностику следует проводить с доброкачественными опухолями челюстей (остеонид-остеомой, остеохондромой, оссифицирующей фибромой, амелобластической фибромой, амелобластомой, цементобластомой и др.), фиброзной остеодисплазией, остеогенной саркомой. Остеобластома челюсти при нагноении напоминает острый или обострившийся хронический остеомиелит.

Лечение остеобластомы заключается в полном ее удалении, которое можно выполнить только путем проведения резекции участка челюсти с сохранением или без сохранения ее непрерывности (в зависимости от размеров опухоли). При радикальном удалении рецидивов остеобластомы не наблюдается, а при нерадикальной операции возможен не только рецидив, но и озлокачествление опухоли.

Хондрома

Опухоль развивается из хрящевой ткани. В нашей клинике *хондрома* встречалась у 2% больных с первичными доброкачественными опухолями и опухолеподобными образованиями челюстей. Встречается она чаще в возрасте от 10 до 60 лет. Обнаруживается как на верхней, так и на нижней челюсти. Опухоль растет медленно. В течение года и более достигает заметной величины, может озлокачиваться.

Клиника. В зависимости от локализации опухоли в челюсти различают: *энхондрому* (расположена в толще костной ткани) и *экхондрому* (периферическую, периостальную, юстакортикальную хондрому), которая растет за пределами кости. Хондрома растет медленно, безболезненно. Размеры опухоли могут быть различными (от небольшого одиночного узла до значительных размеров). Плотная на ощупь, гладкая или бугристая, с четкими границами. Вызывает деформацию челюсти, плотно спаяна с костью. На верхней челюсти хондрома чаще располагается по срединному шву, а на нижней челюсти — в толще ее тела или мышечкового отростка. Слизистая оболочка над опухолью в цвете не изменена. Хондрома с зубами не связана, но корни зубов, которые находятся в толще опухоли, подвергаются резорбции. На рентгенограмме она определяется в виде очага деструкции костной ткани определенных размеров с нечеткими границами. Корни зубов, находящиеся в опухоли подвергаются рассасыванию. В зоне патологического очага встречаются петрификаты (участок, инкрустированный солями кальция) и очаги оссификации (костеобразования). При экхондроме границы деструкции распространяются за пределы челюсти, что можно четко выявить на боковой рентгенограмме.

Патоморфология. *Макроскопически* хондрома имеет дольчатое строение, серо-белого цвета (напоминает хрящ). *Микроскопически* опухоль состоит из гиалинового хряща с наличием беспорядочно расположенных хрящевых клеток. Выявляются участки миксоматоза (ослизнения), оссификации, а так же петрификаты. При озлокачивании появляются хондроциты с гиперхромными ядрами, митозами.

Диагноз устанавливается на основании клинико-рентгенологических и патоморфологических данных. Дифференцировать хондромы нужно с другими опухолями челюстей.

Лечение хондромы только хирургическое. В связи с тем что после вылушивания опухоли часто возникают рецидивы, а также возможно ее озлокачивание, мы рекомендуем проводить радикальное удаление хондромы — резекцию челюсти, отступая не менее чем на 1 см от ее границ. Перед проведением резекции необходимо изготовить фиксирующую шину.

Осуществляется костная пластика.

Миксома

Эта доброкачественная опухоль, которая построена из слизистой ткани. Обладает местным инвазивным ростом. По данным нашей клиники она встречается в 1% случаев среди доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований челюстей. Выявляется в любом возрасте, одинаково часто у мужчин и женщин. Быстрый рост опухоли может происходить за счет накопления слизи. Не метастазирует, часто рецидивирует.

Патоморфология. *Макроскопически* опухоль имеет вид узла, состоящего из желтовато-белой слизистой ткани, без четких границ. *Микроскопически* в мукоидной строме располагаются клетки звездчатой формы с анастомозирующими отростками. Встречаются пучки коллагеновых волокон. Иногда в опухоли можно обнаружить мелкие островки одонтогенного эпителия, местами окруженного гиалинизированной стромой.

Клиника. Миксома (миксофиброма) растет медленно, безболезненно. Локализуется на верхней и нижней челюсти. Клинически проявляется вздутием кости. Пальпаторно можно определить плотное, безболезненное выпячивание челюсти с гладкой поверхностью. Слизистая оболочка над опухолью в цвете не изменена. Зубы в границах новообразования подвижные, смещаются. При локализации патологического очага в теле

нижней челюсти в опухолевой процесс вовлекается сосудисто-нервный пучок и возникает симптом Венсана. На верхней челюсти миксофиброма может прорасти в верхнечелюстную пазуху и полость носа. На *рентгенограмме* определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими границами. В некоторых случаях может иметь вид мелких ячеистых образований, разделенных костными перегородками или напоминает костную кисту.

Окончательный *диагноз* обычно устанавливается только после патогистологического исследования опухоли.

Лечение миксомы (миксофибромы) хирургическое. Проводится резекция челюсти.

Гемангиома - это доброкачественная опухоль, развивающаяся из кровеносных сосудов. В челюсти встречается редко. Согласно данным нашей клиники — в 0,5 % случаев. Может быть обнаружена в любом возрасте. Одинаково часто выявляется как у мужчин, так и у женщин. Различают *изолированную* гемангиому челюстей и *сочетанную*, т.е. когда опухолевым процессом поражаются одновременно мягкие ткани и кость. Таким образом, наличие гемангиомы в мягких тканях лица (на коже или слизистой оболочке) позволяет косвенно предположить о возможности присутствия этой сосудистой опухоли и в челюстях. Проведение стоматологических хирургических вмешательств у этой категории больных (удаление зубов, вскрытие абсцессов и т.п.) может представлять большую опасность для жизни пациента. Поэтому, у таких больных, перед проведением оперативных вмешательств необходимо сделать рентгенограммы челюсти с целью выявления наличия внутрикостных гемангиом, что позволяет предотвратить профузное кровотечение из костной ткани. В некоторых случаях, чтобы иметь полное представление распространенности сосудистой опухоли в костной ткани приходится делать ангиографию.

Патоморфология. По происхождению гемангиомы могут быть отнесены не только к истинным опухолям, но и к дизонтогенетическим образованиям — *гамартомам* (возникают в результате нарушения эмбрионального развития тканей). В некоторых случаях трудно провести строгую грань между гемангиомой, которая является гамартомой или истинной опухолью. Гемангиомы челюстей чаще бывают связанными с патологией венозных сосудов.

Внутрикостные гемангиомы, в зависимости от строения, могут быть *кавернозными* (*пещеристыми*), *рацемозными* (*ветвистыми*), *капиллярными* или *смешанными*. В зависимости от особенностей гистологического строения и независимо от их локализации все опухоли, развивающиеся из кровеносных сосудов также различают: гемангиома склерозирующая (гистиоцитома — сосудисто-соединительнотканная опухоль); гемангиоперицитома (образована множеством капилляров, окруженных веретенообразными и округлыми клетками — перицитами); *гемангиофиброма* (состоит из кровеносных сосудов и волокнистой соединительной ткани); гемангиоэндотелиома (развивается из эндотелия кровеносных сосудов).

Клиника. В зависимости от размеров гемангиомы в челюсти она может быть *локализованной* и *распространенной*. Внутрикостная гемангиома длительное время, чаще всего, ничем себя не проявляет. Обычно обнаруживается случайно при рентгенографическом обследовании челюстей по поводу каких-либо заболеваний (периодонтиты, периоститы, остеомиелиты и т.д.) или при возникновении кровотечения из костной раны во время проведения хирургического вмешательства (удаления зуба).

Клинические симптомы чаще всего сводятся к деформации челюсти из-за ее вздутия. При локализации ее в области альвеолярного отростка появляется подвижность зубов, а также гипертрофия и упорная (повторная) кровоточивость десен. Последние могут иметь синюшную или сине-багровую окраску. При пальпации, в данном случае, можно определить изменения плотности кости, т.е. челюсть имеет тестоватую консистенцию.

На *рентгенограмме* челюсти гемангиома выглядит в виде мелко- или среднеячеистых структур разрежения костной ткани. Форма ячеек неправильная. Может

иметься деформация челюсти. На фоне пенистой структуры патологического очага можно увидеть ячейки и более больших размеров. Края ячеек окружены склеротической каймой. Это является патогномичным симптомом сосудистой опухоли. Напоминает внутричелюстное поликистозное образование, но форма ячеек не округлая, а неправильная. Могут быть периостальные наслоения, что напоминает злокачественную опухоль.

Диагноз уточняется на основании клинико-рентгенологической симптоматики, а при раз рушении кортикальной поверхности кости челюсти возможно провести пункцию патологического очага. При этом в пунктате мы получаем кровь.

Лечение внутрикостных гемангиом челюстей необходимо проводить только в том случае, если опухоль вызывает деформацию челюсти и повторные кровотечения из десен. Л. В. Харьков и соавт. (1995) для заполнения костных полостей при гемангиомах использовали полиуретановый клей КЛ-3, который вводится через толстую иглу с помощью шприца. Наиболее радикальным является хирургический метод лечения, но он может быть травматичным и вызвать обильное кровотечение. Поэтому хирургическому методу должна предшествовать двусторонняя перевязка наружных сонных артерий. Следует помнить, что во время операции может возникнуть необходимость в адекватном восполнении кровопотери. Учитывая техническую сложность хирургического лечения до настоящего времени применяется склерозирующая терапия (95% этиловым спиртом или 2% раствором салициловой кислоты на 80% спирте), электрокоагуляция, криодеструкция небольших внутрикостных гемангиом.

Фиброзная остеодисплазия (синоним: *болезнь Брайцева-Лихтенштейна*). Впервые была описана В.Р. Брайцевым в 1929 г. под названием *фиброзная остеодистрофия*, а в 1937 году L. Lichtenstein выделил это заболевание в отдельную группу. Фиброзная остеодисплазия может впервые диагностироваться как у детей, так и у взрослых. Выявляется одинаково часто у лиц женского и мужского пола. По нашим данным, это заболевание встречается примерно у 5 % больных с доброкачественными опухолями и опухолеподобными образованиями челюстей.

Различают *монооссальную* и *полиоссальную* форму заболевания.

При монооссальной фиброзной остеодисплазии поражаются только челюсти, а при полиоссальной — и еще и другие кости скелета (херувизм, болезнь Олбрайта).

Клиника. Фиброзная остеодисплазия имеет наиболее выраженный рост в детском и юношеском возрасте. Заболевание длительное время протекает бессимптомно. Первыми симптомами, которые манифестируют о наличии заболевания являются боли в зубах и вздутие костей, которое вызывает деформацию лица. При пальпации вздутие кости безболезненное, плотное, может быть бугристым. Окружающие мягкие ткани в патологический процесс не вовлекаются. Открывание рта не затруднено. При нагноении очагов фиброзной остеодисплазии возникает отек и гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка, увеличиваются регионарные лимфатические узлы, т.е. появляется симптоматика обострения воспалительного процесса в челюсти. Заболевание может стабилизироваться, в редких случаях переходит в опухолевой процесс.

На *рентгенограмме* чаще имеется несколько очагов деструкции (разрежения) костной ткани округлой формы без четких границ, а иногда и трудно различимых. Излюбленной локализации в челюсти нет. Может выявиться как на верхней, так и в нижней челюсти. Чаще имеется многоочаговость поражения.

Патоморфология. *Макроскопически* фиброзная остеодисплазия выглядит разнообразно. Патологический очаг представлен бледно-желтой тканью с костными включениями. Измененная ткань легко отделяется от здоровой кости. Границы очага трудноразличимы. *Микроскопически* этот порок развития характеризуется разрастанием волокнисто-фиброзной ткани с наличием остеобластов и остеокластов, что дает ей сходство с остеобластомой, но отличие от последней в очаге отсутствуют пролиферирующие остеобласты и остеоидная ткань.

Диагностику следует проводить с остеогенными и неостеогенными доброкачественными и злокачественными опухолями и опухолеподобными заболеваниями челюстей, а также с хроническим периоститом и остеомиелитом. Диагноз устанавливается на основании рентгенологических и патогистологических данных.

Лечение фиброзной остеодисплазии хирургическое. Патологический очаг или очаги поражения костной ткани подлежат выскабливанию в пределах здоровых тканей. В тех случаях, когда не удастся выявить границы измененной кости, а оссификация зоны поражения не выражена, то прибегают к субпериостальной резекции участка челюсти.

Деформирующий остоз (болезнь Педжета). Редкое заболевание, впервые описано Педжетом в 1877 году. Характеризуется деформацией бедренных и большеберцовых костей, позвоночника и черепа с выраженным гиперостозом, утолщением и искривлением костей. Со стороны лица наблюдается утолщение скуловых костей и подбородка, западение переносицы. Лицо приобретает сходство с *львиной мордой*, что дало основание называть это состояние как *leontiasis ossea* (синоним: *гиперостоз черепа, краниосклероз*). Однако ошибочно думать, что такой внешний вид может быть только при этой болезни. Он наблюдается при паратиреоидной остеодистрофии, нейрофиброматозе, различных опухолях костей лицевого скелета.

Херувизм характеризуется фиброзной остеодисплазией нижней челюсти в области ее углов. В результате чего лицо приобретает одутловато-округлую форму, что напоминает изображение лиц ангелов. Это заболевание имеет наследственный характер, что дало повод называть его семейной фиброзной дисплазией. Херувизм хирургического лечения не требует. С возрастом деформация лица уменьшается и лицо приобретает нормальную форму.

Болезнь Олбрайта. Проявляется очагами фиброзной остеодисплазии и гиперпигментацией кожных покровов, которые протекают на фоне преждевременного полового созревания. Этиология заболевания неясна. Болезнь имеет врожденный характер. Обнаруживается у девочек.

Эозинофильная гранулема

Заболевание относят к *гистиоцитозам (ретикулоэндотелиозам)*, т.е. к поражениям при которых наблюдается интенсивное образование и появление в крови или других тканях гистиоцитарных элементов (нейтрофилов, эозинофилов, лимфоцитов, плазматических клеток, многоядерных гигантских клеток). Впервые как самостоятельное заболевание эозинофильная гранулема описана Н. И. Таратыновым в 1913 г. Поэтому в отечественной литературе ее называют *болезнью Таратынова*. Заболевание является довольно редким и, по нашим данным, составляет около 0,5% всех доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований челюстей. Причины возникновения эозинофильной гранулемы не выяснены. Эозинофильная гранулема чаще встречается у лиц молодого возраста, но может обнаруживаться и у детей. Локализуется в челюстных костях, чаще в нижней челюсти. Может поражать другие кости скелета человека или черепа, лимфоузлы, кожу и паренхиматозные органы (например, при болезнях Люттерера-Зиве или Хенда-Шюллера-Крисчена).

Патоморфология. *Макроскопически* ткань опухолевидного образования представляет собой легко распадающуюся (крошащуюся) мягкую массу серо-красного цвета с кровоизлияниями. *Микроскопически* наружные отделы эозинофильной гранулемы состоят из грануляционной ткани. Основная масса представлена гистиоцитарными клетками, на фоне которых имеются очаги некроза и скопления эозинофилов, гигантских многоядерных клеток, лимфоидных и плазматических клеток. Эозинофильная гранулема в процессе ее роста и в некоторых случаях прорастает кость и захватывает мягкие ткани, что может сопровождаться возникновением язв на слизистой оболочке полости рта.

Клиника. Жалобы больных чаще сводятся к болям в области патологического очага. В челюстно-лицевой области выделяют две клинические формы течения эозинофильной гранулемы: *очаговую* и *диффузную*. Очаговая (гнездная) форма характеризуется

появлением одного или нескольких ограниченных очагов в теле или ветви нижней челюсти. Диффузная форма разлитой (распространенный) очаг в челюсти, т.е. диффузное поражение челюстной кости. Выделяется еще и третья форма клинического течения эозинофильной гранулемы — генерализованная — характеризуется поражением не только челюстей, но и других костей скелета человека.

В начальном периоде заболевания выявляется кровоточивость десен, расшатывание интактных зубов. В дальнейшем наблюдается атрофия зубодесневых сосочков и обнажаются корни зубов. Десневые края воспалены, появляются эрозии и изъязвления на слизистой оболочке альвеолярного отростка. После обнажения корней и выпадения зубов из пустых лунок выпячивается серовато-желтая или серовато-красная грануляционная ткань.

На *рентгенограмме* имеются ограниченные или разлитые очаги деструкции костной ткани. Очаги деструкции могут быть с четкими или расплывчатыми границами. По периферии патологического очага остеосклероза нет. Остеолиз в очаге поражения имеет неоднородный характер.

Окончательный *диагноз* устанавливается после проведения биопсии и патогистологического исследования.

Лечение заключается в полном удалении патологического очага путем выскабливания (*экскохлеации*). При диффузной форме эозинофильной гранулемы после выскабливания очага поражения назначают курс лучевой терапии.

Клиническое занятие №7

Мавзу: Остеогенные опухоли челюстей (остеома, хондрома, остеобластома, гемангиома, миксома). Опухолевидные изменения костей лица (фиброзная дисплазия, Херувизм, синдром Облрайта, эозинофильная гранулема).

Технологические модели по образованию

Время занятия: 3 ч.	Количество студентов 8-10
Вид занятия:	Клиник занятие
План:	1. Остеогенные опухоли челюстей (остеома, хондрома, остеобластома, гемангиома, миксома). Клиника, методы диагностики, диф. диагностики и лечения. 2. Опухолевидные изменения костей лица (фиброзная дисплазия, Херувизм, синдром Облрайта, эозинофильная гранулема). Клиника, методы диагностики, диф. диагностики и лечения.
Задача учебного занятия:	Научиться поставить диагноз детям с опухолями челюстей (остеома, хондрома, остеобластома, гемангиома, миксома) и опухолевидными изменениями костей лица (фиброзная дисплазия, Херувизм, синдром Облрайта, эозинофильная гранулема). Научиться собирать анамнез от родителей ребенка, обследовать анатомо-функциональные расстройства и оказать первичную помощь. Научиться писать историю болезни, выбрать оптимального срока и метода операции в зависимости от возраста ребенка. Научиться особенностям послеоперационного ухода за ребенком и обработки за раной. Дать совет родителям по уходу ребенка.
Методы обучения:	Клиническое обследование, сбор анамнеза, писать историю болезни, беседа.
Вид занятия:	Массово-коллективный, персональный
Наглядные пособия по теме:	Стоматологическое кресло, стоматологическое зеркало, пинцет, шпатель, лоток, столик врача, спирт, фурацилин, марлиевые шарики, стерильные перчатки
Обстановка для проведения	Клинически оборудованный симуляционный кабинет, клинический кабинет

занятия:	
Мониторинг и критерии оценок:	Клинический анализ, оценка, устный контроль, вопрос-ответ

Практическое занятие №8

Тема: Одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования (амелобластома, одонтома, одонтогенная фиброма, цементома). Кисты челюстей.

Технологические модели по образованию

Время занятия: 3 ч.	Количество студентов: 8-10
Вид занятия	Введение новостей по практике
План	Ознакомление с темой.
Задача учебного занятия	Изучить одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования (амелобластома, одонтома, одонтогенная фиброма, цементома). Кисты челюстей.
Методы обучения	Беседа, наглядные пособия по практике
Вид занятия	общий-коллективный
Наглядные пособия по теме	Учебное пособие, практический материал, проектор, компьютер
Обстановка для проведения занятия	Методическая оборудованная аудитория
Мониторинг и критерии оценок	Устный опрос

Технологическая карта практического занятия

Этапы работы	Преподаватель	Студент
1. Этапы подготовки	1. Цель занятия 2. Подготовка слайдов по теме 3. Литература по теме: 1. Колесов А.А. – Стоматология детского возраста. М., 1991г. 463 с. 2. Персин Л.С. - Стоматология детского возраста 2003г. 3. Харьков Л.В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста Год издания: 2005г.	Записывают тему и слушают
2. Основной этап	1. Разделение студентов на 2 маленькие подгруппы, задает вопросы по теме; 2. Использование слайдов и мультимедий; 3. проводит лечебные работы; 4. Объединяет все сведения по заданной теме, активно участвующих студентов поощряет и обще оценивает.	Разделяют на маленькие группы, смотрят, участвуют, слушают. Студент высказывает свое мнение дополняет и задает вопросы
3. Заключительный этап	1. Заключение. 2. Самостоятельная работа. 3. Домашнее задание.	Слушают Записывают заключение

Интерактивный метод

Использование метода «ТЕМНАЯ ЛОЩАДКА»:

Для проведения игры необходимо:

1. Напечатанные на листах варианты вопросов (10 вариантов).
2. Номерки по количеству вариантов вопросов (10).
3. Номерки для жеребьевки студентов.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Амелобластома. Клинические проявления, диагностика, принципы лечения.
2. Одонтома и cementoма челюстей. Клиника, диагностика, принципы лечения.
3. Методы лечения одонтогенных опухолей челюстей.

Текст практического занятия

Одонтогенные новообразования развиваются только в челюстях, поскольку связаны с процессом зубообразования.

Амелобластома (адамантинома)

Под амелобластомой объединяют группу одонтогенных опухолей эпителиального происхождения, которые располагаются в толще челюсти. К этой группе опухолей относят как истинную амелобластому (синонимы: адамантинома, адамантинная эпителиома, адамантинобластома и др.), так и амелобластическую фиброму (синоним: мягкая одонтома), аденоамелобластому (синоним: аденоматоидная одонтогенная опухоль), амелобластическую фиброодонтому, одонтоамелобластомию. Для этих опухолей характерна способность к инвазивному (деструктивному, инфильтративному) росту. Прорастая челюстную кость опухоль растет в мягкие ткани, а на верхней челюсти — в верхнечелюстную пазуху. Встречаются амелобластомы чаще у больных в возрасте 17-45 лет, хотя могут быть выявлены и в другом возрасте. Обнаруживается как у женщин, так и у мужчин. Локализуются чаще на нижней челюсти в области ее угла и ветви, но могут встречаться в области тела нижней челюсти, а также на верхней челюсти. По нашим данным, амелобластомы обнаруживаются в 18% случаев среди всех доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований челюстей. Примерно в 94% случаях опухоль локализуется на нижней челюсти.

Патоморфология опухоли зависит от варианта выявленной формы амелобластомы.

Макроскопически новообразование представлено серовато-розовой мелкозернистой тканью с множественными кистами, не содержит очагов обызвествления. Гистологически различают *фолликулярный, плексиформный, акантоматозный, базально-клеточный, зернисто-клеточный* варианты строения истинной амелобластомы (Н.А. Краевский и соавт., 1993).

Наиболее типичен *фолликулярный* тип строения, представленный эпителиальными комплексами различной величины, которые напоминают развивающийся эмалевый орган зубного зачатка. Эпителиальные комплексы окружены высокими цилиндрическими клетками, в центре — эпителий с явлениями ретикулирования. Плексиформный вариант характеризуется тяжами эпителия неправильных очертаний, переплетающихся в виде сети с частым ретикулированием в центральных отделах.

Акантоматозный тип строения в центральных отделах представлен полигональными клетками, которые напоминают клетки шиповатого слоя плоского эпителия. Имеется тенденция к формированию «роговых жемчужин».

Базально-клеточный вариант напоминает элементы базалиомы кожи, а при *зернисто-клеточном* типе строения в центральных отделах имеются крупные клетки с зернистой (оксифильной) цитоплазмой (зерна смещают ядро к периферии клеток).

Амелобластическая фиброма (мягкая одонтома) *микроскопически* представлена островками и тяжами одонтогенного эпителия, располагающегося в клеточной волокнустой ткани, напоминающей ткань зубного сосочка в зачатке. По периферии комплексов располагаются цилиндрические или кубические клетки.

Аденоамелобластома (аденоматоидная одонтогенная опухоль) *микроскопически* построена из железисто-подобных структур, образованных кубическим эпителием. Эпителий формирует тяжи кольцевидной структуры или лежит солидными островками. В просвете этих железистых структур обнаруживается гомогенное оксифильное вещество.

При амелобластической фибродонтоме опухоль состоит из участков имеющих строение амелобластической фибромы, а также отложений дентина и эмали. Эпителий не образует типичных комплексов амелобластомы.

Одонтоамелобластома представлена структурами амелобластомы, сочетающимися с отложением дентина и эмали, которые напоминают зубной зачаток.

Все варианты (типы) амелобластом обладают местнодеструктурирующим ростом.

Клиника. Амелобластомы растут медленно, безболезненно. Поэтому больные обращаются к врачу лишь спустя продолжительное время после появления опухоли.

Жалобы больных сводятся к наличию асимметрии лица, ноющих болей в челюсти и зубах. Больные просят удалить интактные зубы, в которых локализуется боль. Лунки после удаления зубов длительно не заживают. В анамнезе имеются указания на периодическое припухание пораженного участка челюсти, т.е. росту опухоли сопутствовали воспалительные явления (периоститы, абсцессы, флегмоны), а также периодически открывались свищи на слизистой оболочке полости рта с гнойным или кровянистым отделяемым. Если опухоль достигает больших размеров, то может нарушаться акт жевания, речи. При внешнем осмотре у больных имеется асимметрия лица за счет веретенообразного утолщения челюсти. Кожа над опухолью обычно в цвете не изменена, собирается в складку. Регионарные лимфоузлы могут быть увеличены. При пальпации опухоль безболезненная, плотная, может быть бугристой. Открывание рта, как правило, не затруднено. Со стороны преддверия полости рта определяется сглаженность или выбухание челюсти по переходной складке, а в некоторых случаях — утолщение переднего края ветви нижней челюсти. Может обнаруживаться вздутие тела челюсти с язычной (небной) стороны. Слизистая оболочка в области патологического очага в цвете не изменена. В некоторых участках опухоль может прорасти кортикальную пластинку челюсти и распространяться на мягкие ткани. Пальпаторно опухоль безболезненная, плотная. При дефекте кости возможен симптом пергаментного хруста или появляется флюктуация. При пункции - жидкость желтого или коричневого цвета. Зубы, которые находятся в зоне патологического очага могут быть как неподвижными, так и подвижными. Амелобластомы иногда нагнаиваются в результате травмирования опухоли зубами антагонистами. Нагнаившиеся амелобластомы клинически проявляют себя как обычный одонтогенный воспалительный процесс.

В клинической картине амелобластом нет однообразия, поэтому в установлении диагноза большое значение имеет рентгенографический метод исследования челюстей. Типичным для рентгенологической картины большинства из амелобластом является ряд округлых полостей различной величины, которые отделены друг от друга костными перегородками.

Последние могут истончаться по мере роста опухоли и совсем исчезнуть. Полости соприкасаются, накладываются и даже сливаются друг с другом. Кисты могут иметь округлую форму, четкие, но неровные края. Амелобластома также может быть представлена одной кистозной полостью. Вокруг нее, в некоторых случаях, располагается ряд мелких полостей. В кистозной полости может находиться ретенционный или дистолитированный зуб. Возможно, что в полость кисты оказываются обращенными корни зубов. А. Л. Козырева (1959) предлагает следующие варианты рентгенологической картины амелобластом. Сопоставлением послыстных рентгенограмм и патоморфологических исследований Ю.А.Зорин (1965) и Н. Н. Мазалова (1974) доказали наличие в кости отростков опухоли в виде тяжей, которые проникают на глубину 0,7 см. в здоровую кость, что в большинстве случаев невидимо на обычных рентгенограммах. Этот факт необходимо учитывать при проведении хирургического лечения для радикального удаления опухоли. Компьютерная томография уточняет локализацию опухоли.

Диагностика прежде всего проводится с кистами челюстей, остеобластомой, фиброзной остеодисплазией, злокачественными опухолями челюстных костей а также с хроническим остеомиелитом.

Лечение амелобластом заключается в радикальном удалении опухоли в пределах здоровых тканей. Выскабливание опухоли обязательно ведет к возникновению рецидива, т.к. аме-лобластомы обладают местнодеструктивным (инфильтративным) ростом. У больных с аме-лобластомой, которая располагается в пределах альвеолярного отростка или внутреннего края ветви нижней челюсти, допустима щадящая резекция челюсти с сохранением непрерывности кости. При проведении резекции нижней челюсти необходимо отступить на 2см в сторону здоровой кости от рентгенологически видимых границ опухоли. Если амелобластома располагается на верхней челюсти, то ее удаляют путем частичной или полной резекции челюсти оставляя, по возможности, нижнеглазничный край (для сохранения опоры главному яблоку). Резекцию челюсти проводят поднадкостнично если опухоль не прорастает костной ткани. При распространении амелобластомы в мягкие ткани выполняют резекцию окружающих ее тканей. После проведения оперативного вмешательства на нижней челюсти необходимо одновременно осуществить костную пластику. В качестве трансплантата используется ауто- или аллокость. При несвоевременном удалении амелобластомы возможно осложнение — патологический перелом нижней челюсти.

Одонтома является опухолевидным образованием, состоящим из эпителиального и мезенхимального компонентов зубообразующих тканей. Одонтомы являются пороком развития зубных тканей.

Одонтома (синоним: *твердая одонтома*) развивается из одного или нескольких зачатков зубов. К истинным опухолям это образование отнести нельзя. А. И. Евдокимов (1959) делит одонтомы на *простые* (представлена тканями одного зуба, смешанными в различных сочетаниях) и *сложные* (построена из нескольких зачатков зубов или множества рудиментарных зубов). *Простые одонтомы* в свою очередь делятся на *полные* (имеют зубоподобную или округлую форму) и *неполные* (в зависимости от локализации называются *коронковыми*, *корневыми* или *пародонтомами* — «привески» к корням зубов). *Сложные одонтомы* могут быть *смешанными* (состоит из беспорядочно перемешанных зубных тканей нескольких зубов) и *составными* (состоит из множества правильно сформированных и спаянных между собой деформированных зубов). Деление сложных одонтом на смешанные и составные чисто *условное*, т.к. достоверные критерии дифференцирования двух видов сложных одонтом отсутствуют. Одонтомы окружены соединительнотканной капсулой. По нашим данным, одонтомы встречаются в 7% случаях среди всех доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований челюстей. Чаще встречаются у лиц молодого возраста. Преимущественно возникает на нижней челюсти в области моляров. Обнаруживается чаще у женщин.

Клиника. Одонтомы растут очень медленно, безболезненно. Сформировавшись в определенном возрасте их рост чаще всего останавливается и они в размерах не увеличиваются. В том месте, где находится эта опухоль, постоянный зуб может отсутствовать. Если одонтома располагается в месте прохождения нерва, то ее рост сопровождается болью, что иногда симулирует неврологическую симптоматику. Увеличиваясь в размерах, опухоль может прорасти кость. При травмировании одонтомы зубами — антагонистами возникает ее инфицирование и нагноение с появлением соответствующей клинической симптоматики. Основным методом в *диагностике* одонтом является рентгенография. Рентгенограмма характерна. Выявляется гомогенная ткань определенной формы (по плотности соответствует зубу) с четкими и неровными краями. По границе опухоли определяется узкая полоска просветления шириной около 1 мм, что соответствует капсуле одонтомы. Кость на границе с опухолью может быть склерозированной. Рентгенографически слюнные камни в поднижнечелюстной железе могут симулировать одонтому нижней челюсти. Для уточнения диагноза необходимо провести рентгенографию мягких тканей дна полости рта и при калькулезном субмаксиллите определяем более точную локализацию слюнного камня. Остеома по рентгенплотности может приближаться к одонтоме, но в отличие от последней остеома

менее плотная, более гомогенная и в ней всегда отсутствует полоска просветления по периферии опухоли (нет капсулы).

Лечение заключается в удалении одонтомы вместе с капсулой. Оставшаяся капсула может служить источником для дальнейшего роста опухоли. Во время удаления одонтом больших размеров может произойти перелом нижней челюсти. Для заполнения обширного послеоперационного дефекта челюсти можно использовать биоинертную или биоактивную керамику, что значительно стимулирует регенераторные процессы в костной ткани. *Прогноз* благоприятен.

Цементома развивается из одонтогенной соединительной ткани. Эта группа доброкачественных опухолей, основной чертой которых является наличие цементоподобной ткани. В данную группу входят *доброкачественная цементобластома (истинная цементома), цементирующаяся фиброма, периапикальная цементодисплазия, гигантоформная цементома (семейные множественные цементомы)*. Встречаются чаще в возрасте 15-30 лет, преимущественно на нижней челюсти. В нашей клинике мы ее обнаруживали в 2% случаев.

Патоморфология. *Макроскопически* представлена плотноэластической тканью с мягкими кальцинатами или маломинерализованной костной тканью, которая легко режется ножом. Выявляются и более плотные участки. Доброкачественная цементобластома образована цементоподобной тканью в виде переплетающихся комплексов. По гистологическому строению напоминает остеоид-остеому, болезнь Педжета, атипичную остеогенную саркому. Цементирующаяся фиброма представлена переплетающимися пучками клеточно-волоконистой ткани, между которыми располагаются многочисленные интенсивно обызвествленные участки. В некоторых случаях может напоминать доброкачественную цементобластому. Периапикальная цементодисплазия на ранних стадиях сходна с цементирующей фибромой. В последующем в ней образуются более плотные участки, соответствующие по строению грубоволоконистой кости. Гигантоформная цементома характеризуется образованием в различных отделах челюстей масс интенсивного, почти бесклеточного, цементоподобного вещества. Цементирующаяся фиброма и доброкачественная цементобластома всегда имеют капсулу, которая окружает патологический очаг (опухоль).

Клинически эти опухоли растут бессимптомно. Асимметрия лица выражена в той или иной степени. Кожные покровы в цвете не изменены. Лимфоузлы не увеличены. Открывание рта свободное. Имеется деформация челюсти на определенном участке. Слизистая оболочка в цвете не изменена. На рентгеновском снимке цементомы чаще могут иметь вид *плотной ткани* (по плотности соответствует кости), окруженной прозрачной полосой неминерализованной ткани. Иногда имеются участки, сходные по плотности с тканями зуба. В некоторых случаях цементомы имеют вид *кисты*, т.е. представлены участком разрежения костной ткани с четкими неровными краями. Периапикальная цементная дисплазия представлена диффузными деструктивными изменениями в виде чередования участков уплотнения (по плотности приближаются к плотности зуба), связанных непосредственно с корнями зубов, которые не имеют периодонтальной щели.

Лечение доброкачественной цементобластомы и цементирующей фибромы только хирургическое. Оно заключается в удалении опухоли вместе с капсулой. Гигантоформная цементома (семейные множественные цементомы), которые встречаются у нескольких членов семьи и периапикальная цементная дисплазия в хирургическом лечении не нуждаются.

Фиброма

Встречается редко. По данным нашей клиники, фиброма челюсти (внутрикостная фиброма) обнаружена в 1% случаев среди доброкачественных опухолей и о пухоле подобных образований челюстей. Чаще встречается у женщин. Возраст больных — дети и лица молодого возраста. Локализуется как на верхней, так и на нижней челюстях.

Патоморфология. Фиброма состоит из фиброзной грубоволокнистой соединительной ткани. Количество клеточных элементов в ней невелико. В зависимости от гистологического строения фибромы могут быть: *оссифицирующими*; *петрифицирующими* (содержат мелкоочаговые отложения солей кальция); *одонтогенными* (содержат остатки зубообразовательного эпителия); *миксоматозными* (содержат слизеподобное вещество); *хондромиксоидными* (состоят из хрящевидного межучного вещества, в котором расположены вытянутые и звездчатые клетки) и *простыми* (состоит только из фиброзной ткани). При развитии фибромы из элементов эндо- и периневрия возникают *внутрикостные нейрофибромы* (образуются из волокон тройничного нерва).

Клиника. Фибромы растут медленно, бессимптомно. Достигнув больших размеров, опухоль вызывает деформацию челюсти. Могут быть боли ноющего характера. Поверхность внутрикостной фибромы при пальпации гладкая, границы четкие, плотная на ощупь, безболезненная. Возможно инфицирование со стороны кариозных зубов. В этом случае клиническая картина напоминает хронический остеомиелит челюсти.

На рентгенограмме челюсти фиброма проявляется в виде гомогенного разряжения костной ткани округлой формы с относительно четкими границами. Патологический очаг окаймлен истонченным слоем кости без периостальной реакции. В центре очага могут быть участки петрификации (отложение солей кальция). Рентгенологически внутрикостные фибромы напоминают кисту челюсти.

Окончательный *диагноз* устанавливается только после проведения патогистологического исследования удаленной опухоли.

Лечение внутрикостной фибромы только хирургическое. Опухоль удаляется путем проведения кюретажа (выскабливания).

КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ

Кисты челюстей (*herniae maxillae et mandibulae*) относят к опухолеподобным новообразованиям, которые на амбулаторном приеме у детского стоматолога встречаются наиболее часто.

Среди одонтогенных кист челюстей у детей чаще развиваются радикулярные и фолликулярные. По статистическим данным, преобладают радикулярные кисты, составляющие 94-96 % всего количества челюстных кист. Фолликулярные развиваются у 4—6 % детей. Чаще всего кисты наблюдаются у детей 7-12 лет в период смены временных зубов, но могут развиваться и в младшем (4-5 лет) возрасте на нижней челюсти, преимущественно в участке премоляров. Радикулярные кисты от временных зубов преобладают над кистами от постоянных. Они чаще встречаются на нижней челюсти, причиной их развития является периодонтит временных моляров.

Неодонтогенные кисты — пороки развития, к которым относят фиссуральные (кисты резцового или носо-нёбного канала, глобуломаксиллярная или интермаксиллярная и носогубная), а также травматические кисты (солитарная костная, геморрагическая и безоболочечная), у детей встречаются очень редко (рис. 3.108.).

В клинической практике используют такую классификацию кист челюстей:

1. Одонтогенные кисты воспалительного происхождения:

- а) радикулярная;
- б) радикулярная зубосодержащая;
- в) резидуальная (остаточная, которая остается после удаления "причинного" зуба).

2. Одонтогенные кисты невоспалительного происхождения:

- а) фолликулярная;
- б) киста прорезывания.

3. Неодонтогенные кисты — пороки развития:

- а) фиссуральная (резцового или носо-нёбного канала; глобуломаксиллярная или интермаксиллярная; носогубная);

б) травматическая (солитарная, геморрагическая, безоболочечная).

Патогенез. Развитие одонтогенной кисты воспалительного происхождения (радикулярной) обычно начинается с хронического воспалительного процесса (гранулематозный или гранулирующий периодонтит), вызывающего разрастание грануляционной ткани вокруг верхушки корня. В последующем, под воздействием частых обострений воспалительного процесса и нарушения питания центральных отделов гранулемы, происходит некроз некоторых участков ее, расположенных между эпителиальными тяжами. В результате этого в толще гранулемы образуются полости, окруженные эпителием, который является оболочкой будущей кисты (рис. 3.109.). Таким образом, кисты образуются из эпителиальных элементов под воздействием раздражающего воздействия воспалительного хронического процесса в периодонте. "Рост" кисты происходит за счет внутрикистозно-го давления, возникающего в результате накопления трансудата, постоянно продуцирующегося оболочкой образования.

Возникновение кист невоспалительного происхождения связано с влиянием экзо- и эндогенных факторов на эпителиальную ткань, оставшуюся в кости в результате нарушения закладки. Но развитие кист может быть и следствием метаплазии эндотелиальных клеток и вегетации эпителия через маргинальный периодонт. Можно провести аналогию с развитием кистозных форм других эпителиальных образований, например амелобластом. Наиболее вероятно, что нетипичное место закладки эпителиальной ткани и является общей причиной кистозных образований.

Маляссе, Н.А. Астахов, А.В. Рывкпнд. В.Р. Брайцев считают, что находящийся в гранулема эпителий является остатком зубообразовательного эпителия. Это так называемые клетки Маляссе-Астахова-Брайцева (*debrix epihelialisparaden-taries*). Schuster, И.Г. Лукомский утверждают, что эпителиальные клетки в периодонте и костной ткани челюсти являются результатом проникновения в кость слоев эпителия десен.

Жалобы. В начале формирования радикулярных или фолликулярных кист жалоб нет. Когда киста достигает больших размеров и появляется деформация челюсти, ребенок или его родители указывают на это, а также на неудобство при жевании, подвижность нескольких зубов; при фолликулярной кисте — на отсутствие в зубной дуге соответствующего зуба, который по срокам должен был бы прорезаться.

При нагноении кист жалобы такие же, как и при воспалительных заболеваниях (периостите или остеомиелите).

Клиника. Общее состояние ребенка не изменено, лишь при нагноении кисты повышается температура тела, появляются признаки интоксикации.

Местный статус при радикулярной или фолликулярной кисте имеет такие общие признаки:

— деформация альвеолярного отростка и тела челюсти (рис. 3.110.) происходит постепенно, безболезненно;

— пальпация деформированного участка челюсти выявляет новообразование плотной консистенции;

— при больших размерах кисты стенка ее (обычно наружная) становится тонкой и при надавливании на нее прогибается, это симптом Рунге-Дюпюитрена — податливость кортикальной пластинки;

— слизистая оболочка над кистой не изменена в цвете.

Отличительными клиническими признаками радикулярной и фолликулярной кист являются: в первом случае — наличие "причинного" (временного или постоянного) зуба в зубном ряду, пораженного кариесом; он изменен в цвете, подвижен, перкусия его может быть болезненной; во втором — отсутствие в альвеолярной дуге постоянного зуба при наличии всех прорезавшихся.

Клиническая картина одонтогенных кист изменяется при их нагноении и напоминает острый периостит челюсти, а именно: появляются жалобы на болезненную при пальпации припухлость мягких тканей лица и боль в зубах при накусывании. При осмотре: лицо

асимметрично в связи с отеком мягких тканей в зоне поражения, открывание рта может быть ограниченным и болезненным. Слизистая оболочка возле "причинного" и нескольких рядом расположенных зубов отечная, гиперемирована, переходная складка сглажена, болезненна при пальпации. "Причинный" зуб обычно разрушен, перкуссия его болезненна.

Для подтверждения диагноза (определения, что это именно одонтогенная киста) и последующей лечебной тактики проводят рентгенологическое исследование челюсти в необходимой укладке (на нижней челюсти - по Генишу, на верхней — прицельный снимок и в аксиальной проекции) или выполняют ортопантомограмму. Характерным общим рентгенологическим признаком кист челюстей является гомогенное просветление округлой формы с четкими границами. При радикулярной кисте в ее полости находятся корни "причинного" зуба (рис. 3.111.); при радикулярной от временного зуба — зубосодержащей — кроме корней временного (обычно разрушенного или леченого зуба) находят фолликул постоянного зуба (рис. 3.112., 3.113.). На верхней челюсти кисты могут прорасти в верхнечелюстную пазуху, тогда на рентгенограмме в ней появляется тень "купола" с четкими границами (рис. 3.114.).

Резидуальные кисты, которые остаются после удаления "причинного" зуба, рентгенологически выглядят как гомогенное просветление с четкими границами в теле челюсти в участке отсутствующего зуба.

При фолликулярной кисте в ее полости на рентгенограмме виден фолликул постоянного зуба. Иногда могут образовываться и множественные фолликулярные кисты челюстей (рис. 3.115.).

Трудности при рентгенодиагностике могут возникать при дифференциации радикулярной кисты от временного зуба и фолликулярной кисты от постоянного зуба. При радикулярной кисте от временного зуба фолликул постоянного прикрыт ее оболочкой, а при фолликулярной часть коронки зуба обращена в полость и оболочка кисты фиксирована к его шейке (рис. 3.116., 3.117.). Если тень кисты проекционно накладывается на фолликул постоянного зуба, диагноз может быть уточнен лишь во время операции.

Дополнительным методом исследования кист челюстей является проведение пункции с определением характера пунктата. Последний прозрачный, желтого цвета и всегда содержит кристаллы холестерина (продукт клеток эпителия оболочки кисты), мерцающие под лучом света. Следует отметить, что наличие кристаллов холестерина не является патогномичным признаком воспалительных кист челюстей. Иногда они встречаются и в пунктате амелобластомы.

Для более точной диагностики кист челюстей у детей в последнее время используют УЗИ. Полученные эхограммы помогают определить размеры новообразования и его локализацию.

Дифференциальная диагностика по клиническим признакам должна проводиться со всеми опухолями и опухолевидными новообразованиями челюстей, сопровождающимися уменьшением или отсутствием костной ткани. Клинико-рентгенологическая дифференциальная диагностика сужает круг таких новообразований. К ним принадлежат:

— амелобластома, остеобластокластома (их кистозные формы), радикулярные и фолликулярные кисты (между собой);

— парадентальные (периодонтальные, ретромолярные) кисты у детей не встречаются, поскольку возникновение их связано с затрудненным прорезыванием нижнего зуба мудрости, которое происходит в старшем возрасте.

Лечение. Для лечения кист челюстей у детей используют два вида хирургических вмешательств: цистотомию и цистэктомию; чаще применяют цистотомию.

Цистотомия — операция, предусматривающая устранение внутрикистозного давления, в результате чего наблюдается постепенное уплощение и уменьшение кистозной полости вплоть до полного ее исчезновения.

Показаниями к цистотомии являются:

- фолликулярные кисты челюстей;
- радикулярные кисты от временных зубов (зубосодержащие), в полости которых находится фолликул постоянного зуба;
- радикулярные кисты верхней челюсти с нарушением костного дна носовой полости и нёбной пластинки;
- большие радикулярные кисты нижней челюсти с резким истончением основания челюсти (толщина кости меньше 0,5 см). В таком случае частичное сохранение кистозной оболочки является одним из мероприятий профилактики патологических переломов.

Классическая первичная методика цистотомии челюсти включает удаление слизистой оболочки вместе с деформированной костью и передней стенкой оболочки кисты в пределах выпячивания. Затем сглаживаются острые края кости и полость тампонируется. В послеоперационный период проходит краевое сращение слизистой оболочки над краем кости с оболочкой кисты. Постепенная деформация — западение, обусловленное костным дефектом, нивелируется, и со временем поверхность вестибулярной стенки становится ровной.

Вполне понятно, что такая методика постепенно модифицировалась разными авторами, после чего цистотомия челюсти сегодня предусматривает: выкраивание трапециевидного слизисто-надкостничного лоскута с основанием к переходной складке, удаление деформированной кости и передней части кистозной оболочки с последующим укладыванием трапециевидного слизисто-надкостничного лоскута в полость кисты и придавливанием его йодоформной марлей. Недостатком приведенной модификации является относительно часто встречающееся осложнение, связанное с невыполнением правила важного этапа цистотомии. Во время последнего — размещения трапециевидного лоскута в полости кисты — он не всегда по всей плоскости прилегает к оболочке оставшейся кисты, поэтому в послеоперационный период возможен рецидив. Этот недостаток существенный и никогда не наблюдается при выполнении данной операции классическим методом.

При цистотомии, которая проводится при радикулярных кистах от временных зубов (зубосодержащих), удаляется временный зуб, корни которого расположены в полости кисты, последняя опорожняется через это отверстие в альвеолярном отростке. То есть "окно" в полость кисты мы делаем не через преддверную стенку, а через лунку удаленного зуба. Это позволяет обеспечить прорезывание постоянного зуба. После опорожнения кисты ее полость тампонируют йодоформной марлей. Сначала ее меняют через 3 сут, а затем — 1 раз в неделю, пока полость кисты не эпителизируется и не прорежется постоянный зуб. Преимуществами такого вмешательства является его минимальная травматичность и создание оптимальных условий для прорезывания постоянного зуба в правильном положении, то есть в зубной дуге.

Цистэктомия — операция, предусматривающая радикальное удаление оболочки кисты и ее содержимого. Она показана при:

- небольших радикулярных кистах, расположенных в пределах 1-2 зубов;
- сохраненной костной стенке дна верхнечелюстной пазухи и слизистой оболочки последней;
- фолликулярных кистах, когда погиб фолликул постоянного зуба (изменился цвет, отсутствует естественный блеск части коронки, зуб мягкий, что определяется при операции); чаще это бывает при нагноении кисты.

Классической первичной методикой кистэктомии является операция Брамана, предусматривающая выкраивание слизисто-надкостничного лоскута, ножка которого обращена к переходной складке, удаление деформированной и истонченной кости и всей оболочки кисты и размещение выкроенного лоскута в костной полости. При такой методике нет риска рецидива, ибо надкостница лоскута прилегает не к оболочке кисты, как в модифицированной методике цистотомии, а к кости.

Со временем эту классическую методику кистэктомии также изменили. Такая операция названа операцией Партч II. Она выполняется так: выкраивается слизисто-надкостничный лоскут в проекции наибольшего выпячивания кости, отслаивается на верхней челюсти кверху, а на нижней — книзу; удаляются деформированная кость, оболочка кисты (рис. 3.118. - 3.120.). Затем выкроенный слизисто-надкостничный лоскут не укладывается в костную полость, а фиксируется швами на прежнее место. Однако то, что полость кисты заполняется кровяным сгустком или пломбуется разными остеотропными веществами, является неплохим условием для нагноения раны. Поэтому такое завершение операции не является оптимальным. Чтобы предотвратить воспалительные осложнения, в постоперационный период назначается антибактериальная терапия.

При радикулярной кисте верхней челюсти, вросшей в верхнечелюстную пазуху, выполняют гайморотомию. При измененной слизистой оболочке пазухи или невозможности проведения вмешательства без нарушения целостности ее делают цистоназогаймороанастомоз с последующей тампонадой верхнечелюстной пазухи и выведением конца йодоформного тампона в нижний носовой ход.



Рис. 3.108. Врожденная киста левой верхней челюсти

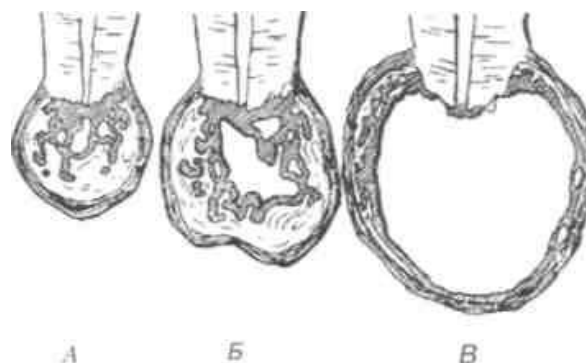


Рис. 3.109. Схема образования воспалительной одонтогенной кисты челюсти: А — гранулема; Б — кистогранулема; В — киста



Рис. 3.110. Фолликулярная киста верхней челюсти



Рис. 3.111. Рентгенограмма левой половины нижней челюсти ребенка с радикулярной кистой от 36 зуба



Рис. 3.112. Рентгенограмма левой половины нижней челюсти в боковой проекции ребенка с радикулярной кистой от 75 зуба, зубосодержащей



Рис. 3.113. Ортопантомограмма ребенка с радикулярной кистой правой половины нижней челюсти от 85 зуба, зубосодержащей



Рис. 3.114. Рентгенограмма верхней челюсти ребенка с фолликулярной кистой, вросшей в правую верхнечелюстную пазуху

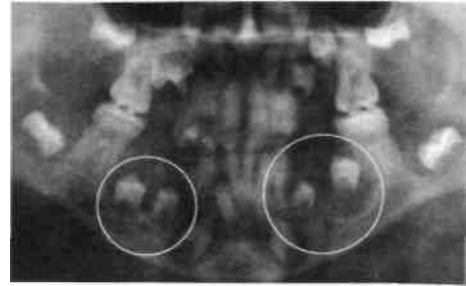


Рис. 3.115. Ортопантомограмма ребенка с поликистозом нижней челюсти. Определяются множественные фолликулярные кисты



Рис. 3.116. Ортопантомограмма ребенка с фолликулярной кистой верхней челюсти



Рис. 3.117. Прицельная рентгенограмма 21, 22, 23 зубов того же больного

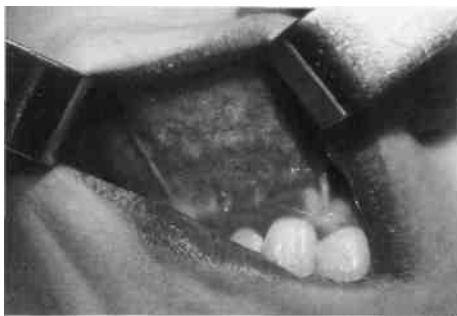


Рис. 3.118. Радикулярная киста верхней челюсти от 54 зуба, вросшая в верхнечелюстную пазуху (выпячивание передней стенки верхнечелюстной пазухи)



Рис. 3.119. Этап оперативного вмешательства (кистозная оболочка отделена от боковых, задней и верхней стенок верхнечелюстной пазухи)

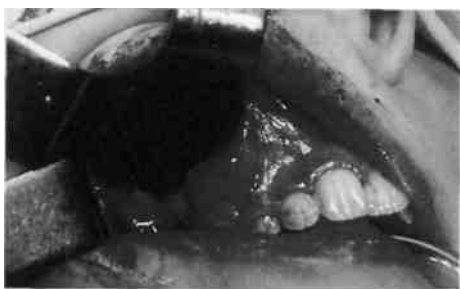


Рис. 3.120. Полость после удаления кисты

Клиническое занятие №8

Мавзу: Одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования (амелобластома, одонтома, одонтогенная фиброма, цементома). Кисты челюстей.

Технологические модели по образованию

Время занятия: 3 ч.	Количество студентов 8-10
Вид занятия:	Клиник занятие
План:	1. Одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования (амелобластома, одонтома, одонтогенная фиброма, цементома), клиника, методы диагностики, диф. диагностики и лечения. 2. Кисты челюстей. Клиника, методы диагностики, диф. диагностики и лечения.
Задача учебного занятия:	Научиться поставить диагноз детям с одонтогенными опухолями, опухолеподобными образованиями (амелобластома, одонтома, одонтогенная фиброма, цементома) и кистами челюстей. Научиться собирать анамнез от родителей ребенка, обследовать анатомо-функциональные расстройства и оказать первичную помощь. Научиться писать историю болезни, выбрать оптимального срока и метода операции в зависимости от возраста ребенка. Научиться особенностям послеоперационного ухода за ребенком и обработки за раной. Дать совет родителям по уходу ребенка.
Методы обучения:	Клиническое обследование, сбор анамнеза, писать историю болезни, беседа.
Вид занятия:	Массово-коллективный, персональный
Наглядные пособия по теме:	Стоматологическое кресло, стоматологическое зеркало, пинцет, шпатель, лоток, столик врача, спирт, фурацилин, марлиевые шарики, стерильные перчатки
Обстановка для проведения занятия:	Клинически оборудованный симуляционный кабинет, клинический кабинет
Мониторинг и критерии оценок:	Клинический анализ, оценка, устный контроль, вопрос-ответ

Практическое занятие №9

Тема: Злокачественные опухоли челюстных костей. Реабилитация детей после удаления опухолей. Диспансеризация детей с врожденными пороками развития ЧЛЮ, опухолями и другими стоматологическими заболеваниями.

Технологические модели по образованию

Время занятия: 2 ч.	Количество студентов: 8-10
Вид занятия	Введение новостей по практике
План	Ознакомление с темой.
Задача учебного занятия	Злокачественные опухоли челюстных костей. Реабилитация детей после удаления опухолей. Диспансеризация детей с врожденными пороками развития ЧЛЮ, опухоли и другими стоматологическими заболеваниями.
Методы обучения	Беседа, наглядные пособия по практике
Вид занятия	общий-коллективный
Наглядные пособия по теме	Учебное пособие, практический материал, проектор, компьютер
Обстановка для проведения занятия	Методическая оборудованная аудитория
Мониторинг и критерии оценок	Устный опрос

Технологическая карта практического занятия

Этапы работы	Преподаватель	Студент
1. Этапы подготовки	<ol style="list-style-type: none"> 1. Цель занятия 2. Подготовка слайдов по теме 3. Литература по теме: <ol style="list-style-type: none"> 1. Колесов А.А. – Стоматология детского возраста. М., 1991г. 463 с. 2. Персин Л.С. - Стоматология детского возраста 2003г. 3. Харьков Л.В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста Год издания: 2005г. 	Записывают тему и слушают
2. Основной этап	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разделение студентов на 2 маленькие подгруппы, задает вопросы по теме; 2. Использование слайдов и мультимедий; 3. проводит лечебные работы; 4. Объединяет все сведения по заданной теме, активно участвующих студентов поощряет и обще оценивает. 	Разделяют на маленькие группы, смотрят, участвуют, слушают. Студент высказывает свое мнение дополняет и задает вопросы
3. Заключительный этап	<ol style="list-style-type: none"> 1. Заключение. 2. Самостоятельная работа. 3. Домашнее задание. 	Слушают Записывают заключение

Интерактивный метод
Использование метода «Ромашка»

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Злокачественные новообразования челюстей. Способы диагностики.
2. Биопсия злокачественных опухолей, правила и методика ее выполнения.
3. Комплексное лечение злокачественных опухолей ЧЛО.

Текст практического занятия

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Статистические данные, этиология

Злокачественные новообразования в структуре заболеваемости населения Украины имеют стойкую тенденцию к росту. Ежегодно в Украине у 160 тыс. человек развиваются злокачественные опухоли. Среди них 1,1 % составляют дети.

У детей злокачественные новообразования развиваются в 12 случаях на 100 тыс. детского населения. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области составляют 10 % всех опухолей данной локализации, чаще возникают у детей 3-4 и 7-10 лет (так называемые периоды быстрого роста лица). У 84 % детей со злокачественными опухолями определяются соединительнотканые опухоли — саркомы, а у остальных — рак.

Злокачественная опухоль — это патологическое бесконтрольное разрастание клеток. Для злокачественных новообразований характерны:

— инфильтративный рост, характеризующийся проникновением опухолевых клеток в окружающие ткани с деструкцией последних. Этому росту благоприятствуют такие факторы: способность опухолевой клетки отделяться от опухолевого узла и активно перемещаться; производить "канцероагрессины", стимулирующие прорастание этих опухолей в тканях; уменьшение клеточной адгезии, что облегчает перемещение клетки;

— метастазирование — распространение опухолевых клеток за пределы первичного опухолевого узла с образованием вторичных опухолей в других органах.

В развитии метастазов различают 3 стадии: инвазии — проникновение опухолевой клетки через стенку сосуда в его просвет; клеточной эмболии — перенесение с током крови или лимфы опухолевых клеток, остановка их в микрососудах с последующим формированием клеточного эмбола; проникновение опухолевых клеток из клеточного тромбоэмбола через сосудистую стенку в окружающие ткани и развитие здесь нового опухолевого узла;

— рецидивирование — возникновение опухоли в том же месте после ее хирургического удаления, что происходит за счет оставленных здесь комплексов опухолевых клеток, или метастазирование их из окружающих участков;

— кахексия — синдром истощения и слабости организма. Это проявление паранеопластического синдрома, характеризующегося снижением массы тела за счет распада белков мышц и истощения жирового депо.

Этиология. Причины, способствующие развитию злокачественных опухолей, условно разделяют на:

1. **Химические.** Сегодня известны 1500 канцерогенов. Среди них выделяют:

- а) преканцерогены;
- б) истинные канцерогены.

Последние распределяют таким образом:

- по локализации — местного, резорбтивного и смешанного действия;
- по количеству пораженных органов — моноорганотропные, мультиорганотропные;
- по происхождению — экзо- и эндогенные.

2. **Биологические.** Из них развитию злокачественных опухолей способствуют РНК- и ДНК-вирусы — онковирусы (от греч. *oncos* — опухоль и лат. *virus* — яд). Последние делятся на видоспецифические и видонеспецифические.

3. Физические причины:

- а) солнечная радиация и УФО;
- б) радиоактивные вещества — ^{89}Sr , ^{45}Ca , ^{32}P , ^{33}S ;
- в) ионизирующая радиация;
- г) повторные ожоги;
- д) механическая травма.

ТЕОРИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ У ДЕТЕЙ

Существует много теорий, объясняющих механизм канцерогенеза, — это мутационная (Г. Боверш), вирусогенетическая (Л.О. Зильбер), теория недостаточного иммунологического наблюдения (Ф. Бернет), эпигеномная теория (К. Гейдельберг), недостаточной репарации ДНК (Г.М. Виленчик), новообразования опухолевых генов (Н. Темин, Д. Балтимор) и т. п.

В 70-х гг. XIX ст. Конгейм предложил теорию возникновения опухолей в детском возрасте, согласно которой последние развиваются из клеток эмбриональных зачатков в результате нарушений эмбриогенеза.

Для объяснения происхождения злокачественных опухолей у детей Л.А. Дурнов предлагает использовать теорию трансплацентарного канцерогенеза S. Peller'a (1960), согласно которой большинство опухолей в детском возрасте возникают трансплацентарным путем (развиваются под воздействием канцерогенных веществ, проникающих в плод через плаценту матери). У детей опухоли верхней половины туловища, шеи и головы наблюдаются в 3 раза чаще, чем у взрослых (соответственно 59 % и 21 %). Это можно объяснить тем, что кровь из верхних и нижних полых вен не смешивается в правом предсердии, в результате чего верхняя часть туловища, голова и шея получают кровь, больше насыщенную канцерогенными веществами.

Сейчас большинство ученых-онкологов пришли к выводу, что перерождение нормальной клетки в опухолевую является результатом стойких изменений генома клетки. Доказательством этого служит классический опыт с перепрививанием штампованных опухолей, а примером являются клетки мышины карциномы Эрлиха, перепривитые около 95 лет тому назад.

ПРИНЦИПЫ КЛАССИФИКАЦИЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

В настоящее время не существует классификаций опухолей, которые бы удовлетворяли и клиницистов, и патогистологов, и радиологов, что обусловлено многообразием клинических проявлений новообразований и не меньшим количеством разновидностей их гистологического строения. К сожалению, нельзя провести параллели между клиникой и морфологическим строением опухолей. Все это осложняет и делает невозможным создание единой классификации новообразований, что, в свою очередь, обременяет работу практических врачей-онкологов, снижает эффективность и полноценность лечения таких больных.

В основу классификаций опухолей положены разные принципы. Они делятся по—локализации (топографо-анатомический);
—биологическим признакам;
—клинико-анатомической распространенности;
—гистологическому строению;
—степени дифференцирования клеток (высоко-, низко-, недифференцированные). По клиническому течению различают опухоли:
—доброкачественные;

—промежуточные — опухоли, у которых под воздействием разных факторов изменяется степень дифференцирования клеток. При этом в них появляются признаки злокачественного роста;

—злокачественные.

Самой распространенной является классификация злокачественных новообразований ВОЗ, предложена еще в 1943 г.

В основу Международной классификации злокачественных опухолей положено 3 компонента анатомической распространенности опухоли:

1. Распространенность первичного очага (T₀ /,-опухоль).
2. Метастазирование клеток опухоли в регионарные лимфоузлы (M_{0-x}- узел).
3. Метастазирование клеток опухоли в отдаленные органы (M_{0-x}- метастаз).

Основное правило TNM — определение лишь первичных опухолей. Для оперативных находок существует постхирургическая классификация TNM, что обозначается pTNM. Наиболее простой и удобной для клинициста является такая классификация злокачественных опухолей тканей челюстно-лицевой области (табл. 3.2.).

Таблица 3.2. Классификация злокачественных опухолей тканей челюстно-лицевой области

Происхождение	Мягкие ткани	Слюнные железы	Кости
Эпителиальные	Рак	Рак; базалиома	Рак
Соединительнотканьные	Саркома Фибросаркома Липосаркома Ангиосаркома Эндотелиома Лимфосаркома Невринома (шваннома)	Саркома	Саркома Остеосаркома Хондросаркома

ПРЕДОПУХОЛЕВЫЕ СОСТОЯНИЯ

Выявление предопухолевых процессов имеет большое значение для своевременной диагностики злокачественных новообразований. Точного определения предрака нет, поскольку процессы в тканях и органах, возникающие перед развитием злокачественных опухолей, разнообразны. Чаще всего для них характерны гиперплазия, метаплазия и атипия роста клеток, при этом наблюдается снижение их дифференциации. Это то состояние тканей, когда не хватает лишь одного или нескольких признаков, позволяющих поставить диагноз "злокачественное новообразование".

Предопухолевые процессы разделяют на облигатные и факультативные. При первых вероятность развития признаков злокачественного роста наиболее высокая и частая. К облигатным предопухолевым процессам у детей относится единственное заболевание, наблюдающееся очень редко, — пигментная ксеродермия. Болезнь развивается в первые годы жизни, имеет семейный характер и высокую степень малигнизации. Очаги локализуются на открытых участках тела (лицо, верхние конечности). Сначала появляются красные пятна, которые со временем пигментируются. В дальнейшем рядом с пигментированными участками кожи появляются депигментированные. Кожа становится атрофичной, на ней образуются участки гиперкератоза, телеангиоэктазии и бородавчатые разрастания. Последние, как и гиперкератоз, могут малигнизироваться, что является основанием для немедленной госпитализации больного.

К факультативным предопухолевым процессам у детей относятся такие, которые долго существуют и становятся злокачественными сравнительно редко: папилломатоз,

фиброматоз, фиброзная дисплазия, холестеатома, эозинофильная гранулема, хондрома, миксома, амелобластома, миобластома, остеобластокластома (литическая форма).

Таким образом, заболевания, имеющие длительное течение, опухоли и опухолевидные образования, часто рецидивирующие под воздействием экзо- и эндогенных факторов, а также неправильно выбранное и неэффективное лечение могут создавать условия для малигнизации.

ДИАГНОСТИКА И КЛИНИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

При диагностике злокачественных новообразований в 78 % случаев ставят ошибочный диагноз, то есть опухоли не злокачественной, а доброкачественной. К сожалению, подозрение на наличие у ребенка злокачественного новообразования возникает лишь тогда, когда опухоль достигает значительных размеров. Так называемый консультативный период составляет в среднем 2,7 мес. Частые диагностические ошибки объясняются рядом обстоятельств. Это, во-первых, отсутствие необходимой онкологической настороженности у врачей, которые ведут прием детей. Последнее связано с мыслью, что злокачественные опухоли у детей возникают редко. Во-вторых — недостаточное знание врачами ранних клинических проявлений злокачественных опухолей у детей, сложность трактовки данных рентгенологического исследования тканей челюстно-лицевой области; в-третьих — психофизиологические особенности детей, особенно младшего возраста, вследствие которых они не в состоянии правильно оценить возникающие на ранних стадиях заболевания ощущения и рассказать о них.

Жалобы при злокачественных новообразованиях обычно появляются лишь тогда, когда опухоль становится большой. При разговоре с врачом родители рассказывают, что ребенок за короткое время похудел, плохо ест, стал нервным, сон у него нарушен. В пораженной области имеется быстрорастущее безболезненное новообразование.

Клиника. Клинических симптомов на ранних стадиях развития опухоли очень мало. Злокачественная опухоль мягких тканей обычно плотная, безболезненная, без четких границ, быстро увеличивается, может быть участок некроза в центре при больших ее размерах. Кожа вокруг опухоли бледная, с выраженным сосудистым венозным рисунком. Возможно поражение ветвей лицевого нерва за счет инфильтративного роста опухоли в околоушно-жевательной области, что клинически проявляется парезом мимических мышц на стороне поражения. При костных злокачественных опухолях на ранних стадиях клинических симптомов также почти нет. Они могут стать рентгенологической "находкой" врача. В последующем при активном росте опухоли появляется деформация челюстей (рис. 3.121., 3.122.).

Появление гнойно-кровянистых выделений из носа и нарушение носового дыхания — диагностические симптомы злокачественного процесса в верхнечелюстной пазухе или носовой полости. Наличие подвижных зубов, незаживающих язв в области удаленного зуба свидетельствует о поражении опухолью альвеолярного отростка.

Злокачественные опухоли у детей могут маскироваться под разные заболевания (периостит, остеомиелит, лимфаденит). Отклонения от обычной клинической картины вышеперечисленных заболеваний (отсутствие температурной реакции, длительное течение) должны насторожить врача. Поэтому после тщательного сбора анамнеза и осмотра ребенка используются дополнительные *методы обследования*. Принцип назначения их у детей сводится к получению максимальной информации при минимальной инвазии. Исходя из этого все методы можно расположить в такой последовательности:

— пренатальное распознавание опухоли, базирующееся на анализе хромосомного состава (идиограмм) клетки;

— иммунодиагностика, выявляющая разногласие антигенов опухолевой и нормальной тканей;

— осадочная реакция на рак (ОРР). Суть ОРР заключается в том, что в сыворотке крови онкобольных появляется нерастворимый белок, определяющийся осадочной реакцией; эта реакция наиболее информативна на ранних стадиях опухолевого роста;

- разные виды рентгенологического исследования;
- биопсия.

Одним из самых простых и распространенных видов рентгеноисследования является обычная рентгенография в разных укладках. Рентгенологическое исследование в известной мере позволяет врачу выявить признаки злокачественного роста, объем опухоли, ее расположение по отношению к окружающим тканям.

Рентгенологическим признаком злокачественных опухолей костей является изменение интенсивности проникновения рентгеновских лучей сравнительно с симметричными участками. В отличие от доброкачественных опухолей и опухолеподобных новообразований, границы перехода патологического очага в здоровую кость нечеткие, кортикальная пластинка разрушена (рис. 3.123.-3.125.). В некоторых случаях такая характеристика возможна и при доброкачественных опухолях но приоритет следует отдавать комплексу клинических, цитологических, морфологических исследований. Понятно, что, выявив один признак злокачественной опухоли, конечный диагноз поставить невозможно.

Для уточнения границ, локализации опухоли и (в какой-то мере) ее объема проводят томографию.

Компьютерная томография предоставляет количественную послойную информацию о размерах, "взаимоотношениях" опухоли и окружающих тканей. Посредством метода получают тонкий срез органов и тканей организма на разных уровнях. По значимости приравнивается к открытию рентгеновских лучей, но компьютерная томография сопровождается большей дозой облучения, чем обычное рентгенологическое исследование, и это нужно учитывать при обследовании ребенка. При этом исследовании лучшую информацию получают о костных структурах (рис. 3.126).

Ядерно-магнитно-резонансное исследование основывается на возможности изменения реакции ядер водорода, содержащихся преимущественно в тканевой жидкости или подкожной жировой клетчатке, в ответ на радиочастотные импульсы в стабильном магнитном поле. Посредством этого метода исследования можно точнее, чем при компьютерной томографии, определить положение опухоли относительно окружающих тканей, объем новообразования, что позволит выбрать правильную хирургическую тактику. На ядерно-магнитных томограммах лучше дифференцируются сосуды, лимфатические узлы в мягких тканях.

Радионуклидный метод позволяет в известной мере провести дифференциальную диагностику между злокачественной и доброкачественной опухолями. Он простой, нетравматичный, нагрузка облучения при его применении низкая. В начале 40-х г. XX ст. Маршак и Маринелли сообщили об успешном использовании радиоактивного фосфора (^{32}P) в диагностике меланом. ^{32}P позволяет выявить злокачественное новообразование не только в кости, но и в мягких тканях. Наибольшее накопление его определяется в тканях с малодифференцированными клетками, где он содержится в течение 2 сут (рис. 229, 230). При предопухолевых процессах степень накопления ^{32}P ниже, а при острых воспалительных процессах он поглощается пораженными тканями и сохраняется там лишь 24 ч. Потом интенсивность накопления изотопа снижается до уровня показателей здоровых тканей. За последние годы радионуклидная диагностика достигла значительных успехов, а именно: создан комплекс радиофармацевтических препаратов, тройных к определенным органам и тканям. Это позволяет адекватно оценить их функциональное состояние.

Патогистологическое исследование. Уточнить диагноз злокачественного новообразования помогает гистологическое исследование биопсийного материала. Но не

следует ставить диагноз лишь по его данным, поскольку морфологическая характеристика опухоли — это лишь один из признаков злокачественного роста. Атипизм и быстрый рост могут сопровождать развитие других заболеваний (воспалительных, деструктивных, диспластических), то есть критерии злокачественности при проведении патогистологического исследования именно у детей относительны. Различают пункционную, инцизионную и эксцизионную биопсию.

1. Пункционная биопсия осуществляется в глубине опухоли специальной иглой с мандреном (например, игла Медвинского и ее модификации). Обычно материала для патогистологического исследования берется немного, но в достаточном количестве для определения злокачественных признаков опухоли.

2. Инцизионная биопсия — иссечение одного или нескольких участков опухоли.

3. Эксцизионная биопсия (расширенная) — хирургическое удаление всего патологического очага в пределах здоровых тканей.



Рис. 3.121. Остеосаркома левой половины нижней челюсти



Рис. 3.122. Ребенок со злокачественным образованием верхней челюсти



Рис. 3.123. Ортопантомограмма больного с остеосаркомой правой половины нижней челюсти (определяется лизис костной ткани)



Рис. 3.124. Рентгенограмма костей лицевого скелета ребенка со злокачественным новообразованием правой верхней челюсти, прорастающем в полость носа



Рис. 3.125. Рентгенограмма черепа в прямой проекции (носо-подбородочная укладка) ребенка с саркомой верхней челюсти. Определяется тень в участке правой верхнечелюстной пазухи, распространяющаяся на нижнюю стенку орбиты, правый носовой ход, альвеолярный отросток. Границы тени размыты

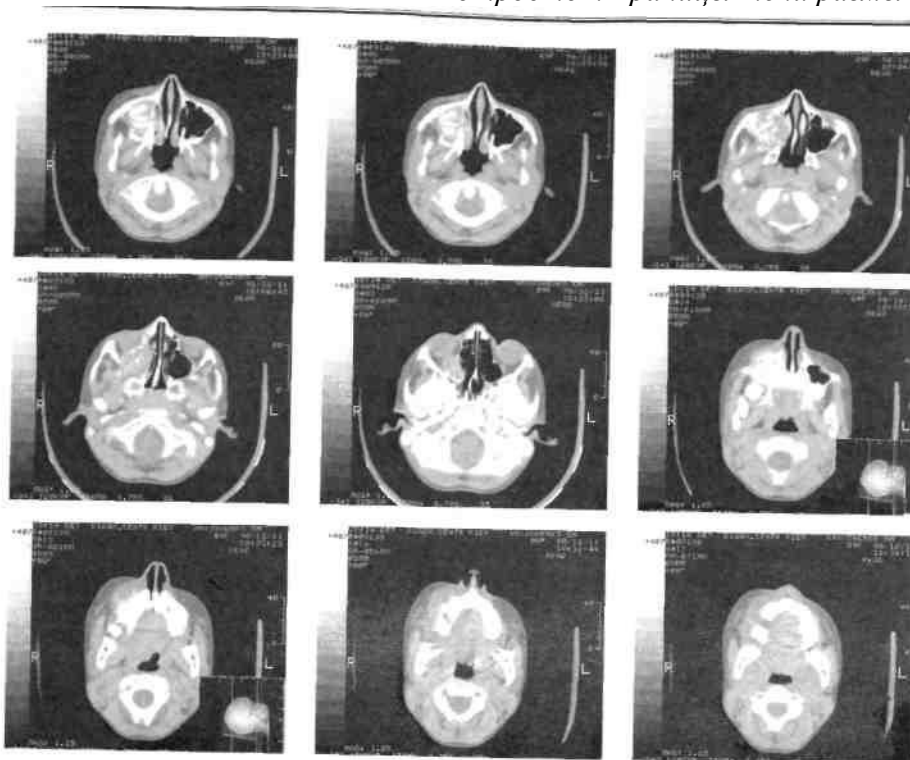


Рис. 3.126. Компьютерная томограмма того же ребенка (см. рис. 227). Определяется деформирующее правую боковую стенку носа новообразование в проекции правой верхнечелюстной пазухи

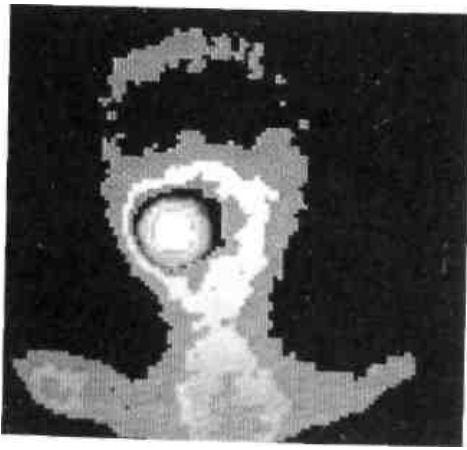


Рис. 3.127. Данные радиоизотопного исследования того же больного. Наблюдается максимальное накопление радиоактивного фосфора в проекции правой верхнечелюстной пазухи



Рис. 3.128. Сцинтиграфия ребенка со злокачественным новообразованием левой верхней челюсти. Иллюстрация асимметричного накопления радиоизотопа в тканях опухоли

Гистологическое исследование полученных во время пункционной биопсии тканей у детей не всегда позволяет определить вид опухоли и степень ее малигнизации, особенно с локализацией в кости. Поэтому более информативна инцизионная или эксцизионная биопсия. Последнюю у детей проводят под общим обезболиванием. Опухоль следует брать на границе со здоровой тканью с наименьшей трав-матизацией ее, чтобы гистолог мог выявить разницу морфологической картины опухоли и окружающих участков. Для гистологического исследования не берут материал из той части опухоли, где значительно выражены вторичные изменения (например, в центре новообразования, где есть некроз). Полученные ткани нужно сразу поместить в 10% раствор формалина. В документах на материал биопсии указывают клинические признаки заболевания (течение, характер процесса).

Постановка диагноза злокачественного новообразования у ребенка слишком ответственная и поэтому здесь все важно. К проведению анализа результатов дополнительных исследований следует относиться особенно серьезно и скрупулезно.

Злокачественные опухоли определяют изменения в организме, которые в научной литературе называют паранеопластическими синдромами. Они характеризуются нейроэндокринными (раздражительность, повышенная утомляемость, нарушение сна), метаболическими (уменьшение массы тела, гипокалиемия, ги-покальциемия, гипофосфатемия), иммунологическими (уменьшение количества лимфоцитов, снижение резистентности организма к инфекции), гематологическими (уменьшение количества эритроцитов, гемоглобина, пойкилоцитоз, лимфо-пения, увеличение СОЭ) изменениями, общесоматическими признаками (общая слабость, повышение температуры тела).

Дифференциальная диагностика злокачественных новообразований проводится с доброкачественными опухолями.

Суммарные отличия между злокачественными и доброкачественными опухолями	
Злокачественные опухоли	Доброкачественные опухоли
Быстрый рост	Умеренный рост
Инфильтрирующий рост	экспансивный рост (за исключением гемангиом)
Метастазируют	Не метастазируют
Клетки мало- или недифференцированы	Клетки хорошо дифференцированы
Полиморфизм клеточный и их ядер	Отсутствие полиморфизма клеточного и их ядер
Рецидивы	
Кахексия	

<p>Иммунодепрессия На рентгенограмме костей границы опухоли нечеткие, наличие спикул, явления остеолизиса</p>	<p>Рецидивы отсутствуют Кахексия не развивается Иммунодепрессия отсутствует или не выражена На рентгенограмме костей границы опухоли четкие, явления дистрофии, гиперплазии</p>
--	--

У детей злокачественные опухоли также дифференцируют с хроническим продуктивным остеомиелитом, неонтогенным периоститом.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лечение больных со злокачественными новообразованиями должно проводиться только в специализированных онкологических клиниках, где есть специалисты необходимой квалификации и соответствующие условия (аппараты для лучевой терапии, криодеструкции, гипертермии, химиотерапевтические препараты).

Комплексная терапия онкологическим больным предоставляется индивидуально, в зависимости от локализации, стадии опухолевого процесса, гистологического строения опухоли, возраста ребенка.

Комплексное лечение предусматривает хирургическое вмешательство, лучевую и химиотерапию, иммунотерапию.

Хирургическое лечение. К 50-м годам прошлого века хирургическое вмешательство было единственным методом лечения злокачественных новообразований у детей, тогда среднее двухгодичное выживание составляло 0,25%. В настоящее время разработана комплексная терапия опухолей, и свыше 50% детей могут быть практически вылечены. Хирургическое вмешательство предусматривает абластичное, то есть максимально радикальное, удаление злокачественной опухоли и регионарного лимфатического аппарата. При этом нужно придерживаться методик зональности и анатомической футлярности. Это значит, что удаление новообразования необходимо проводить в границах:

- анатомической области, которая образована опухолью;
- регионарных лимфатических сосудов и узлов, а также анатомических структур, которые находятся на путях ее распространения;
- анатомических фасциальных футляров, ограничивающих распространение опухолевых клеток.

Принцип абластичности удаления опухоли в границах здоровых тканей, которого нужно придерживаться в общей онкологии, необходим и в детской онкологии, но у детей достичь его очень сложно. Это обусловлено анатомо-топографическими особенностями челюстно-лицевой области и расположением опухоли; кроме того, кистозно перерожденные опухоли трудно удалить целыми, т. к. оболочки кист травмируются, жидкость изливается наружу.

Вторым принципом хирургического удаления злокачественных опухолей является антибластика — мероприятия по предотвращению распространения и обезвреживанию оставшихся в ране опухолевых клеток. С этой целью применяют электронож, диатермокоагуляцию, слюноотсос, тщательное высушивание раны, одноразовые салфетки и т. п.

Удаление значительных по объему пораженных и окружающих их тканей часто влечет за собой значительную деформацию и тяжелые нарушения в послеоперационный период функций жевания, глотания, речи, что (нередко) делает невозможным пребывание ребенка в детском коллективе. В связи с этим жизненно необходимо проведение одномоментного замещения оставшегося после удаления опухоли дефекта тканей.

Лучевая терапия в настоящее время применяется более чем у 75 % онкологических больных и у 88 % больных с новообразованиями ротовой полости и глотки.

Принцип этого вида терапии основывается на избирательном действии лучей на низкодифференцированные клетки опухоли. Но вместе с опухолевыми клетками погибают и здоровые ткани, пребывающие на разных стадиях развития. Для проведения лучевой терапии используют разные виды ионизирующего излучения (рентгеновского, электронного, нейтронного, протонного и т. п.).

В зависимости от особенностей подведения лучевой энергии к патологическому очагу различают наружные и внутренние методы. При наружных методах источник излучения находится на расстоянии 1,5-25 см от поверхности опухоли (близкофокусное) или более 30 см (дальнедистантное), или на облученной поверхности (контактное). Внутреннее облучение может быть внутритканевым (радиоизотоп вводится в опухоль в виде игл, шариков и т. п.) или внутрисполостным. Рекомендуемая суммарная доза облучения для детей составляет 50 Гр.

Чувствительность злокачественной опухоли к облучению зависит от:

1) гистологического строения и степени дифференцирования клеток опухоли (с увеличением степени дифференцирования повышается стойкость к облучению);

2) характера роста опухоли (экзофитные опухоли более радиочувствительны, чем инфильтративные и язвенные);

3) темпа роста опухолей (опухоли с быстрым темпом роста лучше реагируют на облучение, чем медленно растущие);

4) опухоли с хорошим кислородным снабжением более радиочувствительны, чем плохо снабжаемые кислородом.

Для повышения чувствительности опухоли к облучению проводят местную гипертермию, вызывают гипергликемию, вводят радиомодификаторы (например метронидазол).

В зависимости от реакции злокачественных опухолей на облучение их разделяют на следующие группы:

1) радиочувствительные (лимфосаркома, ретикулосаркома, лимфогранулематоз);

2) умеренно чувствительные (плоскоклеточные формы рака с разной степенью дифференцирования);

3) радиорезистентные (остеогенные, фибро- и хондросаркомы, нейросаркома, меланома);

4) умеренно радиорезистентные (аденокарцинома).

Для профилактики местных лучевых реакций применяют различные мазевые повязки (с маслом шиповника, облепихи). Предотвращению воспалительных лучевых реакций способствует механическая защита важных органов от облучения (щитовидной железы, половых органов, почек, печени). Кроме того, проводят де-зинтоксикационную терапию, назначают гепатопротекторы, средства, стимулирующие иммунную и кроветворную системы.

Химиотерапия основывается на цитостатическом, цитотоксическом и иммунодепрессивном действии онкофармакологических препаратов на опухоль.

Первое действие этих средств направлено на уничтожение опухолевых клеток за счет влияния на разные звенья их метаболизма, второе — на регуляцию пролиферативных процессов за счет рецепторно-медиаторных механизмов.

Выделяют такие группы противоопухолевых препаратов:

1) гормональные;

2) алкилирующие (их называют "химическими ножами");

3) антиметаболиты;

4) препараты растительного происхождения;

5) противоопухолевые антибиотики.

С 1989 г. после открытия так называемого сосудистого эндотелиального фактора роста (Vascular Endothelial Growth Factor — VEGF) созданы принципиально новые

противоопухолевые препараты. Действие их основано на ингибировании VEGF, что замедляет рост опухоли и её метастазирование.

Химические противоопухолевые препараты вводят внутрь опухоли, внутрь полостей, внутрь сосудов (внутриартериально, внутривенно, внутрелимфатически). Особенности химиотерапии у детей заключаются в следующем:

1) наилучший противоопухолевый эффект можно получить при сочетании полихимиотерапии с облучением;

2) химиотерапию проводят на фоне неспецифической инфузионно-анаболической терапии (аминокислотные смеси, глюкоза, электролиты, витамины, рета-болил, неробол);

3) при полихимиотерапии применяют одновременно не более двух препаратов;

4) наиболее эффективным является внутривенное введение препаратов.

Иммуностимулирующая терапия при злокачественных новообразованиях в настоящее время занимает важное место. Главным объектом ее действия — Т-лимфоциты, осуществляющие контроль за появлением атипичных клеток. Синтезированные препараты тимозин, тималин, тиморин, Т-активин сами по себе не имеют противоопухолевого действия, но они усиливают и возобновляют деятельность ослабленных химиотерапией или облучением Т-клеток. Кроме того, получены определенные позитивные результаты активной специфической иммунотерапии (противоопухолевая вакцинация). Препараты растительного происхождения (фитогемагглютинин), гормон Т-лимфоцита превращают нейтральные лимфоциты в клетки-киллеры, синтез которых при злокачественных опухолях нарушен.

В настоящее время для лечения злокачественных опухолей применяют генную инженерию, а также антисенс-терапию; принцип действия последней заключается в остановке функционирования конкретного гена за счет ингибции синтеза соответствующего протеина. Для эффективной фармакотерапии злокачественных новообразований необходимо диагностировать уровень повреждения генома клеток и их эпигеномный уровень, системы клеточных сигналов.

Последствия лечения злокачественных опухолей. Противоопухолевое лечение влияет на рост костей и мягких тканей; как следствие этого, возникают их деформации. Не исключено как локальное влияние, так и влияние через центральные механизмы на рост этих тканей. Последний может быть обусловлен дефицитом гормона роста. Лучевая терапия может повлечь снижение познавательной способности у детей, воздействовать на функции половых желез, связанных как с выработкой гормонов, так и с жизнеспособностью герменевативных клеток. Химиотерапия негативно влияет на сердце, печень, вызывая различные осложнения (перикардит, миокардит, аритмию, инфаркт миокарда, гепатиты). Поэтому при химиотерапии обязательно проводят защитное лечение.

Самое тяжелое осложнение противоопухолевой терапии — развитие второй первичной злокачественной опухоли.

Последствиями хирургического лечения злокачественных опухолей лица является образование значительных дефектов и деформаций мягких тканей и костей. Ликвидацию их хирург проводит либо сразу после удаления новообразования (в зависимости от его размеров, расположения), либо через несколько месяцев.

Таким образом, лечение детей со злокачественными новообразованиями — это сложный процесс, поскольку нужно не только влиять на опухоль, но и защитить организм от негативного действия ее и непосредственно лечения. Все лечившиеся в специализированных онкостационарах дети должны находиться под наблюдением онколога и районного врач-стоматолога. Диспансерное наблюдение необходимо осуществлять до 16 лет, а затем переводить больного во взрослое лечебное заведение. Такие дети являются инвалидами и имеют все юридические права для получения социальной пенсии.

Профилактика злокачественных заболеваний у детей — это своевременная диагностика и квалифицированное лечение предопухолевых состояний.

Клиническое занятие №9

Мавзу: Злокачественные опухоли челюстных костей. Реабилитация детей после удаления опухолей. Диспансеризация детей с врожденными пороками развития ЧЛЮ, опухолями и другими стоматологическими заболеваниями.

Технологические модели по образованию

Время занятия: 4 ч.	Количество студентов 8-10
Вид занятия:	Клиник занятие
План:	1. Злокачественные опухоли челюстных костей. Клиника, методы диагностики, диф. диагностики и лечения. 2. Реабилитация детей после удаления опухолей. 3. Диспансеризация детей с врожденными пороками развития ЧЛЮ, опухолями и другими стоматологическими заболеваниями.
Задача учебного занятия:	Научиться поставить диагноз детям с одонтогенными опухолями, опухолеподобными образованиями (амелобластома, одонтома, одонтогенная фиброма, цементома) и кистами челюстей. Научиться собирать анамнез от родителей ребенка, обследовать анатомо-функциональные расстройства и оказать первичную помощь. Научиться писать историю болезни, выбрать оптимального срока и метода операции в зависимости от возраста ребенка. Научиться особенностям послеоперационного ухода за ребенком и обработки за раной. Дать совет родителям по уходу ребенка.
Методы обучения:	Клиническое обследование, сбор анамнеза, писать историю болезни, беседа.
Вид занятия:	Массово-коллективный, персональный
Наглядные пособия по теме:	Стоматологическое кресло, стоматологическое зеркало, пинцет, шпатель, лоток, столик врача, спирт, фурацилин, марлиевые шарики, стерильные перчатки
Обстановка для проведения занятия:	Клинически оборудованный симуляционный кабинет, клинический кабинет
Мониторинг и критерии оценок:	Клинический анализ, оценка, устный контроль, вопрос-ответ

4. САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЕ

Необходимые методические указания по освоению занятий самостоятельного обучения.

Самостоятельная работа №1

Анатомия неба. Иннервация и кровоснабжение мышц мягкого неба. Подготовка больных с врожденными расщелинами неба. Уход за раной после операции.

Цель: Научить студента самостоятельному применению знаний и навыков на практике. Изучение анатомии неба, названий мышц, иннервации и кровоснабжения мягкого неба. Узнать особенностей до операционной подготовки и послеоперационного ухода детей с врожденными расщелинами неба.

Ожыдаемые результаты: При выполнении самостоятельной работы студент изучает и узнает анатомию неба, названий мышц, иннервацию и кровоснабжению мягкого неба. Узнает особенности до операционной подготовки и послеоперационного ухода детей с врожденными расщелинами неба.

Формы выполнения самостоятельной работы: презентация (с помощью программ: MS PowerPoint, ПромоШОУ, Impress, Kingsoft Presentation, ProShow Producer, SmartDraw, Prezi Classic Desktop, VideoScribe, Wink, SlideDog, Adobe Presenter, Hippani Animator), реферат, видео, флеш-анимация, стенд и в других видах.

При выполнении самостоятельной работы рекомендуется воспользоваться следующими источниками информации: интернет, Научно практический журнал Стоматология и другие зарубежные журналы по тематике, основные (1,2,3,4,5) и дополнительные (1,2,3,4,12,14,17,18,19) литературы.

Самостоятельная работа №2

Эмбриогенез ЧЛЮ. Малые аномалии развития. Фистулография. Техника и показания.

Цель: Научить студента самостоятельному применению знаний и навыков на практике. Изучение эмбриогенеза ЧЛЮ. Узнать этиологию развития малых аномалий и их клинику. Научиться проводить фистулографию.

Ожыдаемые результаты: При выполнении самостоятельной работы студент изучает и узнает эмбриогенеза ЧЛЮ. Узнает этиологию развития малых аномалий и их клинику. Научится проводить фистулографию.

Формы выполнения самостоятельной работы: презентация (с помощью программ: MS PowerPoint, ПромоШОУ, Impress, Kingsoft Presentation, ProShow Producer, SmartDraw, Prezi Classic Desktop, VideoScribe, Wink, SlideDog, Adobe Presenter, Hippani Animator), реферат, видео, флеш-анимация, стенд и в других видах.

При выполнении самостоятельной работы рекомендуется воспользоваться следующими источниками информации: интернет, Научно практический журнал Стоматология и другие зарубежные журналы по тематике, основные (1,2,3,4,5) и дополнительные (1,2,3,4,12,14,17,18,19) литературы.

Самостоятельная работа №3

Кисты и свищи ЧЛЮ. Методы обследования свищевых ходов.

Цель: Научить студента самостоятельному применению знаний и навыков на практике. Изучение кист и свищей ЧЛЮ, методы их обследования.

Ожыдаемые результаты: При выполнении самостоятельной работы студент изучает и узнает кист и свищей ЧЛЮ, методы их обследования.

Формы выполнения самостоятельной работы: презентация (с помощью программ: MS PowerPoint, ПромоШОУ, Impress, Kingsoft Presentation, ProShow Producer,

SmartDraw, Prezi Classic Desktop, VideoScribe, Wink, SlideDog, Adobe Presenter, Hippani Animator), реферат, видео, флеш-анимация, стенд и в других видах.

При выполнении самостоятельной работы рекомендуется воспользоваться следующими источниками информации: интернет, Научно практический журнал Стоматология и другие зарубежные журналы по тематике, основные (1,2,3,4,5) и дополнительные (1,2,3,4,12,14,17,18,19) литературы.

Самостоятельная работа №4

Анатомия ВНЧС. Функциональные изменения у больных с патологиями ВНЧС.

Значение ортодонтического лечения при лечении первично-костных патологий.

Профилактика первично-костных патологий суставов.

Цель: Научить студента самостоятельному применению знаний и навыков на практике. Изучение анатомии ВНЧС, функциональных изменений у больных с патологиями ВНЧС, значения ортодонтического лечения при лечении первично-костных патологий, профилактики первично-костных патологий суставов.

Ожидаемые результаты: При выполнении самостоятельной работы студент изучает и узнает анатомию ВНЧС, функциональных изменений у больных с патологиями ВНЧС, значения ортодонтического лечения при лечении первично-костных патологий, профилактику первично-костных патологий суставов.

Формы выполнения самостоятельной работы: презентация (с помощью программ: MS PowerPoint, ПромоШОУ, Impress, Kingsoft Presentation, ProShow Producer, SmartDraw, Prezi Classic Desktop, VideoScribe, Wink, SlideDog, Adobe Presenter, Hippani Animator), реферат, видео, флеш-анимация, стенд и в других видах.

При выполнении самостоятельной работы рекомендуется воспользоваться следующими источниками информации: интернет, Научно практический журнал Стоматология и другие зарубежные журналы по тематике, основные (1,2,3,4,5) и дополнительные (1,2,3,4,12,14,17,18,19) литературы.

Самостоятельная работа №5

Клинические особенности доброкачественных и злокачественных опухолей ЧЛО у детей. Классификация опухолей.

Цель: Научить студента самостоятельному применению знаний и навыков на практике. Изучение клинических особенностей доброкачественных и злокачественных опухолей ЧЛО у детей. Классификацию опухолей.

Ожидаемые результаты: При выполнении самостоятельной работы студент изучает и узнает клинических особенностей доброкачественных и злокачественных опухолей ЧЛО у детей. Классификацию опухолей.

Формы выполнения самостоятельной работы: презентация (с помощью программ: MS PowerPoint, ПромоШОУ, Impress, Kingsoft Presentation, ProShow Producer, SmartDraw, Prezi Classic Desktop, VideoScribe, Wink, SlideDog, Adobe Presenter, Hippani Animator), реферат, видео, флеш-анимация, стенд и в других видах.

При выполнении самостоятельной работы рекомендуется воспользоваться следующими источниками информации: интернет, Научно практический журнал Стоматология и другие зарубежные журналы по тематике, основные (1,2,3,4,5) и дополнительные (1,2,3,4,12,14,17,18,19) литературы.

Самостоятельная работа №6

Пиогенная гранулема, гигантоклеточный эпulis, дермоидная киста.

Цель: Научить студента самостоятельному применению знаний и навыков на практике. Изучение этиологии, клиники, диагностики и лечения пиогенной гранулемы, гигантоклеточного эпулиса, дермоидной кисты.

Ожидаемые результаты: При выполнении самостоятельной работы студент изучает и узнает этиологию, клинику, диагностику и лечения пиогенной гранулемы, гигантоклеточного эпюлиса, дермоидной кисты.

Формы выполнения самостоятельной работы: презентация (с помощью программ: MS PowerPoint, ПромоШОУ, Impress, Kingsoft Presentation, ProShow Producer, SmartDraw, Prezi Classic Desktop, VideoScribe, Wink, SlideDog, Adobe Presenter, Hippani Animator), реферат, видео, флеш-анимация, стенд и в других видах.

При выполнении самостоятельной работы рекомендуется воспользоваться следующими источниками информации: интернет, Научно практический журнал Стоматология и другие зарубежные журналы по тематике, основные (1,2,3,4,5) и дополнительные (1,2,3,4,12,14,17,18,19) литературы.

Самостоятельная работа №7

Доброкачественные опухоли мягких тканей лица, гемангиома, лимфангиома.

Лечение гемангиом биологическим методом. Миксом челюстей.

Цель: Научить студента самостоятельному применению знаний и навыков на практике. Изучение этиологии, клиники, диагностики и лечения доброкачественных опухолей мягких тканей лица, гемангиомы, лимфангиомы, лечения гемангиом биологическим методом, миксом челюстей.

Ожидаемые результаты: При выполнении самостоятельной работы студент изучает и узнает этиологию, клинику, диагностику и лечения доброкачественных опухолей мягких тканей лица, гемангиомы, лимфангиомы, лечения гемангиом биологическим методом, миксом челюстей.

Формы выполнения самостоятельной работы: презентация (с помощью программ: MS PowerPoint, ПромоШОУ, Impress, Kingsoft Presentation, ProShow Producer, SmartDraw, Prezi Classic Desktop, VideoScribe, Wink, SlideDog, Adobe Presenter, Hippani Animator), реферат, видео, флеш-анимация, стенд и в других видах.

При выполнении самостоятельной работы рекомендуется воспользоваться следующими источниками информации: интернет, Научно практический журнал Стоматология и другие зарубежные журналы по тематике, основные (1,2,3,4,5) и дополнительные (1,2,3,4,12,14,17,18,19) литературы.

Самостоятельная работа №8

Рентгенологическая диагностика опухолей. Современные методы диагностики (УЗИ, МРТ, КТ, Ортопантомография).

Цель: Научить студента самостоятельному применению знаний и навыков на практике. Изучение рентгенологической диагностики опухолей, современных методов диагностики (УЗИ, МРТ, КТ, ортопантомография).

Ожидаемые результаты: При выполнении самостоятельной работы студент изучает и узнает рентгенологическую диагностику опухолей, современные методы диагностики (УЗИ, МРТ, КТ, ортопантомография).

Формы выполнения самостоятельной работы: презентация (с помощью программ: MS PowerPoint, ПромоШОУ, Impress, Kingsoft Presentation, ProShow Producer, SmartDraw, Prezi Classic Desktop, VideoScribe, Wink, SlideDog, Adobe Presenter, Hippani Animator), реферат, видео, флеш-анимация, стенд и в других видах.

При выполнении самостоятельной работы рекомендуется воспользоваться следующими источниками информации: интернет, Научно практический журнал Стоматология и другие зарубежные журналы по тематике, основные (1,2,3,4,5) и дополнительные (1,2,3,4,12,14,17,18,19) литературы.

Самостоятельная работа №9

Особенности лечения кист (цистотомия, цистэктомия).

Цель: Научить студента самостоятельному применению знаний и навыков на практике. Изучение особенностей лечения кист (цистотомия, цистэктомия).

Ожидаемые результаты: При выполнении самостоятельной работы студент изучает и узнает особенностей лечения кист (цистотомия, цистэктомия).

Формы выполнения самостоятельной работы: презентация (с помощью программ: MS PowerPoint, ПромоШОУ, Impress, Kingsoft Presentation, ProShow Producer, SmartDraw, Prezi Classic Desktop, VideoScribe, Wink, SlideDog, Adobe Presenter, Hippani Animator), реферат, видео, флеш-анимация, стенд и в других видах.

При выполнении самостоятельной работы рекомендуется воспользоваться следующими источниками информации: интернет, Научно практический журнал Стоматология и другие зарубежные журналы по тематике, основные (1,2,3,4,5) и дополнительные (1,2,3,4,12,14,17,18,19) литературы.

5. ГЛОССАРИЙ

Абсцесс - острый воспалительный процесс, сопровождающийся накоплением гноя. Вызывается, как правило, скоплением патогенных микроорганизмов (чаще всего – бактерий). Абсцесс пародонта – это локализованная инфекция в тканях десен и альвеолярной кости. Периапикальный абсцесс – абсцесс возле корня зуба. Может возникать в результате некроза зуба (как следствие незалеченного кариеса или травмы зуба). Абсцесс может также возникнуть после трещины или перелома корня зуба.

Агенезия – отсутствие формирования зубов. Зародыш зуба при этом не образуется. Это аномалия генетической природы, которая проявляется, как правило, в процессе замены молочных зубов на постоянные. При этом молочный зуб либо не выпадает, либо выпадает, но на его месте постоянный не вырастает. Чаще всего явлению агенезии подвержены зубы мудрости (третьи моляры), резцы верхней челюсти и премоляры. Агенезия может быть как односторонней, так и двухсторонней.

Аденития (анодонтия) – редкое генетическое заболевание, характеризующееся врожденным отсутствием всех молочных или постоянных зубов. Аденития связана с группой кожных и нервных синдромов, называемых эктодермальными дисплазиями.

Азота закись – бесцветный инертный газ со сладковатым запахом, используемый в стоматологии в качестве седативного средства. Это слабый ингаляционный анестетик, позволяющий успокоить пациента при проведении стоматологических манипуляций. При вдыхании закиси азота возникает расслабленное сонное состояние.

Альвеола (зубная лунка) – костная полость верхней или нижней челюсти, в которую непосредственно встраивается зуб и закрепляется в ней со стороны корневых каналов. Внизу каждого корня имеются апикальные отверстия, в которых проходят кровеносные сосуды и нервы.

Альвеолит – воспалительный процесс в альвеоле зуба, возникающий, как правило, после удаления зуба. Провоцирующим фактором для возникновения альвеолита является инфицирование кровяного сгустка в лунке, либо так называемая «сухая лунка», которая не защищена кровяным сгустком и поэтому в нее легко попадают патогенные микроорганизмы. Признаками возникшего альвеолита после удаления зуба являются: сильная боль, неприятное ощущение при касании к лунке языка, неприятный запах из лунки.

Альвеолопластика – хирургическая операция с целью сформировать структуру альвеолы перед установкой зубного протеза.

Альвеолотомия – хирургическая операция, при которой рассекается стенка альвеолы зуба. Показанием к такой операции является наличие осколков зуба после удаления, наличие непрорезавшихся зачатков зуба. Альвеолотомия всегда сопровождает операцию резекции верхушки корня зуба.

Альвеолэктомия – хирургическая операция по удалению так называемых альвеолярных возвышений, расположенных по краям альвеолы. Причин возникновения таких возвышений несколько: неправильно проведенное удаление зуба, отсутствие соседних зубов.

Альвеолярный абсцесс – острый гнойный воспалительный процесс в альвеоле зуба. Развивается постепенно после проведенного процесса лечения зуба, когда в тканях, окружающих зуб, осталась инфекция. Молочные зубы с признаками альвеолярного абсцесса подлежат удалению. Постоянные зубы с альвеолярным абсцессом подлежат эндодонтическому лечению.

Альвеолярный отросток – часть челюстной кости, на которой непосредственно расположены зубы.

Амелобласт – зародышевая клетка эпителия, участвующая в образовании зубной эмали. Непосредственно перед прорезыванием зубов эти клетки исчезают.

Амелобластома – доброкачественная одонтогенная опухоль. Развивается бессимптомно. Амелобластому можно обнаружить при рентгенологическом исследовании. Часто ее можно спутать с фолликулярной кистой. Возникает, как правило, у взрослых, а иногда в подростковом возрасте. Лечение исключительно хирургическое (кюретаж).

Амелогенез несовершенный – порок развития зубной эмали. При этом могут поражаться как молочные, так и постоянные зубы. Встречаются различные формы несовершенного амелогенеза: гипопластическая, гипокальцинированная, гипоматурационная. При этом эмаль может быть не полностью сформированной, недостаточно минерализованной (мягкой), пятнистой, тонкой, гладкой, коричневатого цвета. При лечении данной патологии рекомендуется реставрация коронками или адгезивными винирами.

Ампутация корня зуба – хирургическая операция, которая проводится в том случае, когда разрушен только корень зуба, а его коронковая часть не повреждена. При этом доступ к корню осуществляется путем отслоения лоскута в области зубодесневого кармана. Затем корень отрезают бором и удаляют. Данная операция показана при сложных случаях, когда корни зуба не поддаются обычному терапевтическому лечению.

Анамнез (история болезни) – включает в себя описание всех симптомов и этапов заболевания, что является важнейшим фактором для правильной диагностики. Включает в себя также обязательное описание предшествующих заболеваний, аллергии, семейных и профессиональных заболеваний, принимаемых лекарств, факторов риска и прочее.

Ангиома – сосудистая опухоль, кожный дефект, который может сохраняться в течение всей жизни или исчезнуть внезапно. Существует несколько типов ангиом, различающихся цветом и размером. Некоторые из них, такие как гемангиомы, являются довольно распространенными среди новорожденных. При гемангиоме наблюдается чрезмерное расширение кровеносных или лимфатических сосудов. На коже возникают красные пятна различной интенсивности.

Анестезия – обезболивание, целью которого является удаление ощущений, особенно ощущения боли. Анестезия может быть применена для одного органа, области тела или для всего тела. Применение анестезии позволяет врачу качественнее и быстрее проводить различные манипуляции.

Анестезия местная – применяется для какой-то одной определенной области и, как правило, осуществляется с помощью инъекции местных анестетиков в ткани, а также путем применения обезболивающих гелей или спреев. Местный анестетик может быть применен как при терапевтических, так и при хирургических манипуляциях в стоматологии. При применении анестетиков необходимо руководствоваться соображениями безопасности, чтобы избежать аллергических реакций или анафилактического шока.

Анестезия общая (общий наркоз) – метод обезболивания, при котором происходит отключение сознания и полное отсутствие болевой чувствительности, что достигается с помощью применения внутривенных инъекций или вдыхания наркотических препаратов. При применении общей анестезии необходим постоянный мониторинг и контроль жизненно-важных функций: дыхания (частота дыхания, дыхательный объем, оксиметрия), гемодинамики (частоты сердечных сокращений и артериального давления, мышечного тонуса). Применение общего наркоза обязательно требует присутствия врача-анестезиолога.

Анестезия проводниковая – это один из способов местной анестезии, при котором анестетик действует непосредственно на нервные окончания.

Анкилоз зубов – слияние альвеолярной кости с цементом или дентином зуба в результате отсутствия или атрофии периодонтальной связки. Причиной является невыпадение одного из молочных моляров и отсутствие постоянного зуба.

Анодонтия – врожденное отсутствие зубов, что, как правило, сопровождается патологиями и в других органах. Анодонтия бывает полной, когда отсутствует постоянный прикус, и частичной, когда наблюдается отсутствие, по меньшей мере, одного зуба.

Аномалии развития зубов – врожденные или приобретенные нарушения развития зубов, зубных рядов, челюстей, прикуса. Причины могут быть самого различного происхождения: врожденные (генетические), связанные с эндокринными нарушениями, аномалиями развития плода под влиянием негативных факторов, искусственное вскармливание, рахит, гиповитаминоз, нарушения в лор-органах (нос и миндалины). Аномалии развития зубов могут принимать самые разные формы: изменение цвета, количества или формы зубов, отсутствие зубов, наличие сверхкомплектных зубов, изменения величины зубов, структуры твердых тканей зубов, сроков прорезывания зубов, аномалии прикуса.

Антибактериальные средства – антибиотики, лекарственные средства антимикробного действия, используемые при лечении и профилактике бактериальных инфекций. Они либо убивают бактерии, либо замедляют их рост. Антибиотики не эффективны против вирусов, а их неправильное использование может привести к появлению устойчивых к антибиотикам микроорганизмов.

Антигистаминные средства – тип фармацевтических препаратов, которые противостоят рецепторам гистамина в организме. Существует два самых больших класса антигистаминных препаратов. H1 используются для лечения аллергических реакций путем закапывания в нос при зуде, насморке и чихании, а также для бессонницы, головокружения. H2 используют для лечения заболеваний, вызванных избыточной кислотностью желудочного сока (пептической язвы, рефлюкса).

Антисептические средства – используются в стоматологии для удаления зубного налета в виде спреев, полосканий, гелей и т.п. Они не вызывают привыкания, не являются токсическими и имеют достаточно широкий антимикробный спектр действия. К ним относятся, например, хлоргексидин, мирамистин, листерин.

Аплазия – неправильное развитие клеток или тканей, задержка развития. Эта дисфункция обычно возникает сразу после рождения, не передается и может быть врожденной.

Артроз (остеоартроз) – результат деградации хряща, покрывающего концы костей в суставах. Суставный хрящ изнашивается и воспаляется, что может сопровождаться сильными болями.

Бактериальная инфекция – заболевание, вызванное бактериями, одноклеточными организмами. Существует огромное количество разнообразных бактерий, способных оказывать влияние на человеческий организм. В зависимости от типа бактерий, происходит заражение того или иного организма. Это может быть горло (бактериальная ангина), мочевого пузыря (цистит), сердце (инфекционный эндокардит). При сильном заражении в некоторых случаях бактериальная инфекция может привести к летальному исходу. Лечение бактериальных инфекций производится антибиотиками.

Беззубый рот (см. Агенезия)

Бензокаин – местный анестетик. Он присутствует в качестве активного ингредиента во множестве безрецептурных обезболивающих мазях, в частности, для облегчения состояния при афтозном стоматите. В сочетании, например, с антипирином (феназоном) бензокаин присутствует в ушных каплях для облегчения боли и удаления ушной серы.

Бородавка оральная – могут возникать на поверхностях языка, губ или внутренних слизистых поверхностях щек. Иногда маленькие белые бородавчатые образования могут появляться вокруг рта, при этом их количество может достигать до сотни.

Верхней губы уздечка - пленка, мембрана, складка, соединяющая верхнюю губу и десну. Если уздечка верхней губы слишком короткая, это может привести к нарушениям двигательной активности верхней губы, к проблемам грудного вскармливания, вызывая боль при сосании груди ребенком и боль в соске у матери. Кроме того, это может

нарушить правильное формирование зубного ряда и приводить к формированию диастемы (щели между верхними передними зубами). Для устранения дефекта применяют операцию френулотомии – рассечения уздечки. Операция занимает всего несколько секунд, после нее ребенок сразу может начать сосать грудь.

Внутренняя резорбция – рассасывание дентина корневых каналов после ампутации пульпы. Возникает через несколько месяцев после пульпотомии. Это может возникнуть в тех случаях, когда пораженная пульпа удалена не полностью, и часть измененной инфицированной ткани провоцирует распространение воспаления на устья корневых каналов.

Внутрипульпарная анестезия – применяется для глубокой анестезии пульпы в эндодонтии в том случае, когда другие способы анестезии не дали желаемых результатов. Этот способ анестезии крайне эффективен, но вначале является очень болезненным.

Врожденное отсутствие зубов (см. Адентия)

Вывих зуба – отрыв или смещение зуба в результате травмы, при котором происходит разрыв корневой части зуба или его лунки. Надо говорить об экстрозивном вывихе, когда зуб выталкивается из лунки, и о навязчивом вывихе, когда зуб проталкивается в лунку (вколоченный зуб, интрузия). Если речь идет о вывихе молочного зуба, это может привести к повреждению находящегося под ним зачатка постоянного зуба, что в последующем может привести к пятнистости или гипоплазии эмали этого постоянного зуба.

Выпадение зубов – в норме выпадение молочных зубов происходит постепенно с последующей заменой их на постоянные зубы. Иногда у детей происходит преждевременное выпадение зубов, а также выпадение постоянных зубов в результате периодонтита, гипофосфатазии и пубертатного пародонтита. Чаще это затрагивает девочек.

Галитоз - см. Запах изо рта

Гемангиома- доброкачественная сосудистая опухоль. Чаще всего встречаются у детей первого года жизни и имеют врожденное происхождение. Располагается, как правило, на голове или на шее, а также в полости рта (язык, слизистая оболочка губ и щек). Часто гемангиомы исчезают сами с возрастом.

Гематома - кровяная опухоль мягких тканей. Возникает при разрыве кровеносных сосудов. При этом в полости наблюдается скопление крови. Может возникнуть, в частности, при травме (сильный удар или перелом).

Гематома при прорезывании зубов – возникает за несколько недель до прорезывания молочного или постоянного зуба как результат травмы мягких тканей при жевании и разговоре. Такая гематома рассасывается после того, как зуб прорезался.

Гемисекция – хирургическая операция, выполняемая обычно на нижних молярах для сохранения корней зубов путем удаления одного из корней многокорневого зуба в том случае, когда этот корень сильно поражен, а остальные корни не затронуты. Операция гемисекции проводится с помощью специальной фрезы. Другие показания к гемисекции: поддесневой кариес, глубокий пародонтит на одном из корней, переломы корней (когда нужно сохранить один из корней).

Гермектомия – экстракция (удаление) зубов мудрости – третьих моляров верхней или нижней челюсти. У детей и подростков эти зубы еще развиты не полностью и должны быть удалены, если они неправильно расположены или поражены кариесом. Процедура болезненная, проводится под местной или даже общей анестезией и требует реабилитационного периода, поскольку бывают осложнения (отек шеи, кровотечение, боль, ограничение в открывании рта).

Гингивопластика – простая процедура, проводимая под местной анестезией, которая позволяет изменять форму десны (ремоделировать десну).

Гингивэктомия – простая процедура, позволяющая изменить высоту прилегания десны к зубу, удаление гиперемированных частей десны, заходящих на зубную эмаль. Используется в основном для эстетических целей.

Гиперплазия десен – увеличение в размерах мягких тканей десен во рту. Вызывается целым рядом факторов от беременности, до системных заболеваний. Гиперплазия десен может затруднять процесс пережевывания пищи и нарушать эстетику полости рта. Часто сопровождается кровоточивостью десен и болезненностью.

Гиперсаливация – слюнотечение, чрезмерное образование слюны. Иногда возникает у пациентов, которые не могут полностью держать рот закрытым. Часто гиперсаливация является предшественником рвоты. Также причинами гиперсаливации могут быть: водобоязнь, дефицит витамина В3, желудочно-пищевой рефлюкс, чрезмерное употребление крахмала, панкреатит, болезни печени, язвы во рту, инфекции полости рта, прием некоторых медикаментов.

Гиперодонтия (полиодонтия) – наличие сверхкомплектных зубов в дополнение к обычному зубному ряду. Такие зубы могут появиться в любом месте зубной дуги. Сверхкомплектный зуб в переднее-срединной области верхней зубной дуги называется мезиодентом. Причинами гиперодонтии являются наследственные факторы, экология, Наличие сверхкомплектных зубов может привести к задержке развития нормальных зубов.

6. ПРИЛОЖЕНИЯ

6.1. Типовая программа предмета

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди:

№ МД- 5510400 - 2

2015 йил 16.07



Олий ва ўрта махсус таълим
вазирлиги

2015 йил “ ”

БОЛАЛАР ЖАРРОХЛИК СТОМАТОЛОГИЯСИ фанининг

ЎҚУВ ДАСТУРИ

Билим соҳаси:	500 000	– Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	510 000	– Соғлиқни сақлаш
Мутахассислик:	5510400	– Стоматология

Тошкент – 2015

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг
2015 йил "21" 08 даги "308" - сонли буйруғининг 7 -
иловаси билан фан дастури рўйхати тасдиқланган.

Фаннинг ўқув дастури Олий ва ўрта махсус, касб-хунар таълими
йўналишлари бўйича ўқув-услубий бирлашмалар фаолиятини
Мувофиқлаштирувчи Кенгашининг 2015 йил "16" 09 даги "4" -
сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фаннинг ўқув дастури Тошкент Тиббиёт Академиясида ишлаб
чиқилди.

Тузувчилар

Юлдашев А.А. - Тошкент Тиббиёт Академияси Болалар стоматологияси
кафедраси ассистенти
Абдуазимова Л.А. - Тошкент Тиббиёт Академияси Болалар стоматологияси
кафедраси ассистенти, т.ф.н.

Такризчилар:

Абдукадыров А.А. - ТошВМОИ жаррохлик стоматологияси кафедраси
профессори, т.ф.д.
Холматова М.А. - Тошкент Тиббиёт Академияси Жаррохлик
стоматологияси кафедраси доценти, т.ф.н.

Фаннинг ўқув дастури Тошкент Тиббиёт Академияси Илмий-услубий
Кенгашида кўриб чиқилган ва тавсия қилинган (2014 йил "26"
18 даги "4" - сонли баённома).

1. КИРИШ.

Ушбу ишчи дастур тиббиёт ОУЮларида стоматология факультетининг VII, VIII, IX ва X семестрларда болалар жаррохлик стоматологиясидан таълим бериш учун мўлжалланган. Дастур таълим стандартидаги шифокор – умумий стоматологни тайёрлаш малакавий характеристикаси, намунавий дастур асосида тузилган бўлиб болаларда учрайдиган асосий стоматологик касалликларни жаррохлик йўли билан даволаш хақидаги талабаларнинг умумий билимларини шакллантиришни назарда тутди. Болалар жаррохлик стоматологияси бўйича материаллар тиббий-биологик ва клиник фанлар билан мантикий боғлиқликда ўрганилиб, талабаларни жаррохлик малакасининг қабул қилиш етарли даражадаги асосий малакаларни эгаллашга йўналтириш орқали амалга оширилади.

2. Таълим мақсади ва вазифалари.

Таълим мақсади: болалар жаррохлик стоматологиясининг асосий билимлари бўйича назарий ва амалий билимларни ўргатиш, Ўзбекистон Республикасининг соғлиқни сақлаш системаси структурасини билувчи ва болаларга амбулатор-поликлиник жаррохлик стоматологик ёрдам кўрсатишга қодир бўлган умумий стоматолог – шифокорни тайёрлаш. Таълим вазифалари:

- Талабаларга маҳаллий ва умумий оғрикисилантириш техникасини ўтказиш хусусиятларини ва ҳар хил ёшдаги болаларда вақтинчалик ва доимий тишларни олиш хусусиятларини ўргатиш.
- Юмшоқ ва суяк тўқимаси яллиғланиш касалликларининг ривожланиш динамикасига усаётган организмнинг анатомио-морфологик хусусиятлари таъсирини ўргатиш.
- Болалар ЮЖС жароҳатлари ва хосилалари клиник ва диагностик хусусиятларини ўргатиш.
- Талабаларга лаб ва танглай кемтиклари формалари хилма хиллигини классификациялашни, ёш болаларнинг ривожланишга дефектларнинг таъсирини ўргатиш.
- Тиш, оғиз бўшлиғи ва юздаги турли хил стоматологик касалликларда болаларга амбулатор жаррохлик ёрдами кўрсатишни ва госпитализация қилишга кўрсатмаларни аниқлашни талабаларга ўргатиш.

Ўқув юкларининг машғулоти турига қараб тақсимланиши

Умумий иш хажми (соат)	Аудитория машғулоти (соатда)		
	Жами	Маъруза	Амалий машғулоти
4 курс	500	20	480
5 курс	1040	8	1032

3. Маърузалар курси

3.1. Маъруза матнлари режаси

Маъруза №	Маърузалар мавзуси	Соати
1.	Маъруза № 1. Болаларда жағ суяқларининг уткир ва сурункали одонтоген остеомиелити, клиникаси, ташхислаш ва даволаш принциплари. <i>Талабаларнинг мустақил тайёрланиши учун мавзулар:</i> <i>Гематоген остеомиелит: этиологияси, патогенези, клиникаси, ташхиси ва даволаш усуллари.</i>	2
2.	Маъруза № 2. Болаларда ЮЖС юмшоқ туқималарининг неодонтоген ва одонтоген яллиғланиш касалликлари. Клиникаси, ташхислаш ва даволаш принциплари. <i>Талабаларнинг мустақил тайёрланиши учун мавзулар:</i>	2

	<i>Болаларда ЮЖС иннервацияси хусусиятлари; болаларда огриксизлантириш усуллари.</i>	
3.	Маъруза № 3. Болаларда сулак безлари яллигланиш касалликлари. Болаларда юмшок туқималар, тиш ва юз суякларининг травматик жароҳатлари. <i>Талабаларнинг мустақил тайёрланиши учун мавзулар: Эпидемик паротитнинг клиник кечиши хусусиятлари; эпидемик паротитнинг асоратлари.</i>	2
4.	Маъруза № 4. Болаларда чакка-пастки жаг бугими яллигланиш касалликлари Болаларда чакка-пастки жаг бугимининг иккиламчи деформацияловчи остеоартрози ва анкилози. <i>Талабаларнинг мустақил тайёрланиши учун мавзулар: Болаларда чакка-пастки жаг бугими касалликлари.</i>	2
5.	Маъруза № 5. Юз тугма кемтиклар. Этиологияси. Таснифи. Клиникаси. <i>Талабаларнинг мустақил тайёрланиши учун мавзулар: Тил, пастки ва юкориги лаб юганчаларининг бирикши аномалиялари ва уларни жарроҳлик йули билан даволаш усуллари.</i>	2
6.	Маъруза № 6 Юз-тугма нуксонларини даволаш усуллари, диспансери- <i>Талабаларнинг мустақил тайёрланиши учун мавзулар: Болани операциядан кейин парваришлаш.</i>	2
7.	Маъруза № 7. Болаларда юз юмшок туқималари ва жаг суякларини усма ва усмасимон хосилалари Онкогенез. Клиника. Диагностика. Даволаш принциплари. Онкологик оғоҳлик. <i>Талабаларнинг мустақил тайёрланиши учун мавзулар: Юз-жаг соҳасининг усмалари билан хасталанган болалрни диспансеризацияси</i>	2

зацияс

3.2. Маърузалар мазмуни.

МАВЗУ № 1: БОЛАЛАРДА ОДОНТОГЕН УТКИР ВА СУРУНКАЛИ ОСТЕОМИЕЛИТНИ КЕЧИШИ, ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДАГИ ХУСУСИЯТЛАРИ

МАКСАД:

Болаларда уткир остеомиелитни ривожланиши, клиник кечишига таъсир этувчи маҳаллий ва умумий омиллар билан таништириш. Уткир О.О.О. киёсий ташхислашни, сурункали остеомиелитни клиник-рентгенологик шаклларини фарқлашни ва даволаш усулларини ҳолатини утказиш.

КУРИЛАДИГАН МАСАЛАЛАР:

Болаларда уткир одонтоген остеомиелитни ривожланишида сут ва доимий тишларни анатомик тузилишини ахамияти; ривожланаётган жаг суякларини ва кобигини инфекцияга моиллиги; О.О.болаларни усиш даври билан боғланган ҳолда кечишини муҳокама қилиш. Касаллик босқичлари ва оғирлик даражасини ҳисобга олиб даволаш режасини тузилишини қуриб чиқиш; уткир остеомиелитни сурункали шаклига утиш сабабларини тушунтириш; Сурункали остеомиелитни клиник-рентгенологик шакилларини фарқларини таърифлаш ва даволаш режасини утказиш. Гематоген остеомиелит ҳақида маълумот

бериш. Маъруза натижасида талабаларда бугунги кунда шу касалликни болаларда ривожланишига таъсир этувчи омилларни билиш, касалликни кечишидаги хусусиятларини болани усиш даврларидаги анатомио-физиологик хусусиятларига боғланган холда куриш. Замоनावий ташхислаш усуллари (У.З.Т. эхоостеометрия МРТ ва бошқалар) натижаларидан фойдаланиш. Бирламчи тахминий ташхис куйиш ва стационар даволашга курсатмаларни урганиши керак

МАВЗУ № 2: БОЛАЛАРДА ЮЗ-ЖАГ ЮМШОК ТУКИМАЛАРИНИ ОДОНТОГЕН ВА НООДОНТОГЕН ЯЛЛИГЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ, АСОСИЙ КЛИНИКАСИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

МАКСАД:

Болаларда ЮЖС одонтоген ва ноодонтоген яллигланиш касалликларини ривожланиши ва кечишида преморбид омиллари ва макроорганизмни резистентлигини ахамияти хақида тушунча ва билимларини ошириш.

ЕЧИЛАДИГАН МАСАЛАЛАР:

1. Кўриқда:

а) Болалар ЮЖС юмшок тукималарини яллигланиш касалликларининг учрашида ТМА 3-клиникаси «Болалар жаррохлик стоматология» булими мисолида.

б) Болаларни ЮЖС йирингли яллигланиш касалликларини чакирувчи инфекцияни тукимага тушиши ва ривожланиши.

2. Болаларда лимфоаденит, яллигланиши, инфилтрати, абсцесс, флегмонани клиник кечиши, усаётган организмни ёшига боғликлигини тушунтириш.

3. Болаларда кечаётган йирингли яллигланиш касалликларини шакли ва ёшига асосланган даволаш усулларини ургатиш.

КУТИЛАЁТГАН НАТИЖАЛАР:

Маърузани тинглаб, талабалар куйидагиларни ушлаштириб олишади: Яъни:

а) инфекцияларни тукималарга кириш йулларини солиштириш вазни, биологик даврларига караб узгайиб туради. б) ЮЖС йирингли яллигланишни келиб чикишида асосан облигат анаэробларини спора хосил килмайдиган шаклдаги микроорганизмларни чакириши; касалликларни динамик кечиши; касалликларга хос булган махаллий ва умумий белгиларни билиш; болаларда учрайдиган яллигланиш касалликлар шакилларини киёсий ажратиш; Стационарда даволаниш курсатмаларини ургатиш; Бугунги кунда утказилаётган ташхислаш ва даволаш усулларини ва уларга кафедрани муносабатини тушунтириш

МАВЗУ № 3 «Болаларда сулак безлари ялликланиш касалликлари

Болаларда юмшок тукималар, тиш ва юз суякларининг травматик жарохатлари» мавзусидаги маъруза матни»

Мақсад

• Талабаларга болаларнинг сулак безларини асосий анатомик ва физиологик тузилишининг ва касалликларини хусусиятларини баён этиш. Клиник кечими, ташхислаш ва даволаш принциплари.

• Хар хил ешдаги болаларни юз-жаг сохасини анатомик ва физиологик хусусиятларини, уларни жарохатни клиник куринишига ва кечимига таъсирини еритиб бериш.

Вазифалар

• Болаларнинг сулак безларини тузилишини анатом-физиологик хусусиятларини муҳокама килиш,

• Сулак безлариниялликланиш касалликларини классификацияси, текшириш ва ташхислаш услубларини куриб чикиш,

• уткир носпецифик сиалоденит, Сурункалик носпецифик паренхиматоз сиалоденит, калкуллез сиалоденитни хусусиятларини баён этиш.

- - юзнинг юмшок тукумаларининг, огиз бушлиги аъзоларининг болаларни ешини эътиборга олган холда хусуксиятларини куриб чикиш.
- Сут ва доимий тишларни жарохатларини, классификациясини ва даволаш усулларини куриб чикиш.
- Юз суякларини синишини, уларни клиник куринишини, сабабларини клиник кечимини, даволашни ва унинг натижаларини куриб чикиш.

МАВЗУ № 4. Болаларда чакка-пастки жаг бугими яллигланиш касалликлари. Болаларда чакка-пастки жаг бугимининг иккиламчи деформацияловчи остеоартрози ва анкилози.

Мақсад:

Талабаларни болаларда учрайдиган чакка пастки-жаг бугимининг яллигланиш касалликлари, иккиламчи деформацияловчи остеоартрози ва анкилозининг диагностикаси, даволашни асосий принциплари билан таништири

Маърузанинг вазифалари:

Болаларда ва усмирларда учрайдиган чакка -пастки жаг бугим (ЧПЖБ) касалликларининг классификацияси

- Болаларда учрайдиган чакка-пастки жаг бугимининг иккиламчи деформацияловчи остеоартрози ва анкилозининг этиопатогенези .
 - Иккиламчи деформацияловчи остеоартрознинг Н.Н.Каспарова буйича А.А.Лимберг ва Г.П.Иоаннидис буйича анкилоз ва микрогенезини бир вақтда бартараф этиш усуллари .
- Иккиламчи деформацияловчи остеоартроз ва анкилозни даволашни асосий принциплари билан таништириш ва ургатиш

МАВЗУ № 5. ЮЗНИНГ ТУГМА НУКСОНЛАРИ. ЭТИОЛОГИЯСИ. КЛАССИФИКАЦИЯСИ. КЛИНИК КЎРИНИШЛАРИ.

Мақсад: юз тугма нуксонларининг этиологик факторлари, классификацияси ҳамда анатомио - функционал узгаришлари хақида замонавий маълумотлар бериш.

3. Масала: Юкори лаб ва танглай нуксонларини келиб чиқиши - экзоген ва эндоген факторларининг талқини, экологик факторларга эътиборни қаратиб, камқонлик ва гестозларни хомила ва унинг тиш жаг тизимининг шаклланишида булган таъсири куриб чиқиш.

Эмбриогенез схемаларида юз ривожланишининг нормада ва шу жараеннинг узгаришини қислаб қурсатиб бериш.

Юз – жаг соҳаси ривожланишининг тугма нуксонларининг ММСИ ва Л.Е.Фролова буйича таснифланишларини замонавий усулларда қурсатиб бериш ва юкори лаб ва танглай нуксонларини клиник кечишини тавсифлаш. Юз тугма нуксонларини атипик формалари хақида тушунча бериш.

4. Кутиладиган натижалар: маърузадан сунг талаба билиши керак: юкори лаб ва танглай нуксонларини эмбриогенези хақида тушунчага эга булиши, жараенни келиб чиқишига таъсир қилувчи факторларни билиш, тугма нуксонлар билан тугилган болаларни таниш, А.А. Колесов адабиетида келтирилган Л.Е. Фролова (1973й) буйича таснифланишидаги тугма нуксонларнинг клиник куриниши ва белгиларини билиш, юкори лаб кемтиги ва юкори лаб ва танглай кемтигида анатомик ва функционал бузилишларни билиш, суриш ва ютиниш механизмини билиш, нафас олиш актини бузилишини ва тез-тез юкори нафас йулларини ва ўпкани яллигланиб туриши.

МАВЗУ №6. МАЪРУЗА МАВЗУСИ: ЮЗ-ТУГМА НУКСОНЛАРИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ.

Мақсад: Чегараланган лаб ва танглайни, бир томонлама кесиб утувчи ва икки томонлама кесиб утувчи кемтиклар даражасини ҳисобга олган ҳолда жаррохлик, ортодонтик даволаш, операция утказиш муддатлари, тугма нуксонлар билан тугилган болаларни диспансеризацияси.

3.Қўйилган масалалар: Юқори лаб тугма кемтикларини жаррохлик даволаш усуллари:

- 1) Чизикли усуллар (Евдокимов, Лимберг, Миллард).
 - 2) Учбурчакли лахтақдан фойдаланилган усуллар (Л.М. Обухова ва Теннисон).
 - 3) Туртбурчакли лахтақлардан фойдаланилган усуллар (Хагедорн ва Ле Мезурье).
- Танглай кемтикларини жаррохлик даволаш усуллари. Лимберг, Фролова-Махкамов буйича уранопластика усуллари.Операцияни ешга ва усулига боғлиқлигини ҳисобга олган ҳолда натижаларини солиштириш.

Мутахассис жаррох, ортодонт, логопед иш сурати ва диспансеризацияси. Ешга ва кемтик даражасига боғлиқ ҳолда даволаш режасини тузиш.

МАВЗУ №7. БУЛИМ: БОЛАЛАРДА ЮЗ-ЖАГ СОХАСИ УСМАЛАРИ. БОЛАЛАРДА ЮЗ ЮМШОК ТУКИМАЛАРИ ВА ЖАГ СУЯКЛАРИНИ УСМА ВА УСМАСИМОН ХОСИЛАЛАРИ.

МАЪРУЗА МАҚСАДИ: Болаларда юз жаг соҳасида учрайдиган усмаларни хусусиятлари уларни ташхислаш ва даволаш принциплари билан таништириш.

МАЪРУЗА РЕЖАСИ:

1. Болаларн юз-жаг соҳасида усмалари хақида статистик маълумот.
2. Онкогенез.
3. Усмалар таснифи.
4. Болаларда юзни юмшок туқималари усмаларини кесиш ташхислаш ва даволашдаги хусусиятлари: Гемангиомалар, Лимфангиомалар, Нейрофиброматоз, Пигментли невус дермоид киста
5. Болаларда юз-жаг суяқларини усмаларини клиник рентгенологик семиотикаси.
6. Болаларда жаг суяқларини усмаларини ташхислаш хусусиятлари ва айрим ўсмаларни даволаш.

2. АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАВЗУСИ

Машғулот №	Мавзу номи	Адабиёт ва соат
Маъруза № 1.	Болаларда жаг суяқларининг ўткир одонтоген остеомиелит. Клиникаси, Ташхислаш ва даволаш хусусиятлари. Болаларда жаг суяқларининг сурункали одонтоген остеомиелит. Талабаларнинг мустақил тайёрланиши учун мавзулар: Гематоген остеомиелит: этиологияси, патогенези, клиникаси, ташхиси ва даволаш усуллари.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 2
Маъруза № 2.	Болаларда ЮЖС юмшок тўқималарининг неодонтогенн ва одонтоген яллигланиш касалликлари. Клиникаси, ташхислаш ва даволаш хусусиятлари. Талабаларнинг мустақил тайёрланиши учун мавзулар: Болаларда ЮЖС иннервацияси хусусиятлари; болаларда огриксизлантириш усуллари.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 2
Маъруза № 3.	Болаларда сўлак безлари яллигланиш касалликлари. Болаларда чакка-пастки жаг бўғими яллигланиш	7.1.1. 7.2.12.

	касалликлари Талабаларнинг мустакил тайёрланиши учун мавзулар: Эпидемик паротитнинг клиник кечиши хусусиятлари; эпидемик паротитнинг асоратлари.	7.2.21. 7.2.22. 2
Маъруза № 4.	Болаларда юмшок тўкималар, тиш ва юз суякларининг травматик жароҳатлари. Болаларда чакка-пастки жаг бўгимининг иккиламчи деформацияловчи остеоартрози ва анкилози. Талабаларнинг мустакил тайёрланиши учун мавзулар: Болаларда чакка-пастки жаг бўгими касалликлари.	7.1.1. 7.2.12. 7.2.21. 7.2.22. 2
Маъруза № 5.	Юз тугма кемтиклар. Этиологияси. Таснифи. Клиникаси. Талабаларнинг мустакил тайёрланиши учун мавзулар: Тил, пастки ва юкориги лаб юганчаларининг бирикиш аномалиялари ва уларни жаррохлик йўли билан даволаш усуллари.	7.1.1. 7.2.4. 7.2.9. 7.2.12. 2
Маъруза № 6.	Юз тугма кемтикларни даволаш усуллари. Диспансеризация килиш. Талабаларнинг мустакил тайёрланиши учун мавзулар: - Болани операциядан кейинги парвариш.	7.1.1. 7.2.5. 7.2.6. 7.2.7. 7.2.9. 7.2.12. 2
Маъруза № 7.	Болаларда ЮЖС ўсмалари. Онкогенез. Клиникаси. Ташхислаш. Даволаш принциплари. Онкологик эҳтиёткорлик. Талабаларнинг мустакил тайёрланиши учун мавзулар: - ЮЖС ўсмалари бор болаларни диспансеризация килиш.	7.1.1. 7.2.12. 7.2.13. 7.2.14. 2

3. АМАЛИЙ МАШГУЛОТЛАР ТЕМАСИ

№	Маъруза мавзулари	Соат	Амалий машгулотлар темаси	Адабиёт
1	1	4	Болаларда стоматологик муолажаларда огриксизлантиришнинг хусусиятлари. Маҳаллий анестезия (апликацион, регионар). Умумий огриксизлантириш. Кўрсатма ва унинг монелиги (томир оркали, мушак оркали, эндотрахеал). Умумий ва маҳаллий огриксизлантиришда қўлланиладиган препаратлар (уларнинг дозаси, концентрацияси).	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12.
		2	Мустакил машгулот: Болалар ешининг даврлари, унинг ешига караб хусусиятлари. Болалар стоматологиясида реанимация.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12.

			Болалар жаг суякларини тузилиш.	
2	1	4	Болалар доимий ва вақтинчалик тишларни олиш техникаси. Тишларни олиш вақтидаги ва кейинги асоратлар. Сут тишлари сугуришга кўрсатмалар. Доимий тишларни сугуришга кўрсатмалар. Болалар тиш сугуриш техникаси хусусиятлари. Сугуриш вақтидаги ва сугуриш кейинги маҳаллий ва умумий характердаги асоратлар.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.9. 7.2.12.
		2	Мустакил машгулот: Илдизларни сўрилиш муддати. Болаларни тиш сугуриш олдидаги премедикация ва психоэмоционал тайёрлаш.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.9. 7.2.12.
3	1	4	Болаларда жаг суякларининг одонтоген периостит. Ўткир серозли периостит. Ўткир йирингли периостит. Сурункали периостит. Госпитализация учун кўрсатмалар. Ўткир ва сурункали периоститни даволаш.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.9. 7.2.12.
		2	Мустакил машгулот: Юзнинг ривожланиши. Болаларда пулпит ва периодонтит кечишини хусусиятлари.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.9. 7.2.12.
4	2	4	Болаларда жаг суякларининг ўткир одонтоген остеомиелит. Этиология, патогенез, клиник манзараси. Ўткир остеомиелитни киёсий ташхислаш. Ўткир остеомиелитни даволаш.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.9. 7.2.12.
		2	Мустакил машгулот: Болаларда жаг тузилишини хусусиятлари. Болаларда аъзолар ва сисмавулар тузилишининг хусусиятлари.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.9. 7.2.12.
5	2	4	Сурункали одонтоген остеомиелит. Таснифи – 3 тури. Клиника ва киёсий ташхислаш. Сурункали остеомиелитни турига караб даволаш. Иччиламчи деформацияларни профилактикаси (ортодонтик даволаш).	7.1.1. 7.1.2. 7.2.9. 7.2.12. 7.2.18.
		2	Мустакил машгулот: Остеомиелитда рентгенологик ўзгаришлар. Болаларни сурункали остеомиелит билан диспансеризация.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.9. 7.2.18.
6	2	4	Болаларда жаг суякларининг гематоген ва посттравматик остеомиелит. Гематоген ва посттравматик остеомиелит. Юкори ва пастки жаг суякларда гематоген остеомиелитни клиник хусусиятлари. Гематоген остеомиелитни киёсий ташхислаш. Гематоген остеомиелитни даволаш. Юз суяклари травматик остеомиелити.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.9. 7.2.18.
		2	Мустакил машгулот: Чакалоқларда жаг ва юз суякларни тузилиш	7.1.1. 7.1.2.

			хусусиятлари.	7.2.12.
7	1	4	Лимфаденит. Болаларда ЮЖС яллигланиш инфилтрати ва аденофлегмоналари. Яллигланиш инфилтрат, целлюлит, аденофлегмоналарни тушунча ва клиникаси. Лимфаденит, яллигланиш инфилтратни киёсий ташхислаш, даволаш ва госпитализация кўрсатмалар.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12.
		2	Мустакил машгулот: Юз ва бўйин лимфа тугунларни жойлашиш схемаси ва уларнинг функционал ҳолати. Болаларда лимфа тугунларни тузилиш хусусиятлари.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.15.
8	1	4	Болаларда ЮЖС одонтоген абсцесс ва флегмоналар. Болаларда ешига караб абсцесс ва флегмоналар ривожланишида этиологик омиллар. Абсцесс ва флегмоналар жойлашишига караб клиникаси ва киёсий ташхислаш. Абсцесс ва флегмоналарни даволаш.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.15.
		2	Мустакил машгулот: Жаг ва юз соҳасидаги актиномикоз.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.15.
9	3	4	Сўлак безларининг ўткир ва сурункали яллигланиш касалликлари. Чакалоқда паротит. Эпидемик паротит. Сурункали паренхиматоз ва интерстициал паротит. Калькулезли сиаладенит.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.15.
		2	Мустакил машгулот: Сўлак безларнинг анатомияси ва функцияси. Сиалография ва унинг ўтказилиши.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12.
10	4	4	ЮЖС юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши. Лат ейиш жароҳатлар, кўйишлар ва ЮЖС совук олиши. Юз жароҳатлари жаррохлик тозалаш хусусиятлари.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.15.
		2	Мустакил машгулот: Болалар жароҳатлари турлари. Болаларда юмшоқ тўқималар тузилиши хусусиятлари. Стоматологияда чок материаллари.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.15.
11	4	4	Болаларда жаг суякларининг жароҳатлари. Клиник манзараси. Ташхислаш. Шошилинг ёрдам. Болалар юз суяк синиш хусусиятлари. «Яшил новда» русумли суяк синиш. Юкори жаг синиши. Пастки жаг синиши. Болаларда синишларини даволаш.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.15. 7.2.18.
		2	Мустакил машгулот: Болаларда тиш жароҳатлари. Ташхислаш, даволаш (тишнинг синиши ва чиқиши). Юкори ва пастки жагнинг анатомик тузилиши хусусиятлари. Болалар жароҳатланишини профилактикаси.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.15. 7.2.18.
12	4	4	Болаларда юкори ва пастки жагларининг жароҳатланиши. Юкори ва пастки жаглар жароҳатланиши этиологик омиллари. Юкори ва пастки жаглар жароҳатланишини клиникаси.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.15. 7.2.18.
		2	Мустакил машгулот:	7.1.1.

			ЧПЖБ анатомияси ва функцияси.	7.2.12. 7.2.15.
13	5	4	Юкори лаб ва тил юганчаларини пластикасида огриксизлантириш усулини танлаш. Тил, лаб киска тизгинларда анатомик ва функционал ўзгаришлар. Уларни бартараф этиш муддатлари. Юкори лаб киска тизгинларда компактостеотомия, кўрсаткичлар ва ўтказиш усуллари. Тил тизгинларини кискариш даражалари.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.15.
		2	Мустақил машгулот: Хорошилкина бўйича тил юганчасини кискалиги даражалари. Френулотомия ва френулоэктомия.	7.1.1. 7.2.15.
14	5	4	Юкориги лаб тугма кемтиги. Таснифи. Клиникаси. Ташхислаш. Эрта функционал бузилишлар, уларни бартараф қилиш йўллари. Юкори лаб кемтигида анатомик ўзгаришлар. Юкори лаб кемтигида функционал ўзгаришлар ва уларни бартараф этиш. Юкори лаб кемтиги таснифи. Юкори лаб кемтиги клиникаси ва киёсий ташхиси.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.15.
		2	Мустақил машгулот: ЮЖС эмбриогенези. Хомила эмбриогенези даврида критик даврлар.	7.1.1. 7.2.15.
15	6	5	Юкориги лаб тугма кемтигинини жаррохлик йўли билан даволаш муддатлари ва усуллари.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.7. 7.2.12.
		2	Мустақил машгулот: Хейлопластика вақтида ва хейлопластикадан кейинги асоратлар.	7.1.1. 7.2.12. 7.2.15.
16	5	5	Танглай тугма кемтигини. Таснифи. Клиникаси. Ташхислаш. Эрта функционал бузилишлар ва уларни бартараф қилиш усуллари.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.5. 7.2.11.
		2	Мустақил машгулот: Танглай анатомияси. Юмшок танглай мушакларининг иннервацияси ва кон билан таъминланиши.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12.
17	6	5	Танглай тугма кемтигинини жаррохлик йўли билан даволаш муддатлари ва усуллари. Боланнг операциядан кейинги парвариш. Медикаментоз даволаш.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.5. 7.2.8.
		2	Мустақил машгулот: Танглай кемтига бўлган беморни операцияга тайёрлаш. Операциядан кейин жароҳатни парваришлаш.	7.1.1. 7.2.10. 7.2.12.
18	5,6	4	Юз атипик тугма кенгаймалари. Клиникаси. Ташхислаш. Жаррохлик даволаш усуллари.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.15.
		2	Мустақил машгулот: Юз-жаг соҳаси эмбриогенези. Ривожланишнинг кичик аномалиялари.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.15.
19	5	4	Юз тугма кисталари ва окмалари. Этиологияси. Клиник	7.1.1.

			кўриниш. Ташхислаш, киёсий ташхислаш. Жаррохлик даволаш усуллари.	7.1.2. 7.2.17. 7.2.19.
		2	Мустақил машгулот: Фистулография. Техника ва кўрсатмалар. ЮЖС киста ва оХма йулларини текшириш усуллари.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.18. 7.2.19.
20	4	5	Болаларда чакка-пастки жаг бўғимининг касалликлари. Таснифи. Бирламчи-суяк жароҳатлари ва касалликлари.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.15.
		2	Мустақил машгулот: ЧПЖБ анатомияси. ЧПЖБ патологияси бўлган беморни функционал ўзгаришлари.	7.1.1. 7.1.2.
21	4	4	Бирламчи-суяк жароҳатларини жаррохлик даволаш усуллари. ЧПЖБнинг функционал касалликлари. ЧПЖБнинг функционал касалликлари. Таснифи, этиологияси ва давоси.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12.
		2	Мустақил машгулот: Бошлангич суяк патологияси даволашида ортодонтик даволашнинг ахамияти. Бошлангич суяк-бўғимлар патологиясининг профилактикаси.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.18. 7.2.19.
22	7	4	Болаларда ЮЖС хосилалари. Таснифи. Ташхислаш ва даволаш умумий принциплари. Онкологик эҳтиёткорлик. Ўсманинг этиологияси. Болаларнинг ўсмасининг хусусиятлари. Болаларнинг ўсмасини текшириш усуллари. Ўсмаларнинг ташхислаш ва даволаш. Онкологик эҳтиёткорлик.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.13. 7.2.14. 7.2.16. 7.2.19.
		2	Мустақил машгулот: Клиник хавфсиз ва хавfli ўсмаларнинг хусусиятлари. Ўсмаларнинг таснифи.	7.2.13. 7.2.19.
23	7	5	Болаларда ЮЖС хавфсиз ўсмалари (папиллома, фиброма, липома, рабдомиома, миобластома). Юз ва огиз бўшлиги юмшок тўқималарининг хосилалари (папилломатоз, фиброматоз десен, пиоген гранулема, гигантхужайрали эпүлис, дермоид киста). Папиллома, фиброма, липома, рабдомиома, миобластома. Этиологияси, клиникаси, ташхиси ва давоси. Ўсмасимон касалликлар (папилломатоз, фиброматоз десен, пиоген гранулема, гигантхужайрали эпүлис, дермоид киста). Этиологияси, клиникаси, киёсий ташхиси ва давоси.	7.1.1. 7.2.12. 7.2.13. 7.2.14. 7.2.18. 7.2.19.
24	7	5	Юз юмшок тўқимаси хавфсиз ўсмалари (гемангиома, лимфангиома, нейрофиброматоз, невуслар). Гемангиома (таснифи, асосий клиник белгилари ва киёсий ташхиси). Гемангиомаларнинг даволаш усуллари.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.13. 7.2.14.

			Лимфангиома. Унинг шакллари. Клиникаси, киёсий ташхиси ва даволаси. Нейрофиброматоз ва унинг этиологияси, клиникаси ва даволаси. Невус ва унинг таснифи, клиникаси, киёсий ташхиси ва даволаси.	7.2.19.
25	7	4	Сўлак безлари ўсмалари ва кисталари. Полиморф аденомалар ва уларнинг клиникаси, ташхиси ва даволаси. Мономорф аденомалар ва унинг ташхиси. Мукоэпидермоид ва аденокисталар (клиникаси ва даволаси).	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.13. 7.2.14. 7.2.19.
		2	Мустақил машгулот: Сўлак безларнинг анатомияси.	
26	7	4	Жагларнинг остеоген ўсмалари (остеома, хондрома. Остеобластокластома, гемангиома, миксома). Остеома. Клиникаси, киёсий ташхиси ва даволаси. Хондрома. Клиникаси, киёсий ташхиси ва даволаси. Остеобластома. Клиникаси, киёсий ташхиси ва даволаси. Остеобластоманинг литик шакллари. Суяк ички гемангиомалари ва унинг ташхиси ва давоси.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.13. 7.2.14. 7.2.19.
		2	Мустақил машгулот: Рентгенологик манзара ўсмаларни ташхисида атроиб. Рентгенологик такланмалари. Гемангиома даволашида биологик усуллари. Жагларнинг миксомаси.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.13. 7.2.14. 7.2.19.
27	7	5	Юз суякларининг ўсмасимон ўзгаришлари (фиброз дисплазия, херувизм, Олбрайт синдроми, эозинофил гранулема). Фиброз дисплазия. Клиник кечиши. Рентгенологик кўриниши. Киёсий ташхислаш. Херувизм. Клиника. Рентген кўриниши ва киёсий ташхислаш. Олбрайт синдроми. Клиникаси. Эозинофил гранулема. Касаллик клиник кечиш боскичлари, киёсий ташхиси ва давоси. Рентгенологик кўриниш.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.13. 7.2.14. 7.2.19.
		2	Мустақил машгулот: Ортопантомография. Замонавий рентген усуллари (УЗИ, ЯМР, КТ).	
28	7	5	Одонтоген ўсмалар ва ўсмасимон хосилалар (амелобластома, одотома, одонтоген фиброма, цементома). Жаг кисталари. Амелобластома. Этиологияси, турлари, рентген манзараси, дифференциал диагностикаси, даволаси. Одонтома. Этиологияси, турлари, рентген манзараси, дифференциал диагностикаси, даволаси. Цементома. Этиологияси, турлари, рентген манзараси, дифференциал диагностикаси, даволаси. Жаглар кисталари. Этиологияси, турлари, рентген манзараси, дифференциал диагностикаси, даволаси.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.13. 7.2.14. 7.2.19.

		2	Мустақил машгулот: Кисталар даволашни болаларда узига хослиги (цитотомия, цистэктомия). Кесув канали кистаси, глобуломаксилляр ва посттравматик кисталар.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12.
29	7	4	Жаг суякларни хавфли ўсмалари. Ўсмаларни олгандан кейинги болалар реабилитацияси. Жаглар остеосаркомаси. Клиникаси, дифференциал диагностика, даволаш. Жаглар фибросаркомаси Рентген-манзара, даволаш. Юинг саркомаси. Клиникаси, дифференциал диагностикаси, даволаш. Болаларда ўсмалар олингандан кейинги реабилитация ахамияти. Ортодонтик даволаш.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.12. 7.2.13. 7.2.14. 7.2.19.
		2	Мустақил машгулот: Ретикулосаркома. Хавфли ўсмаларнинг рентгенологик манзараси.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.19.
30	6,7	4	ЮЖС ривожланишининг тугма пороклари, ўсмалари ва бошка стоматологик касал болаларни диспансеризация килиш. Юз ривожланиш нуксони билан бўлган болалар 5та диспансер гуруҳлари. Тугма ривожланиш пороклари билан огриган болаларни диспансеризацияда педиатр, логопед, ЛОР ва жаррохларни ахамияти.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.9. 7.2.10. 7.2.12. 7.2.15. 7.2.19.
		2	Мустақил машгулот: Тугма ривожланиш нуксони билан болаларда тиббий-генетик маслахатларни тутган ўрни.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.9. 7.2.10. 7.2.12.

ЎҚУВ АМАЛИЁТИ.

№	Маъруз а. №	Соат	Амалий машгулот номланиши ва уни мазмуни	Адабиёт
1	1	2	Амбулатор шароитида кабул килинган беморларини касаллик тарихини тулдириш.	7.1.1. 7.1.2.
2	2,3	2	Мандибуляр огриксизлантириш техникасини ўзлаштириш.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.13.
3	3	2	Махаллий инфилтрацион ва аппликацион огриксизлантириш техникасини ўзлаштириш.	7.1.1. 7.2.13.
4	4	2	Сут тишларини олиш техникасини ўзлаштириш.	7.1.1. 7.2.13.
5	3	2	Доимий тишларини олиш техникасини ўзлаштириш.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.10. 7.2.13.
6	1	2	Тиш олинган истанчани парвариш килишни ўрганиш.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.13.

7	2	2	Кемаларни ўтказишни ва операциядан кейин яраларни парвариш қилишни ўрганиш.	7.1.2. 7.1.3. 7.2.10. 7.2.13.
8	3	2	Периостит, абсцесс ва флегмоналарда қайта боғлам ўтказиш муолажасини ўтказишни ўрганиш.	7.1.1. 7.1.2. 7.2.10. 7.2.13.
9	1	2	Жароҳатларни характерини йигич ўтказишни ўрганиш.	7.1.1. 7.1.3.
10	1	2	Турли хайвонлар томонидан жароҳатларда ишлов бериш техникаси ўрганиш.	7.1.2. 7.2.10.
11	2	2	Юз ва жағларда боғламлар ўтказишни ўрганиш.	7.1.3. 7.2.13. 7.1.2.
12	1	2	Тиш катайчиси ва уни атрофи тўқималарданкон кетиши тухтатишни ўрганиш.	7.1.2. 7.2.13. 7.1.1.
13	1	2	Сўлак безига антисептик, рентгеноконтраст моддаларни даволаш мақсадида дорини чиқарув йўли орқали юборишни ўрганиш.	7.2.16. 7.1.1. 7.2.10.

6. ЎЗЛАШТИРИШ НАЗОРАТИ.

Ўзлаштириш назорат қилиш талабалар билимини рейтинг мезони асосида баҳолаш билан амалга оширилади. 100% ли рейтинг балли деб маълум бир фаннинг жами ўқув соатлари қабул қилинади.

Бундан 55% жорий назоратга ажратилади. Ажратилган баллни ЖНлар сонига бўлиб, битта машғулотнинг юқори балли аниқланади. Умумий баллнинг 30%и оралик назорат (ОН), қолган 15%и эса якуний назорат (ЯН) учун белгиланади.

Ҳар бир семестр давомида 2та ОН (семестр ўртасида ва охирида) ўтказилади. Фақат ОНлар назоратда тутилган семестрларда (8 ва 10 семестрлар) ОН 1 марта семестр ўртасида ўтказилади.

ОН оғзаки ёки ёзма сўров, тест, «OSCE» услуги ва х.к.лар каби назоратларни куллаш билан ўтказилиши мумкин.

Талабаларнинг Яни 8 ва 10 семестрлар охирида аттестация ва давлат аттестацияси билан ўтказилади. ЯН албатта тест ва суҳбат асосида амалга оширилади.

Фан бўйича талабанинг семестр (ўқув йили) давомидаги ўзлаштириш кўрсаткичи 100 баллик тизимда баҳоланади.

ЖОРИЙ БАҲОЛАШ (ЖБ)

ЖБда фаннинг ҳар бир мавзуси бўйича талабанинг билими ва амалий кўникмаларини аниқлаб бориш кўзда тутилади ва у амалий машғулотларда амалга оширилади. Баҳолашда талабанинг билим даражаси, амалий машғулот материалларини ўзлаштириши, назарий материал муҳокамасида, шунингдек, амалий билим ва кўникмаларни ўзлаштириш даражаси (яъни назарий ва амалий ёндошувлар) ҳисобга олинади.

Кафедрада ЖБ оғзаки, ўргатувчи-назорат тарқатма материаллари билан ишлаш, гистологик препаратларни ўрганиш ва диагностика қилиш шаклида амалга оширилади

Ҳар бир машғулотда барча талабалар баҳоланади.

Талабалар билимини жорий баҳолашда қуйидаги мезонлар инобатга олинади:

№	Ўзлаштириш (%) ва балларда	Баҳо	Талабанинг билим даражаси
1.	96-100	Аъло «5»	Талаба асосий мавзу бўйича ўқитувчининг берган саволларига тўлиқ жавоб берди. Тузилма ёки аъзоларнинг тузилишини ва вазифасини билади. Ахамияти ҳақида мустақил ва мантиқан фикрлай олади. Ситуацион (вазиятли) саволларга аниқ жавоб беради. Ўқитувчи сўраган тузилманинг номини айтади ва кўрсата олади.
2.	91-95	Аъло «5»	Талаба асосий мавзу бўйича ўқитувчининг берган саволларига тўлиқ жавоб берди. Тузилма ёки аъзоларнинг тузилишини ва вазифасини билади. Ахамияти ҳақида мустақил ва мантиқан фикрлай олади. Ситуацион (вазиятли) саволларга аниқ жавоб беради.
3.	86-90	Аъло «5»	Талаба асосий мавзу бўйича ўқитувчининг берган саволларига тўлиқ жавоб берди. Тузилма ёки аъзоларнинг тузилишини ва вазифасини билади. Ахамияти ҳақида мустақил ва мантиқан фикрлай олади. Ситуацион (вазиятли) саволларга ўқитувчи ёрдамида жавоб беради.
4.	81-85,9	Яхши «4»	Талаба асосий мавзу бўйича ўқитувчининг берган саволларига тўлиқ жавоб берди. Тузилма ёки аъзоларнинг тузилишини ва вазифасини билади. Ситуацион (вазиятли) саволларга тўлиқ жавоб бермади.
5.	76-80	Яхши «4»	Талаба асосий мавзу бўйича ўқитувчининг берган саволларига тулик жавоб берди. Тузилма ёки аъзоларнинг тузилишини ва вазифасини билади. Ситуацион (вазиятли) саволларга жавоб беришда қийналади.
6.	71-75	Яхши «4»	Талаба асосий мавзу бўйича ўқитувчи берган саволларининг айримларига жавоб берди. Тузилма ёки аъзоларнинг тузилиши ва вазифасини билади.
7.	66-70,9	Қониқарли «3»	Талаба асосий мавзу бўйича ўқитувчининг берган саволларига тўлиқ жавоб бермади. Аъзолар тузилишини билади. Ахамияти ҳақида фикрлай олмайди.
8.	61-65	Қониқарли «3»	Талаба асосий мавзу бўйича ўқитувчининг берган саволларига тўлиқ жавоб бермади. Аъзоларнинг тузилишини ўқитувчи ёрдамида айтади. Ахамияти ҳақида фикрлай олмайди.
9.	55-60	Қониқарли «3»	Талаба асосий мавзу бўйича ўқитувчининг берган саволларига тўлиқ жавоб бера олмади. Аъзоларнинг тузилиши ва вазифаси, уларнинг ахамияти ҳақида мустақил ва мантиқан фикрлай олмайди. Ситуацион (вазиятли) саволларга жавоб бера олмайди.
10.	0- 54	Қониқарсиз	Талаба асосий мавзуни билмайди, аниқ тасаввурга

		«2»	эга эмас. Мавзу бўйича материални билмайди.
--	--	-----	---

ТАЛАБА МУСТАҚИЛ ИШИНИ БАҲОЛАШ

Талаба мустақил ишини ташкил этишда ҳар бир талабанинг академик ўзлаштириш даражаси ва қобилиятини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланилади:

- айрим назарий мавзуларни ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш;
- берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш;
- амалий машғулотларга тайёргарлик кўриш;
- фаннинг бўлимлари ёки мавзулари устида махсус ёки илмий адабиётлар (монографиялар, мақолалар) бўйича ишлаш ва маърузалар қилиш;
- илмий мақола, анжуманга маъруза тезисларини тайёрлаш.
- презентация қилиш.

Талаба мустақил ишига раҳбарлик қилиш машғулотларни бевосита олиб борувчи ўқитувчи томонидан амалга оширилади.

Талабанинг мустақил иши мустақил иш учун ажратилган максимал 5 балл ҳисобидан баҳоланади ва натижаси фани бўйича талабанинг умумий рейтингига киритилади.

Кафедра томонидан талаба мустақил ишини назорат қилиш турлари ва уни баҳолаш мезонлари факультет Илмий кенгашида тасдиқланган. Мустақил ишларни баҳолаш мезонлари талабаларга ўқув йили (семестри) бошланиши олдидан методик материаллар билан бирга тарқатилади.

Мустақил иш бўйича белгиланган максимал рейтингининг 55% дан кам балл тўплаган талаба гистология фани бўйича ЯН га қўйилмайди.

Талабаларнинг мустақил ишлари бўйича ўзлаштириши мунтазам равишда талабалар гуруҳларида, кафедра йиғилишларида муҳокама қилинади.

Талабанинг мустақил иши кафедра архивида рўйхатга олинади ва ўқув йили мобайнида сақланади.

фани бўйича талабаларнинг мустақил ишини баҳолаш мезонлари

№	Балл (foyизда)	Баҳо	Талабанинг билим даражаси
1.	86-100	Аъло «5»	Мустақил иш шакли - презентация. Талаба мавзунини чуқур ўзлаштирган, материални слайдлар шаклида тайёрлаган, уларни кўрсатиб тушунтириб бера олади, маълумотлар тўплашда интернетдан фойдаланган, мунозаларда фаол қатнашади, мантиқан фикрлай олади.
2.	71-85	Яхши «4»	Мустақил иш шакли - маъруза. Талаба мавзунини ўзлаштирган, маълумотлар йиғишда интернетдан фойдаланган, мунозаларда фаол қатнашади, мантиқан фикрлай олади.
3.	55-70	Қониқарли «3»	Мустақил иш шакли - реферат. Талаба мавзунини тушунади, мунозараларда қатнашиши, мантиқан фикрлаши сушт.
4.	0-55	Қониқарсиз «2»	Мавзу бўйича материални билмайди, мустақил иш ҳеч қандай шаклда бажарилмаган.

ОРАЛИҚ БАҲОЛАШ

ОБда фаннинг бир неча мавзуларини қамраб олган бўлими ёки қисми бўйича машғулотлар ўтиб бўлингандан сўнг, талабанинг назарий билимлари баҳоланади ва унда талабанинг муайян саволга жавоб бериш ёки муаммони ечиш маҳорати ва қобилияти аниқланади.

кафедрасида ОБ ўқув йилида 2 мартаба: умумий гистология ва хусусий гистология бўлимлари бўйича ўтказилади. ОБ га ўқув машғулотларидан қарзи бўлмаган талабалар қўйилади.

ОБ Илмий кенгаш томонидан тасдиқланган, кафедра мажлисининг қарори билан ёзма ёки оғзаки сўров ва гистологик препаратларни диагностика қилиш шаклларида ўтказилади. ОБ бўйича белгиланган максимал рейтинг балининг 55%дан кам балл туپлаган талаба ЯБга қўйилмайди.

ОБ БАХОЛАШ МЕЗОНЛАРИ

№	Балл	Баҳо	Талабанинг билим даражаси
1.	86-100	Аъло «5»	Билетда берилган 3 та саволга ва вазиятли масалага талаба аниқ жавоб берган. Саволларнинг моҳиятини тушунади, мустақил фикрлай олади, масалага ижодий ёндошади.
2.	71-85	Яхши «4»	Билетда берилган 3 та саволга ва вазиятли масалага талаба аниқ жавоб берган. Саволларнинг моҳиятини тушунади.
3.	55-70	Қониқарли «3»	Билетда берилган 3 та саволга ва вазиятли масалага талаба тўлиқ жавоб бермаган.
4.	0-55	Қониқарсиз «2»	Билетда берилган 3 та саволга ва вазиятли масалага талаба жавоб бермаган. Саволларнинг моҳиятини тушунмайди.

ЯКУНИЙ БАХОЛАШ

Болалар стоматологияси кафедрасида ЯБда талабанинг билим ва кўникмалари фаннинг умумий мазмуни доирасида баҳоланади. ЯБ фан бўйича ўқув машғулотлари тугагандан сўнг Илмий Кенгаш қарори билан 2 босқичда: кафедрада (ОСКЭ) ва тест марказида тест синовии шаклида ўтказилади.

ЖБ, ГМИ ва ОБга ажратилган умумий балларнинг ҳар биридан саралаш балини туپлаган талабага ЯБга иштирок этиш ҳуқуқи берилади.

ИНФОРМАЦИОН-УСЛУБИЙ ТАЪМИНОТ.

Мазкур фанни ўқитиш жараёнида таълимнинг замонавий методлари, педагогик ва ахборот-коммуникация технологиялари қўлланилиши назарда тутилган:

1. барча мавзулар бўйича маъруза машғулотларида замонавий компьютер технологиялари ёрдамида фотосуратлар, видеофильмлар презентацион ва электрон дидактик технологиялардан:

- фан бўйича яратилган видео- ва кинофильмлар, замонавий электрон дарсликлар ва компьютер дастурларидан фойдаланиш;

- фаннинг умумий ва хусусий бўлимларига тегишли мавзуларида ўтказиладиган амалий машғулотларда ақлий ҳужум, қора кути, ўргимчак ини, гуруҳли фикрлаш педагогик технологияларини қўллаш назарда тутилади.

Болалар жаррохлик стоматологияси фанидан фойдаланилган адабиётлар рўйхати Асосий

1. Колесов А.А. – Стоматология детского возраста. М., 1991г. 463 бет.
2. Персин Л.П. Стоматология детского возраста 2003г

3. Харьков Л.В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста Год издания: 2005г.
4. Виноградова Т.Ф. – Стоматология детского возраста. М., 1987г. 425 бет.
5. Ву Henry В. Clark – Practical Oral Surgery. Philadelphia., 1980у.
Кўшимча адабиётлар
4. Бернадский М.И. – Травматология и восстановительная хирургия челюст-но-лицевой области. Киев. 2003г.
5. Бельченко В.А. Черепно-лицевая хирургия Год издания: 2006Издательство: М МИА
6. Виноградова Т.Ф.- Диспансеризация детей у стоматолога М ,1998г.
7. Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н. Практическое руководство по поликлиническому разделу хирургической стоматологии Год издания: 2007 Изда-тельство: Медицинское информационное агентство
8. Лукьяненко А.В. Ранения лица иллюстрированное руководство Год издания: 2003
Издательство: Москва: Медицинская книга Количество страниц: 160, с
9. Карапетян И.С. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи Год издания: 2004 Издательство: М.: ООО «Медицинское информационное агентство»
10. Колесов А.А. Новообразования лицевого скелета. М. 1989г
11. Малышев В. А., Б. Д. Кабаков. Переломы челюстей Год издания: 2005
Издательство: СПб.: СпецЛит
12. Пачес А.И. – Опухоли головы и шеи. М., 2004г.
13. Рабухина Н.А. – Рентгенодиагностика некоторых заболеваний зубочел-юстной системы. М., 2006г.
14. Рогинский В.В. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области Москва 1998г.
15. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Год издания: 2006 Издательство: Киев: Книга плюс
16. Робустова Т. Г. Одонтогенные воспалительные заболевания Год издания: 2006
Издательство: М.: ОАО «Издательство Медицина»
17. Соловьев М.М. Пропедевтика хирургической стоматологии Год издания: 2007
Издательство: МЕДпресс-информ
18. Супиев Т. К. Травмы челюстно-лицевой области у детей Год издания: 2003
Издательство: М.: МЕДпресс-информ
20. Федяев И.М., Байриков И.М., Белова Л.П., Шувалова Т.В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области Год издания: 2000
Издательство: Москва: Медицинская книга.
21. Фролова Л.Е. Классификация расщелины верхней губы ва неба. Актуальные проблемы стоматологии детского возраста. М., 1974г., стр.63-65.
22. Фролова Л.Э., Махкамов Э.У. – Способы пластики твердого неба при врожденных расщелинах неба. Стоматология., 1976г., №3, стр.56-58.
23. Фролова Л.Е. Методы оперативного лечения врожденных расщелин неба. Стоматология., 1977г. №5, стр.63-65.
24. 16. McKinzie J.P., Clinical Pearls: Fever and facial swelling. Buccal cellulitis. //Acad Emerg Med .-1998.- 5(4).- 347 P. 368-370.
25. Clancy С., Mehra P., Wu J. Formation of a facial hematoma during endodontic therapy //J. Am. Dent. Assoc. -2000.- 131(1).-P. 67-71.
26. Интернет маълумотлари қуйидаги сайтлардан олинди: [www: stomat-burg.ru/statc.](http://www.stomat-burg.ru/statc.),
[//authors.bookprice.ru/author-supiev.html.](http://authors.bookprice.ru/author-supiev.html.), [//detstom.narod.ru.](http://detstom.narod.ru.), [dentalservice narod. ru.](http://dentalservice.narod.ru.),
detstom.org.ru, [//itlab.anitex.by/msmi/files/st-stdv99.rtf](http://itlab.anitex.by/msmi/files/st-stdv99.rtf).

6.2. Рабочая программа предмета

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНО

КАФЕДРА ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Регистрирована № 214
Учебным отделом
« 26 » 08 2019 г.



«УТВЕРЖДАЮ»
Проректор по учебной и
воспитательной работе
Г.Ж. Жарилкасинова
« 26 » 08 2019 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

по предмету
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Область знаний:	500000	–	Здравоохранение и социальное обеспечение
Область образования:	510000	–	Здравоохранение
Направление образования:	5510400	–	Стоматология

Курс	– 5
Трудоемкость в часах	– 89
В том числе:	
Лекции	– 8
Практические занятия	– 36
Клинические занятия	– 45
Самостоятельная работа	– 35

Бухара – 2019

Рабочая учебная программа предмета составлена на основании учебной программы и рабочего учебного плана.

Составитель:

Ражабов А.А. - ассистент кафедры детской стоматологии

Рецензент:

З.К.Рахимов - заведующий кафедрой хирургической стоматологии и стоматологии в лечении, к.м.н., доц.

Рабочая программа составлена на основании учебной программы и учебного плана по направлению 5510400 – Стоматология, обсуждена и утверждена на кафедральном заседании.

Протокол № 1 «26» 08 2019 г.

Заведующая кафедрой, к.м.н Камалова Ф.Р.



(подпись)

Председатель ФМК, **Н.Н.Хабибова** – декан стоматологического факультета, к.м.н., доц.:

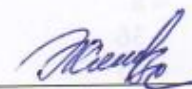


(подпись)

Рабочая программа составлена на основании учебной программы и учебного плана по направлению 5510400 – Стоматология, обсуждена и утверждена на научно методическом Совете Бухарского Государственного медицинского института.

Протокол № 1 «28» 08 2019 г.

Методист: **Жумаева Ш.Б.**



(подпись)

СТРУКТУРА РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН

Рабочая программа учебной дисциплины должна включать:

1. Введение

Данная программа на современном уровне предусматривает формирование у студентов научных знаний о хирургическом лечении основных стоматологических заболеваний у детей. Материалы по детской хирургической стоматологии изучаются в логической связи с медико-биологическими и клиническими дисциплинами и реализуется путем нацеления студентов на овладение основными навыками, достаточным для амбулаторно-поликлинического приема хирургических стоматологических больных детей.

1.1. Цели и задачи дисциплины

Цели: Учебно-методический комплекс составлен на основе Государственного образовательного стандарта и квалификационной характеристики подготовки врача общего стоматолога. Она предусматривает формирование у студентов научных знаний о хирургическом лечении основных стоматологических заболеваний у детей.

Задачи:

1. Рассмотреть частоту врожденных расщелин верхней губы и неба.
2. Изучить факторы риска развития врожденных аномалий челюстно – лицевой области.
3. Рассмотреть способы хирургического лечения расщелин неба. Методы уранопластики по Лимбергу, Фроловой-Махкамову. Сравнить результаты операции в зависимости от возраста проведения операции и его метода.
4. Рассмотреть задачи диспансеризации и объем работы специалистов-хирурга, ортодонта, логопеда. Научить планированию лечебных мероприятий в зависимости от возраста и вида расщелин губы и неба.

Требования к знаниям, умениям и навыкам

В соответствии с указанными целями и задачами после окончания изучения дисциплины по детской хирургической стоматологии студент должен **знать:**

1. Классификацию расщелин верхней губы по Фроловой
2. Анатомические нарушения ВРГ;
3. Функциональные нарушения ВРГ;
4. Влияние анатомо–функциональных нарушений у больных с ВРГ на развитие челюстно-лицевой области и общее развитие ребенка;
5. Основные задачи и этапы операции уранопластики по Лимбергу.
6. 6 принципиальных отличия операций урано- и велоластики по Л.Е. Фроловой и Э.У. Махкамову.
7. Студент должен научиться определять диспансерные группы детей с врожденными пороками развития лица.
8. Уметь организовать своевременную консультацию специалистов – педиатра, психоневролога, логопеда, ортодонта.
9. Определять показания к операции.

1.2.2. Студент должен уметь:

- выявить вероятную причину возникновения ВРГ;
- диагностировать ВРГ;

- определять степень расщелины, используя классификацию Фроловой;
- собрать анамнез (течение и особенности беременности, перенесенные заболевания, родственные связи, наследственность);
- оформить амбулаторную и клиническую истории болезни;
- интерпретировать лабораторные данные (общий анализ крови, роста – весовой показатель).

1.2.3. Студент должен иметь навыки:

- выявить вероятную причину возникновения ВРН;
- диагностировать ВРН;
- определять степень расщелины, используя классификацию Фроловой;
- собрать анамнез (течение и особенности беременности, перенесенные заболевания, родственные связи, наследственность);
- оформить амбулаторную и клиническую истории болезни;
- интерпретировать лабораторные данные (общий анализ крови, роста – весовой показатель).
- определять общее состояние ребенка;
- определять сроки и показания к хирургическому лечению;
- оформить амбулаторную и клиническую истории болезни ;
- интерпретировать лабораторные данные (общий анализ крови, роста – весовой показатель).
- своевременно направить ребенка на консультацию и лечение к челюстно – лицевому хирургу;

2. Интерактивные методы

«РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 3 студента в каждой. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку. На листе пишется дата, номер группы, фамилия и имя студента. Предлагается задание, ответить на один вопрос всей подгруппе. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.86. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие. Работы студентов сохраняются преподавателем.

«ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники садятся по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.

5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент держащий моток возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

«Горячая картошка»

Преподаватель должен составить несколько вопросов. Из картонной бумаги нужно сделать мяч. Преподаватель задает вопрос и бросает горячую картошку студенту в руки, в свою очередь студент отвечает на вопрос и бросает картошку обратно преподавателю в руки. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.8б. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.

«ТУР ПО ГАЛЕРЕЕ»

Для работы необходимо:

5. набор вопросов и ситуационных задач, распечатанных на отдельных листах.
6. чистые листы бумаги.
7. ручки с цветными стержнями (синяя, красная, черная).
8. номерки для жеребьевки, по числу студентов в группе.

Ход работы:

1. группа делится на 3 подгруппы жеребьевкой, по 2-3 человека в каждой.
2. каждая подгруппа садится за отдельный стол, przygotowывает чистый лист бумаги и берет одну из цветных ручек.
3. на листе пишется дата, номер группы, название деловой игры, Ф.И. студентов-участников данной подгруппы.
4. один из участников игры берет из конверта вопрос или задачу в зависимости от выбора преподавателя: что в этой группе будет использовано.
5. для каждой подгруппы свой отдельный вопрос либо задача, но сложность их для всех подгрупп примерно одинакова.
6. засекается время - 10 минут.
7. малые группы (подгруппы) каждая в течении 10 минут обсуждают задание, записывают свое суждение и по окончании времени обмениваются листами с другой подгруппой по кругу.
8. следующая подгруппа оценивает ответ предыдущей и если ответ не полный дополняет его или предлагает свой вариант, если ответ оценивается как ответ неправильный. На этот этап дается время также 10 минут.
9. по окончании работы (30 минут) на листе оказывается 3 записи разными по цвету ручками.
10. работы сдаются преподавателю.
11. все участники обсуждают результаты и выбирают наиболее правильные ответы, которые заслуживают высшего балла.
12. на обсуждение отводится время 15 минут.
13. подгруппа, которая дала наиболее правильные ответы, получает максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части занятия. Подгруппа, занявшая 2 место 85,9% рейтинга, 3 подгруппа 70,9% рейтинга.
14. полученный студентами балл учитывается при выставлении текущей оценки занятия работы студентов сохраняются преподавателем

«СЛАБОЕ ЗВЕНО»

Для работы необходимо:

4. Набор вопросов по теме
5. Лист бумаги со списком группы для ведения протокола игры.
6. Секундомер.

Ход работы:

1. Игру проводит педагог и помощник из числа студентов - счетчик.
2. Счетчик на листе пишет дату, номер группы, факультет, название деловой игры и список студентов группы.
3. Преподаватель задает вопросы студентам последовательно из набора вопросов.
4. Студент должен за 5 сек. дать ответ.
5. Преподаватель словом «правильно» или «неверно» оценивает ответ, если «неверно» сам дает правильный ответ.
6. Счетчик ставит напротив фамилии студента «+» или «-», в зависимости от правильности ответа.
7. Студенты проходят таким образом 2 тура вопросов.
8. После 2-х туров вопросов игра приостанавливается и студенты, которые получили 2 минуса выбывают из игры как «слабое звено».
9. Игра продолжается по новому кругу с оставшимися студентами. Снова им предлагается один новый тур вопросов и вновь отсеиваются студенты, у которых в сумме с первыми турами получилось 2 минуса.
10. Тур за туром отбирается самый сильный участник игры, который ответил на большее число вопросов.
11. На листе против каждой фамилии преподаватель регистрирует – кто в каком туре выбыл и стал «слабым звеном».
12. Игра оценивается максимально в 0,8 баллов.
студенты, выбывшие после первых 2-х туров ответов, получают за игру-«0» баллов,
после 3 тура ответов- «0,2» балла,
после 4 тура ответов-«0,4» балла,
после 5 тура ответов-«0,6» балла
самый сильный участник получает 0,8 балла.
13. Выставленные баллы на листе протокола учитываются при подсчете текущего итога занятия в качестве оценки за теоретическую часть.
14. В нижней свободной части журнала преподаватель делает запись о проведении деловой игры, староста ставит подпись.
15. Протокол игры сохраняется.

«Ромашка»

Преподаватель из цветной бумаги вырезает несколько листов в виде лепестков ромашки и составляет вопросы по данной теме. Затем после опроса студента преподаватель дает возможность для дополнительной оценки выбрать листок и ответить на вопрос.

«ТЕМНАЯ ЛОЩАДКА»

Для проведения игры необходимо:

4. Напечатанные на листах варианты вопросов(10 вариантов).
5. Номерки по количеству вариантов вопросов(10).
6. Номерки для жеребьевки студентов.

Ход игры:

1. Группа делится жеребьёвкой на 2 подгруппы по 5-6 студентов в каждой.
2. Из каждой подгруппы по одному студенту подходят к преподавателю, выбирают номер варианта вопросов и получают лист протокола.
3. В каждой подгруппе на листе протокола записывают дату, номер группы и ф.и. студентов подгруппы, название игры, тему занятия.
4. На обсуждение вопросов студентам дается 5 минут, затем они приступают к конкурсу.
5. Из 2-х подгрупп – 1 задает вопрос, вторая отвечает.
6. В подгруппе, задающей вопросы выбирают 3 консультанта: 1-задает вопросы, 2-отмечает на листе количество правильных ответов, 3-следит за временем.
7. Отвечающая подгруппа в течение 10 мин. должна как можно быстрее ответить на большее количество вопросов.
8. Преподаватель следит за правильностью ответов.
9. Каждый правильный ответ оценивается в 0,1 балл. По количеству правильных ответов вся подгруппа получает одинаковое количество баллов.
10. Затем студенты 2-й подгруппы начинают задавать вопросы своего варианта студентам 1-й подгруппы.
11. По окончании конкурса подводятся итоги и в течении 15 мин. обсуждаются вопросы.
12. Полученный студентами балл учитывается при выставлении текущего рейтинга занятия.
13. В журнале группы ставится запись о проведении данной деловой игры в нижней свободной части листа с подписью старосты группы.

Протоколы игры сохраняются у преподавателя группы

3. Объем учебной нагрузки

Объем в часах	Распределение объема учебной нагрузки по аудиторным занятиям (в часах)					Самостоятельная работа
	Всего часов	Лекция	Практические занятия	Семинар	Клинические занятия	
	89	8	36	-	45	

4. Лекционный курс

4.1. Тематические планы лекционных занятий

№	Наименование темы лекций	Часы
1.	Врожденные расщелины лица. Этиология, классификация, клиника, методы лечения, диспансеризация.	2 ч.
2.	Врожденные расщелины лица методы лечения, диспансеризация	2 ч
3.	Заболевания ВНЧС у детей. Классификация, этиология, диагностика. Хирургические способы лечения.	2 ч
4.	Опухоли зубочелюстной системы у детей. Онкогенез, клиника, принципы лечения.	2 ч.
Всего:		8 ч.

3.2. Содержание лекционного материала

Лекция №1

Врожденные расщелины лица. Этиология, классификация, клиника, методы лечения, диспансеризация.

Расщелины неба по анатомической форме и размерам могут быть различны. Встречаются скрытые расщелины, расположенные только в пределах мышечного слоя мягкого неба или костной ткани твердого неба при хорошо развитом слое слизистой оболочки. Наблюдаются также расщелины только мягкого неба, которые могут быть неполные и полные. Неполные расщелины мягкого неба не доходят до границы с твердым небом. Видимая часть полной расщелины мягкого неба достигает заднего края твердого неба и довольно часто сопровождается скрытым недоразвитием заднего отдела твердого неба.

Различают расщелины мягкого и твердого неба, которые также могут быть неполные и полные. Полные расщелины распространяются до резцового отверстия. Расщелины мягкого и твердого неба всегда располагаются по средней линии неба. При этом основание сошника лежит свободно, не соединяясь с небными пластинками. Полные расщелины неба и альвеолярного отростка проходят в переднем отделе неба по границе резцовой кости с небной пластинкой и распространяются на альвеолярный отросток через второй резец или между первым и вторым резцом. Поэтому различают односторонние и двусторонние расщелины. При полных односторонних расщелинах верхней губы, альвеолярного отростка и неба основание сошника связано с краем небной пластинки, противоположной стороны. При этом в результате нарушения мышечного равновесия наблюдается деформация альвеолярного отростка верхней челюсти. Помимо деформации верхней челюсти, при расщелинах неба наблюдается врожденное недоразвитие мышц мягкого неба и среднего отдела глотки. Мягкое небо короткое, слаборазвитые небные мышцы не фиксированы между собой по средней линии. Неполноценность мышц мягкого неба и глотки наблюдается даже при скрытых расщелинах, что не учитывается некоторыми врачами при лечении такой формы патологии. С первых дней после рождения выявляется расстройство функции сосания и глотания. У ребенка с расщелиной неба полость рта свободно сообщается с полостью носа, что делает невозможным создание герметичности в полости рта в период сосания. Ребенок не берет грудь матери, а при искусственном вскармливании легко захлебывается и может аспирировать жидкую пищу. При вдохе большие порции не обогретого наружного воздуха легко попадают из носа в ротовую полость и верхние дыхательные пути, вызывая раздражения слизистой оболочки. Дети привыкают дышать поверхностно, делая неглубокий вдох и слабый выдох. Они легко заболевают воспалением легких. Слабость выдохов дальнейшем отрицательно отражается на формировании речи ребенка. Дети с расщелиной неба произносят слова невнятно, тихим голосом. При расщелине неба неправильно звучат, небные, небоязычные, все шипящие звуки нашей речи. Речь имеет выраженный носовой оттенок. Постоянное попадание жидкой и мягкой пищи из полости рта в носовую полость вызывает раздражение слизистой оболочки носа и носоглотки, что приводит к развитию в этой области стойких очагов хронического воспаления.

Классификация. В клинике кафедры стоматологии детского возраста Московского медицинского стоматологического института при диагностике расщелин неба пользуются следующей клинко-анатомической классификацией:

1. Врожденные расщелины мягкого неба:

- а) скрытые;
- б) неполные;
- в) полные.

2. Врожденные расщелины мягкого и твердого неба:

- а) скрытые;
- б) неполные;
- в) полные.

3. Врожденные полные расщелины мягкого, твердого неба и альвеолярного отростка (односторонние и двусторонние).

4. Врожденные расщелины альвеолярного отростка и переднего отдела твердого неба:

а) неполные (односторонние и двусторонние);

б) полные (односторонние и двусторонние).

Расщелины неба встречаются в сочетании с расщелинами верхней губы. При этом различные формы расщелин губы могут сочетаться с различными формами расщелин неба. Первые две группы расщелин неба нашей классификации некоторыми авторами рассматриваются как расщелины вторичного неба, четвертая группа в сочетании с расщелинами верхней губы - как расщелины первичного неба, третья группа - как расщелины первичного и вторичного неба.

Методы лечения врожденных расщелин лица. Диспансеризация.

Возрастные показания к пластике верхней губы. Ранняя пластика верхней губы проводится в родильных домах или специализированных хирургических отделениях для новорожденных на 2—4-й день или после 11—14-го дня жизни ребенка. Противопоказаниями к ранней пластике губы у ребенка служат сопутствующие врожденные пороки развития, травма при родах, асфиксия, послеродовой воспалительный процесс у матери. Результаты ранних операций хуже, чем после пластики губы, проведенной в более позднем возрасте. В настоящее время оптимальным для пластики губы считают возраст 4—6 мес. Новорожденных оперируют только по специальным показаниям.

Первичная хейлопластика ограничивается восстановлением анатомически, эстетически и функционально полноценной верхней губы. Проводится она в первые дни жизни ребенка и показана при незначительных дефектах развития верхней губы. Выбор той или иной операции зависит от формы дефекта и приверженности хирурга к тому или иному методу. Но, независимо от приверженности, любой врач стремится к получению наилучшего результата. Первичная ринохейлопластика является более сложным видом оперативного вмешательства. Кроме восстановления формы и функции верхней губы эта операция направлена на коррекцию хрящей носа и устранение порочного положения мышц преротовой области. Наряду с восстановлением непрерывности верхней губы, устранением деформации хрящей носа, формированием полноценного положения мышц, окружающих рот, необходимо зачастую решать задачу по устранению дефекта альвеолярного отростка и участков недоразвития переднего отдела верхней челюсти на стороне расщелины. Операция, решающая и эту задачу названа ринохейлогнатопластика. Ринохейлогнатопластика улучшает условия правильного роста верхней губы, носа и верхней челюсти. Современное состояние пластической реконструктивной хирургии ЧЛЮ характеризует тот факт, что эстетические и функциональные отдаленные результаты операций, корректирующих врожденные дефекты верхней губы, в 85-90 % расцениваются как хорошие и дети, родившиеся с расщелиной верхней губы, после хирургической помощи сегодня могут чувствовать себя полноценными членами общества.

Пластика верхней губы при односторонних расщелинах. Для восстановления правильной анатомической формы и полноценной функции губы необходимо: 1) устранить расщелину; 2) удлинить верхнюю губу; 3) исправить форму носа. Методы пластики губы, которыми пользуются хирурги-стоматологи в настоящее время, условно можно разделить на три группы в зависимости от формы разрезов на коже губы.

К первой группе относятся так называемые линейные методы: Евдокимова, Лимберга, Милларда. Различаются эти методы способом формирования преддверия носа при полных расщелинах губы. Положительной стороной линейного метода является эстетичность линии рубца, совпадающей с границей филтрума. Однако указанные методы не позволяют получить достаточное удлинение губы, необходимое при широких полных расщелинах. После рубцевания одна- половина «лука Купидона» подтягивается вверх, нарушая симметрию линии красной каймы. Кроме того, через несколько месяцев

после пластики наблюдается врастание вдоль рубца слизистой оболочки красной каймы в виде треугольника.

Во вторую группу объединены предложенные Теннисоном (1952) и Л. В.Обуховой (1955) методы, в основу которых положено перемещение на коже в нижней трети губы треугольных кожных лоскутов с различной величиной углов. Они дают возможность получить необходимое удлинение тканей губы, что зависит от величины треугольного лоскута, заимствованного с малой части губы; позволяют сопоставить ткани губы и получить симметричную форму «лука Купидона». Анатомичность методов позволяет четко планировать операцию. Недостатком их можно считать необходимость пересечения линии филтрума в поперечном направлении. Такое направление послеоперационного рубца снижает эстетический результат операции. Рекомендуется пользоваться указанными методами при неполных расщелинах верхней губы при отсутствии деформации носа.

К третьей группе относятся методы Хагедорна (1884) и Ле Мезурье (1962), при которых удлинение губы достигается перемещением четырехугольного лоскута, выкраиваемого на малом фрагменте губы. Однако четырехугольный лоскут малоподвижен и неудобен при пластике неполных односторонних расщелин, когда не требуется большого удлинения губы. Пластика верхней губы при двусторонних расщелинах, не сочетающихся с расщелиной альвеолярного отростка и неба. Эта операция производится при помощи большинства описанных выше методов, использующихся для каждой стороны в отдельности. Одномоментная пластика двусторонней расщелины верхней губы у детей с расщелиной альвеолярного отростка и неба не позволяет получить высокий функциональный и эстетический результат. Этому мешают сложные анатомические взаимоотношения челюстных костей и дефицит мягких тканей. Верхняя губа получается неправильной анатомической формы, малоподвижная, спаянная рубцами с поверхностью межчелюстной кости. Впоследствии из-за отсутствия преддверия рта затрудняется ортодонтическое лечение таких детей.

Лекция №2

Врожденные расщелины лица методы лечения, диспансеризация

Односторонние изолированные несращения верхней губы выявляются в виде дефекта верхней губы с одной стороны. При этом красная кайма состоит из двух фрагментов, на большем фрагменте она поднимается на 1/3-1/2 высоты верхней губы, а иногда и выше. Колонка верхней губы на стороне несращения разделена также на две части, высота колонки на большем фрагменте всегда уменьшена, а на малом — нормальная. Крыло носа на стороне несращения уплощено (мышцы верхней губы на малом фрагменте вплетены в основание крыла носа, что вызывает фиксацию его в патологическом положении), кончик носа также уплощен и вместе с перегородкой смещен в здоровую сторону, дно носового хода отсутствует — его "заменяет" дефект. Если несращение верхней губы сочетается с несращением альвеолярного отростка, то большой фрагмент последнего (благодаря росту сошника) перемещается вперед и вверх (будто выворачивается), уздечка верхней губы всегда короткая. Малый фрагмент при этом повернут медиально книзу и выглядит недоразвитым.

Двусторонние несращения губы представляют собой самый тяжелый порок челюстно-лицевой области как по клинической картине, так и при оказании врачебной помощи. Биомеханизм развития таких несращений значительно отличается от односторонних. При этом пороке верхняя губа разделена на три фрагмента, мягкие ткани на боковых фрагментах достаточно выражены, высота колонок несколько уменьшена, красная кайма и мышечный слой обычно хорошо выражены. Серединный фрагмент представлен межчелюстной костью, мягкими тканями пролябиума (центральный участок

верхней губы, ограниченный колонками), красной каймой и перегородкой носа. От его положения (наличие протрузии межчелюстной кости, ее поворота, смещения в одну из сторон;), взаиморасположения с боковыми фрагментами и выраженностью мягких тканей на нем зависят сроки и вид хирургического вмешательства, а также необходимость ортодонтического лечения. Мягких тканей на срединном фрагменте всегда недостаточно (как красной каймы, так и кожной части верхней губы), особенно по высоте. Преддверие полости рта мелкое. При таком виде несращения происходит значительная деформация носа. Перегородка носа всегда очень короткая, медиальные ножки крыльчатых хрящей недоразвиты. Иногда перегородка носа притянута к мягким тканям губы, кончик носа раздвоен, крылья растянуты и нос имеет вид бараньего.

Послеоперационный уход за раной.

-изготовление защитной пластинки

-послеоперационный режим

-метод формирования свода твердого неба

Подготовка больного к операции должна начинаться заблаговременно и включать санацию полости рта, носовой части глотки, общеукрепляющее лечение, включая гельминтологическое. Необходимо тщательно обследовать все органы и системы больного, чтобы определить, нет ли противопоказаний к операции, исследовать мазок из зева и носа на дифтерийные палочки и гемолитический стрептококк, определить чувствительность микрофлоры зева к антибиотикам, изготовить, припасовать и опробовать (в течении 3-4 дней) защитно-тренировочную небную пластинку и устранить выявленные в ней недостатки. Кроме обычных лабораторных методов обследования больного перед операцией (общий клинический анализ мочи и крови, свертываемость крови, резус-принадлежность и т.д.), желательны исследования витаминного баланса. Исследуя органы дыхания ребенка, нужно учитывать возрастную норму дыхательных экскурсий в 1 минуту (у новорожденного 40-60 , в возрасте 1-2 лет- 30-35, 3 года 25-30, старше 7 лет 20-18), а также то, что в любом возрасте у здорового ребенка на одно дыхание приходится 3,5-4 удара пульса, так у новорожденных пульс равен 140-120, в возрасте 4-6 лет 109-95, старше 6 лет 90-80 ударов в 1 минуту.

Лекция №3

Заболевания ВНЧС у детей. Классификация, этиология, диагностика. Хирургические способы лечения.

Височно-нижнечелюстной сустав обеспечивает одну из наиболее важных функций — открывание рта. Рост и развитие сустава у ребенка может сопровождаться заболеваниями, несвоевременное или неправильное лечение которых приводит к нарушениям этой важной функции, недоразвитию нижней челюсти, выраженным эстетическим недостаткам.

Классификация заболеваний ВНЧС

1. Дисфункциональное состояние ВНЧС

- 1) нейромускулярный дисфункциональный синдром;
- 2) окклюзионно-артикулярный синдром;
- 3) привычные вывихи в суставе (челюсти, мениски).

2. Артриты:

- 1) острые инфекционные (специфические, неспецифические);
- 2) острые травматические;
- 3) хронические ревматические, ревматоидные и инфекционно-аллергические.

3. Артрозы:

- 1) постинфекционные (неартрозы);
- 2) посттравматические (деформирующие) остеоартрозы;

- 3) миогенные остеоартрозы;
- 4) обменные артрозы;
- 5) анкилозы (фиброзные и костные);

4. Сочетанные формы.

5. Новообразования (доброкачественные и злокачественные) и диспластические (опухолеподобные) процессы.

Все заболевания ВНЧС можно разделить на две группы: первично-костные и функциональные. При первично-костном типе патологии причиной заболевания ВНЧС может быть врожденное несовершенство развивающейся кости или воспаление суставных концов костей — мышцелкового отростка нижней челюсти и височной кости. Первично-костные заболевания сустава в детском возрасте приводят к нарушению наследственно-детерминированного роста нижнечелюстной кости вследствие врожденной неполноценности или гибели в процессе воспаления зоны активного роста кости, локализуемой в мышцелковом отростке нижней челюсти. Функциональные заболевания сопровождаются развитием хронического воспалительного или воспалительно-дегенеративного процесса, в первично поражающего суставной хрящ, а затем медленно, годами, распространяющегося на костную ткань суставных концов костей. Первично-хрящевые заболевания сустава развиваются в подростковом возрасте вследствие возрастной дисфункции ВНЧС и жевательных мышц и могут привести к заболеваниям, патогенетически связанным между собой, — привычному вывиху, острому и хроническому артриту, артрозу.

Лекция №4

Опухоли зубочелюстной системы у детей. Онкогенез, клиника, принципы лечения.

Остеома - это доброкачественная остеогенная опухоль. По материалам клиники челюстно-лицевой хирургии Киевской медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, остеомы составляют около 4% всех первичных доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований челюстей. Локализуется как на верхней, так и на нижней челюсти (чаще). В редких случаях может обнаруживаться в носовых, скуловых и лобных костях. Встречается чаще у взрослых, чем у детей. Новообразование одинаково часто выявляется как у мужчин, так и у женщин. Клинически выделяют *центральную* и *периферическую* формы остеом челюстей. **Центральные** остеомы располагаются в толще кости, а периферические — по краям челюсти (экзостозы). Остеомы растут медленно, безболезненно. Поэтому длительное время остаются незамеченными, а выявляются чаще при обследовании у стоматолога (во время лечения зубов, протезировании и т.п.) или проведении рентгенографического исследования. Первым клиническим симптомом остеомы является деформация челюсти. Центральная остеома располагается в глубине челюстной кости. По структуре опухолевой ткани различают *компактную* и *губчатую* остеому. В компактной остеоме отсутствуют типичные остеогенные структуры, гаверсовы каналы узкие и почти полностью отсутствуют. В губчатой остеоме костные балки располагаются беспорядочно, степень зрелости их различна, а межбалочное пространство содержит фибро-ретикулярную ткань. При локализации остеомы в теле нижней челюсти опухоль может давить на нижнечелюстной нерв, расположенный в канале и вызывать соответствующую неврогенную симптоматику. Остеома мышцелкового отростка может затруднять движение нижней челюсти. Остеома верхней челюсти затрудняет носовое дыхание через соответствующую половину носа, а при локализации в области орбиты — приводит к нарушению (ограничению) движения глазного яблока и расстройству зрения. При расположении опухоли в области твердого неба и альвеолярного отростка возникают сложности, которые связаны с протезированием зубов съёмными и несъёмными протезами. Клинически остеома может вызывать асимметрию лица. Она представляет

собой гладкое или бугристое выпячивание плотной консистенции, безболезненное, границы четкие, не смещается. Слизистая оболочка, которая покрывает остеому в цвете, как правило, не изменена, подвижная. Опухоль не связана с окружающими мягкими тканями, не нагнаивается. Располагаясь по периферии челюстных костей эти образования, называются *экзостозами*. К экзостозам относят не только периферические остеомы малых размеров, которые локализуются в области альвеолярных отростков, но и костные деформации челюстей, возникающие после удаления зубов. Они могут быть как одиночными, так и симметричными. К своеобразной форме экзостоза верхней челюсти относят *небный торус* — это костное утолщение в области небного шва (валика), обнаруживаемое у некоторых людей. Костная деформация в области небного шва выявляется как вскоре после рождения ребенка, так и по мере его роста. Врожденные симметричные или одиночные экзостозы также обнаруживаются *на внутренней поверхности нижней челюсти в области премоляров* — нижнечелюстной торус. Эти экзостозы нельзя отнести к костным опухолям, они являются своеобразной анатомической особенностью строения (формой) челюсти. Синонимом *экзостоза* является *остеофит*— это патологический костный нарост на поверхности кости. На *рентгенограмме* компактная центральная остеомы выявляется в виде гомогенного очага интенсивного затемнения округлой или овальной формы с относительно четкими границами различных размеров. Опухоль не связана с зубами, но в некоторых случаях она проецируется на корень зуба, что напоминает одонтому. Периферическая компактная остеомы на рентгенограмме имеет вид ограниченного выступа, выходящего за пределы челюсти, с четкими ровными контурами.

Губчатая остеомы на рентгенограмме неоднородна, имеется чередование участков разрежения и уплотнения. Аналогичные данные выявляются и на компьютерной томограмме. *Дифференцировать* остеому необходимо с *одонтомой*. Для *одонтомы* характерно рентгенологически более интенсивное затемнение с четкими и ровными границами, а по периферии опухоли видна узкая полоска просветления шириной около 1 мм (соответствует капсуле одонтомы).

Остеоид-остеомы на рентгенограмме выявляются в виде очага деструкции кости с нечеткими границами, окруженного ободком склерозированной ткани. *Гиперостоз* — это патологическое разрастание костной ткани в результате предшествующих одонтогенных и неодонтогенных воспалительных процессов (периодонтиты, травма, стоматиты и т.д.). По своей сути это ничто иное, как оссифицирующий периостит. На рентгенограмме контуры его неровные и не такие четкие.

Лечение остеом только хирургическое. Операция показана в тех случаях, когда опухоль вызывает какие-либо нарушения (болевые или функциональные), а также по косметическим соображениям или при зубном протезировании (если остеомы или костный выступ мешает установке съемного или несъемного протеза).

5. Практические/семинарские занятия

5.1. Тематические планы практических/семинарских занятий

№	Темы практических и клинических занятий	практ. зан.	клин. зан.	Всего часов
1	Врожденные расщелины верхней губы и неба. Классификация. Клиника, диагностика. Ранние анатомо-функциональные расстройства и способы их устранения.	2	2	4
2	Сроки и методы хирургического лечения врожденных расщелин верхней губы	2	2	4
3	Сроки и методы хирургического лечения врожденных расщелин неба.	2	2	4
4	Атипичные расщелины лица, клиника, диагностика.	2	2	4

5	Врожденные кисты и свищи лица и шеи. Этиология, клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика. Способы хирургического лечения.	2	4	6
6	Заболевания ВНЧС у детей. Классификация, этиология, диагностика. Хирургические способы лечения.	3	3	6
7	Новообразования зубочелюстной системы у детей. Классификация. Общие принципы диагностики и лечения. Онкологическая настороженность.	2	4	6
8	Доброкачественные опухоли органов полости рта (папиллома, фиброма, липома, рабдомиома, миобластома).	2	4	6
9	Опухолеподобные образования мягких тканей лица и органов полости рта (папиломатоз, фиброматоз десен). Пиогенная гранулема, гигантоклеточный эпulis, дермоидная киста.	3	3	6
10	Доброкачественные опухоли мягких тканей лица. Гемангиома, лимф ангиома.	2	4	6
11	Нейрофиброматоз и невусы. Опухоли и кисты слюнных желез. Этиология, клиника, диагностика и лечение.	3	3	6
12	Остеогенные опухоли челюстей (остеома, хондрома, остеобластома, гемангиома, миксома).	2	4	6
13	Опухолевидные изменения костей лица (фиброзная дисплазия, Херувизм, синдром Облрайта, эозинофильная гранулема).	3	3	6
14	Одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования (амелобластома, одонтома, одонтогенная фиброма, цементома). Кисты челюстей.	3	3	6
15	Злокачественные опухоли челюстных костей. Реабилитация детей после удаления опухолей. Диспансеризация детей с врожденными пороками развития ЧЛЮ, опухолями и другими стоматологическими заболеваниями.	3	2	5
Всего:		36	45	81

5.2. Содержание тем практических/семинарских занятий

Тема №1. Врожденные расщелины верхней губы и неба. Классификация. Клиника, диагностика. Ранние анатомо-функциональные расстройства и способы их устранения.

Анатомические и функциональные расстройства при врожденных расщелинах неба требуют хирургического, ортодонтического и логопедического лечения. Из анатомических нарушений строения неба следует выделить три основные, которые вызывают тяжелые функциональные сдвиги и требуют хирургического устранения: расщелину неба, укороченное мягкое небо и расширенный средний отдел глотки. Расщелины неба по анатомической форме и размерам могут быть различны. Встречаются скрытые расщелины, расположенные только в пределах мышечного слоя мягкого неба или костной ткани твердого неба при хорошо развитом слое слизистой оболочки. Наблюдаются также расщелины только мягкого неба, которые могут быть неполные и полные. Неполные расщелины мягкого неба не доходят до границы с твердым небом. Видимая часть полной расщелины мягкого неба достигает заднего края твердого неба и довольно часто

сопровождается скрытым недоразвитием заднего отдела твердого неба. Слабость выдоха в дальнейшем отрицательно отражается на формировании речи ребенка. Дети с расщелиной неба произносят слова невнятно, тихим голосом. При расщелине неба неправильно звучат, небные, небо-язычные, все шипящие звуки нашей речи. Речь имеет выраженный носовой оттенок. Постоянное попадание жидкой и мягкой пищи из полости рта в носовую полость вызывает раздражение слизистой оболочки носа и носоглотки, что приводит к развитию в этой области стойких очагов хронического воспаления.

Соотношение изолированных несращений верхней губы, сквозных несращений верхней губы и неба и изолированных несращений неба — 1:2:1. Различают такие виды врожденных несращений губы:

- 1) по глубине несращения (явные, скрытые):
- 2) в зависимости от локализации несращения в трансверзальной плоскости (боковые — 99 % и срединные — 1 %). Боковые, в свою очередь, делятся в зависимости от стороны несращения на односторонние — 82 % (левосторонние чаще, чем правосторонние) и двусторонние — 17 %; двусторонние несращения губы могут быть симметричными и асимметричными;
- 3) по высоте несращения в сагиттальной плоскости губы (частичные, полные или сквозные);
- 4) изолированные и сочетанные (с несращением альвеолярного отростка верхней челюсти, неба).

Жалобы родителей — на наличие у ребенка косметического дефекта тканей верхней губы, невозможность сосать грудь и питаться естественно.

Клиника. Клиническая картина врожденных несращений губы имеет характерные признаки и обычно не вызывает трудностей при постановке диагноза. При изолированных скрытых несращениях губы дефект и деформация мягких тканей наименьшая, иногда это лишь втянутость кожи в проекции колонки верхней губы. Несращение является частичным при наличии дна носового хода. При сквозных дефектах верхней губы клиническая картина более тяжелая.

Односторонние изолированные несращения верхней губы выявляются в виде дефекта верхней губы с одной стороны. При этом красная кайма состоит из двух фрагментов, на большем фрагменте она поднимается на 1/3-1/2 высоты верхней губы, а иногда и выше. Колонка верхней губы на стороне несращения разделена также на две части, высота колонки на большом фрагменте всегда уменьшена, а на малом — нормальная. Крыло носа на стороне несращения уплощено (мышцы верхней губы на малом фрагменте вплетены в основание крыла носа, что вызывает фиксацию его в патологическом положении), кончик носа также уплощен и вместе с перегородкой смещен в здоровую сторону, дно носового хода отсутствует — его "заменяет" дефект. Если несращение верхней губы сочетается с несращением альвеолярного отростка, то большой фрагмент последнего (благодаря росту сошника) перемещается вперед и вверх (будто выворачивается), уздечка верхней губы всегда короткая. Малый фрагмент при этом повернут медиально книзу и выглядит недоразвитым.

Двусторонние несращения губы представляют собой самый тяжелый порок челюстно-лицевой области как по клинической картине, так и при оказании врачебной помощи. Биомеханизм развития таких несращений значительно отличается от односторонних. При этом пороке верхняя губа разделена на три фрагмента, мягкие ткани на боковых фрагментах достаточно выражены, высота колонок несколько уменьшена, красная кайма и мышечный слой обычно хорошо выражены. Серединный фрагмент представлен межчелюстной костью, мягкими тканями пролябиума (центральный участок верхней губы, ограниченный колонками), красной каймой и перегородкой носа. От его положения (наличие протрузии межчелюстной кости, ее поворота, смещения в одну из сторон;), взаиморасположения с боковыми фрагментами и выраженностью мягких тканей на нем зависят сроки и вид хирургического вмешательства, а также необходимость

ортодонтического лечения. Мягких тканей на срединном фрагменте всегда недостаточно (как красной каймы, так и кожной части верхней губы), особенно по высоте. Преддверие полости рта мелкое. При таком виде несращения происходит значительная деформация носа. Перегородка носа всегда очень короткая, медиальные ножки крыльчатых хрящей недоразвиты. Иногда перегородка носа притянута к мягким тканям губы, кончик носа раздвоен, крылья растянуты и нос имеет вид бараньего.

Послеоперационный уход за раной.

-изготовление защитной пластинки

-послеоперационный режим

-метод формирования свода твердого неба

Подготовка больного к операции должна начинаться заблаговременно и включать санацию полости рта, носовой части глотки, общеукрепляющее лечение, включая гельминтологическое. Необходимо тщательно обследовать все органы и системы больного, чтобы определить, нет ли противопоказаний к операции, исследовать мазок из зева и носа на дифтерийные палочки и гемолитический стрептококк, определить чувствительность микрофлоры зева к антибиотикам, изготовить, припасовать и опробовать (в течении 3-4 дней) защитно-тренировочную небную пластинку и устранить выявленные в ней недостатки. Кроме обычных лабораторных методов обследования больного перед операцией (общий клинический анализ мочи и крови, свертываемость крови, резус-принадлежность и т.д.), желателен производиться исследования витаминного баланса. Исследуя органы дыхания ребенка, нужно учитывать возрастную норму дыхательных экскурсий в 1 минуту (у новорожденного 40-60 , в возрасте 1-2 лет- 30-35, 3 года 25-30, старше 7 лет 20-18), а также то, что в любом возрасте у здорового ребенка на одно дыхание приходится 3,5-4 удара пульса, так у новорожденных пульс равен 140-120, в возрасте 4-6 лет 109-95, старше 6 лет 90-80 ударов в 1 минуту.

Интерактивный метод:

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 3 студента в каждой. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку. На листе пишется дата, номер группы, фамилия и имя студента. Предлагается задание, ответить на один вопрос всей подгруппе. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.8б. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие. Работы студентов сохраняются преподавателем.

Литература: О-1,3,5,Д- 1,2,7,18,19,20

Тема №2. Сроки и методы хирургического лечения врожденных расщелин верхней губы

Операция при врожденной расщелине верхней губы показана детям, родившимся в срок, не имеющим других тяжелых уродств, которые могли бы влиять на жизненно важные функции организма, а также детям, не страдающим приобретенными заболеваниями (пневмонией и др., воспалительными процессами различного происхождения) и не имеющим травм центральной нервной системы.

Операция новорожденным производится при всех видах врожденной расщелины верхней губы.

При решении вопроса о показаниях к оперативному лечению хирург должен учесть особенности состояния ребенка в первые дни жизни.

Чаще всего вес ребенка является показателем функциональной зрелости новорожденного. Родившийся в срок ребенок имеет вес в среднем 3200-3300 г, иногда 2500 г. Разница в весе между мальчиком и девочкой составляет 150-200 г.

У детей с неполной расщелиной верхней губы или с изолированной расщелиной только губы операцию следует производить после 6 месяцев; детей с комбинированными расщелинами следует, по возможности, оперировать в роддоме и не выписывать в течение всего предоперационного периода или перевести в отделение для недоношенных, где он сможет получить рациональное лечение и уход.

Детей с очень большим весом (4500—5000 г) перед операцией также необходимо тщательно обследовать, чтобы убедиться в отсутствии травм центральной нервной системы, которые мог получить ребенок во время родов.

Кроме веса, для хирурга представляет интерес поведение новорожденного и функции различных его органов.

У функционально зрелого новорожденного движения обычно активны, крик громкий, кожа розово-красная, дыхание ритмичное, несколько учащенное, число дыханий в минуту доходит до 60. В первые сутки после рождения дыхательные движения более поверхностны, к 8-му дню глубина дыхания возрастает и становится постоянной.

У детей в период новорожденности отмечается неправильный ритм сердечных тонов и учащенная работа сердца (до 120—140 ударов в минуту).

У здоровых новорожденных при крике, движениях, во время сосания пульс учащается, а во время сна замедляется на 20—30 ударов в минуту. Место сердечного толчка совпадает с левой границей относительной тупости, правая граница относительной тупости проходит по правой парастернальной линии, верхняя граница — по II ребру. Левая граница абсолютной тупости проходит по левой сосковой линии, правая — по левой стернальной линии, верхняя — по III ребру. Первый тон у основания сердца более усиленный, чем второй.

У новорожденного температура тела иногда доходит до 38°, через 3—6 часов после рождения она падает до 36° и к концу второго-третьего дня устанавливается в пределах 36—37°.

В некоторых случаях на третий-четвертый день у новорожденных температура может повышаться до 39°. Это повышение, не связанное ни с инфекцией, ни с воспалительными процессами, Реус назвал транзиторной лихорадкой.

Транзиторная лихорадка обычно совпадает с периодом наибольшего физиологического падения веса, которое сопровождается в первую очередь потерей тканями жидкости. Считают, что транзиторная лихорадка возникает вследствие недостаточного поступления жидкости с пищей, богатой белком (молозиво).

Физиологическая желтуха наблюдается у 85% новорожденных. Она обычно появляется на 2—4-й день. Степень окраски кожи, слизистых оболочек и склер может быть различной — от легкой желтушности до резко выраженной окраски тканей. Физиологическая желтуха обычно заканчивается к 6—7-му дню, в тяжелых случаях она может затянуться до 2—3 недель. Несмотря на то, что это явление физиологическое, в этот период у ребенка несколько замедляется восстановление физиологической убыли веса.

Ю.Л. Образцова (1971) провела анализ анатомо-косметических и функциональных особенностей операции по методу Обуховой-Фроловой, выполненных до 6 месяцев и позже 1 года существенных различий не установил. Многолетний опыт клиники детской хирургической стоматологии показывает, что наиболее оптимальным возрастом для проведения хейлопластики односторонней расщелины верхней губы является 6-8 месяцев.

При двухсторонней сквозной расщелине верхней губы и нёба целесообразно хейлопластику проводить в два этапа: в 4-6 месяцев оперировать широкую сторону, 6-8 месяцев вторую сторону. При нормальном вскармливании ребенка с изолированной расщелиной губы хейлопластику проводили в 10-12 месяцев.

Лечение детей с врожденной односторонней сквозной расщелиной верхней губы.

По нашему мнению при первичной хейлопластике хирург должен стремиться достичь следующих целей:

8. Восстановить целостность круговой мышцы рта.
9. Создать симметричный лук Купидона.
10. Создать одинаковую высоту кожного отдела губы и красной каймы.
11. Восстановить колонку на уплощенной стороне филтрума.
12. Установить основание уплощенного крыла носа на нормальном уровне.
13. Достигнуть одинакового периметра ноздрей.
14. Создать достаточной глубины преддверие полости рта.

Основываясь на литературные данные, учитывая данные, накопленные в нашей клинике, мы пришли к выводу, что к наиболее оптимальным и удовлетворяющим требованиям первичной хейлопластики относятся две большие группы: лоскутные методы – Z - пластика с перекидным треугольным кожным лоскутом в нижней части филтрума и линейный метод ротации и движения.

Лоскутные операции предусматривают закрытие расщелины путем перемещения треугольных и прямоугольных лоскутов, величина которых зависит от ширины расщелины и степени укорочения медиального фрагмента верхней губы (С.Д. Терновский, 1952; А.А. Лимберг, 1968; Р.Д. Новоселов, 1978; J.D. Sidman, 1994).

Самой удачной среди лоскутных методов является операция, разработанная Л.М. Обуховой (1955, 1957) и С.В. Tennison (1952).

Разработанная авторами независимо друг от друга, но по своей сути ни чем не отличающаяся. Ее сущностью является удлинение недоразвитой внутренней колонки филтрума, перемещением треугольного кожного лоскута с наружного фрагмента. В основу расчета метода Л.М. Обуховой положена разница в величинах филтрума на пораженной и здоровой стороне.

Дальнейшее развитие метода лоскутной пластики получил в работах с использованием перекидных лоскутов в нижней трети губы и у основания перегородки носа, где второй лоскут, по мнению авторов, улучшает положение крыла носа.

Интерактивный метод:

Использование метода «Горячей картошки»

Преподаватель должен составить несколько вопросов. Из картонной бумаги нужно сделать мяч. Преподаватель задает вопрос и бросает горячую картошку студенту в руки, в свою очередь студент отвечает на вопрос и бросает картошку обратно преподавателю в руки. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.86. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.

Литература: О-1,3,5,Д- 1,2,7,18,19,20

Тема №3. Сроки и методы хирургического лечения врожденных расщелин неба.

Оперативное лечение врожденной расщелины неба

При лечении врожденной расщелины неба ранее широко использовалась радикальная уранопластика, предложенная А. А. Лимбергом. Эта операция показана у детей в возрасте 12—14 лет (М. М. Ванкевич, 1951; А. Т. Титова, 1964, и др.). Травматичность операции и значительное число осложнений не позволяют использовать указанную методику у детей младшего возраста.

А. С. Силаева (1965), И. П. Бакулис (1966), Э. Н. Самар (1970) предлагали производить уранопластику в более раннем возрасте, при этом они используют методику радикальной уранопластики по А. А. Лимбергу в различных модификациях.

Однако, как показал наш опыт, описанные методики операции нуждались в усовершенствовании. Травматичное выполнение радикальной уранопластики, как правило, отрицательно влияет на рост и развитие челюсти, что в свою очередь приводит к тяжелой деформации зубочелюстной системы. Актуальность и значимость этих вопросов заставляют искать новые пути для решения этой проблемы. В 1971 году Л.Е. Фроловой была предложена методика оперативного лечения врожденной расщелины неба с учетом формы расщелины и анатомических изменений в ороназофарингиальной области.

Операцию производят под эндотрахеальным наркозом по полуоткрытой системе Эйра. При этом интубационную трубку выбирают с учетом возраста ребенка и вводят в трахею через нос. Для профилактики аспирации в дыхательные пути слизи и крови после интубации, глотку в области нижних ее отделов плотно тампонируют марлевой турундой, слегка смоченной раствором фурацилина (1:5000). Тампонада завершается фиксацией интубационной трубки к середине и к задней стенке глотки. В таком положении она не мешает хирургу для иммобилизации мягких тканей боковых стенок глотки к середине.

При максимально запрокинутой голове ребенка устанавливают роторасширитель. На подвижные упоры дуги последнего надевают резиновые каппы, чем предохраняют от травмы слизистую оболочку альвеолярного отростка верхней челюсти. При наличии IV|IV упоры роторасширителя устанавливают непосредственно на эти зубы. Затем прижимают зеркалом язык ко дну полости рта, ее открывают на 2,5-3,5 мм и рукоятку роторасширителя укрепляют неподвижно. После первичной обработки операционного поля и установления роторасширителя полость рта и глотку обрабатывают марлевым шариком, пропитанным раствором фурацилина (1:5000) или другими антисептическими растворами. Туалет полости рта завершается аспирацией слизи, промывной жидкости и нередко сгустков крови, образовавшихся при интубации вследствие значительных травм слизистой оболочки полости носа или задней стенки глотки.

Для лучшего обзора мягких тканей боковых стенок глотки, задних небных дужек и мягкого неба (со стороны носоглотки) расщепленный язычок у основания с каждой стороны берут на лигатуру и оттягивают кнаружи.

Ход операции. Делают разрез от вершины расщелины до границы твердого и мягкого неба, далее по носовой поверхности мягкого неба косо вниз по боковой стенке глотки на уровне верхнего полюса задней небной дужки. После этого разрез направляют по боковой стенке глотки за задней дужкой. В зависимости от величины глоточного кольца разрез на боковой стенке глотки заканчивают на уровне середины задней дужки или продолжают до уровня нижнего полюса задней небной дужки (Цал. рисунок, а). Ткани рассекают с таким расчетом, чтобы лоскуты для назофарингиального отдела и ротовой области состояли из слизисто-мышечных слоев. Швами образуют слизисто-мышечный жом на всем протяжении» (см. рисунок, б). В последнюю очередь производят пластику язычка: от линии разреза на мягком небе со стороны носовой полости проводят разрез по внутренней поверхности язычка по средней линии до вершины. Ткани рассепаровывают на 2—3 мм (см. рисунок, в). Полнослойное ушивание: в полость глотки и носа накладывают выворотные кетгутовые швы, на слизистую оболочку язычка и в полости рта — капроновые швы. Если на этом операция заканчивается — операция называется велоластика.

При дефекте твердого неба, помимо оперативного вмешательства на мягком небе и тканях глотки, следующий этап операции предусматривает пластику твердого неба. Для этой цели отсепааровывают с небных пластинок слизисто-надкостничные лоскуты и послойно сшивают их на всем протяжении; отдельно накладывают швы на слизистую оболочку носовой полости.

Проведение всех этапов операции позволяет без особых усилий сузить глоточное кольцо и закрыть на всем протяжении расщелину мягкого и твердого неба.

Уранопластика неба с сужением глоточного кольца по методу Л.Е.Фроловой своей малотравматичностью отличается от радикальной уранопластики по А.А.Лимбергу. Эти отличия заключаются в следующих моментах:

- боковые разрезы по Лангенбеку и отслоения слизисто-надкостничного лоскута выполняется лишь только с поверхности твердого неба одного фрагмента (при односторонних расщелинах на больном фрагменте),
- отсутствуют следующие основные этапы хирургического вмешательства,
- рассечение слизистой оболочки полости носа по заднему краю твердого неба,
- резекция задне-внутреннего края больших небных отверстий,
- разрезы для сужения средней части глотки,
- тампонада окологлоточных ниш и интерламинарная остеотомия.

Интерактивный метод:

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 3 студента в каждой. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку. На листе пишется дата, номер группы, фамилия и имя студента. Предлагается задание, ответить на один вопрос всей подгруппе. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.86. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие. Работы студентов сохраняются преподавателем.

Литература: О-1,3,5,Д- 1,2,7

Тема №4. Атипичные расщелины лица, клиника, диагностика.

Врожденные кисты и свищи шеи встречаются часто. Вопрос о происхождении боковых кист и свищей окончательно не решен. Источником их образования нередко могут быть сохранившиеся эпителиальные остатки жаберного аппарата второй жаберной щели, третьего глоточного кармана и зубно-глоточного протока. Эти эпителиальные остатки в боковых отделах шеи редко проявляют себя в раннем детском возрасте и сохраняются в латентном состоянии. Лишь в возрасте 12-16 лет они под влиянием ряда причин начинают расти, образуя кисты шеи. После вскрытия их самопроизвольно или в результате вмешательства хирурга, ошибочно принявшего их за абсцесс остаются незакрывающиеся свищи. Эти кисты и свищи также развиваются в разные сроки после рождения. Свищу может предшествовать стадия кисты. Их появление не всегда замечается ребенком или его родителями. Боковые кисты шеи часто нагнаиваются, и киста начинает быстро увеличиваться в объеме за счет скопления в ее полости гнойного экссудата. Она становится болезненной и плотной на ощупь. Лимфатические узлы шеи увеличиваются, пальпация их сопровождается болезненностью. В это стадии их нередко принимают за абсцесс и по ошибке вскрывают. Дифференцировать боковые кисты шеи бронхогенного происхождения следует с лимфаденитами, лимфосаркомой,

лимфангиомой, кавернозной гемангиомой, аневризмой сосудов, опухолями околоушной и подчелюстной слюнных желез.

**Интерактивный метод
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «СЛАБОЕ ЗВЕНО»**

Для работы необходимо:

- 1. Набор вопросов по теме**
- 2. Лист бумаги со списком группы для ведения протокола игры.**
- 3. Секундомер.**

Литература: О-1,3,5,Д- 1,2,7

Тема №5. Врожденные кисты и свищи лица и шеи. Этиология, клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика. Способы хирургического лечения.

Врожденные кисты и свищи шеи встречаются часто. Вопрос о происхождении боковых кист и свищей окончательно не решен. Источником их образования нередко могут быть сохранившиеся эпителиальные остатки жаберного аппарата второй жаберной щели, третьего глоточного кармана и зубно-глоточного протока. Эти эпителиальные остатки в боковых отделах шеи редко проявляют себя в раннем детском возрасте и сохраняются в латентном состоянии. Лишь в возрасте 12-16 лет они под влиянием ряда причин начинают расти, образуя кисты шеи. После вскрытия их самопроизвольно или в результате вмешательства хирурга, ошибочно принявшего их за абсцесс остаются незакрывающиеся свищи. Эти кисты и свищи также развиваются в разные сроки после рождения. Свищу может предшествовать стадия кисты. Их появление не всегда замечается ребенком или его родителями. Боковые кисты шеи часто нагнаиваются, и киста начинает быстро увеличиваться в объеме за счет скопления в ее полости гнойного экссудата. Она становится болезненной и плотной на ощупь. Лимфатические узлы шеи увеличиваются, пальпация их сопровождается болезненностью. В это стадии их нередко принимают за абсцесс и по ошибке вскрывают. Дифференцировать боковые кисты шеи бронхогенного происхождения следует с лимфаденитами, лимфосаркомой, лимфангиомой, кавернозной гемангиомой, аневризмой сосудов, опухолями околоушной и подчелюстной слюнных желез.

Интерактивный метод:

Использование метода «Горячей картошки»

Преподаватель должен составить несколько вопросов. Из картонной бумаги нужно сделать мяч. Преподаватель задает вопрос и бросает горячую картошку студенту в руки, в свою очередь студент отвечает на вопрос и бросает картошку обратно преподавателю в руки. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.86. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.

Литература: О-1,3,5,Д- 1,2,7

Тема №6. Заболевания ВНЧС у детей. Классификация, этиология, диагностика. Хирургические способы лечения.

Височно-нижнечелюстной сустав обеспечивает одну из наиболее важных функций — открывание рта. Рост и развитие сустава у ребенка может сопровождаться заболеваниями, несвоевременное или неправильное лечение которых приводит к

нарушениям этой важной функции, недоразвитию нижней челюсти, выраженным эстетическим недостаткам.

Классификация заболеваний ВНЧС

1. Дисфункциональное состояние ВНЧС

- 1) нейромускулярный дисфункциональный синдром;
- 2) окклюзионно-артикулярный синдром;
- 3) привычные вывихи в суставе (челюсти, мениски).

2. Артриты:

- 1) острые инфекционные (специфические, неспецифические);
- 2) острые травматические;
- 3) хронические ревматические, ревматоидные и инфекционно-аллергические.

3. Артрозы:

- 1) постинфекционные (неартрозы);
- 2) посттравматические (деформирующие) остеоартрозы;
- 3) миогенные остеоартрозы;
- 4) обменные артрозы;
- 5) анкилозы (фиброзные и костные);

4. Сочетанные формы.

5. Новообразования (доброкачественные и злокачественные) и диспластические (опухолеподобные) процессы.

Все заболевания ВНЧС можно разделить на две группы: первично-костные и функциональные. При первично-костном типе патологии причиной заболевания ВНЧС может быть врожденное несовершенство развивающейся кости или воспаление суставных концов костей — мышцелкового отростка нижней челюсти и височной кости. Первично-костные заболевания сустава в детском возрасте приводят к нарушению наследственно-детерминированного роста нижнечелюстной кости вследствие врожденной неполноценности или гибели в процессе воспаления зоны активного роста кости, локализуемой в мышцелковом отростке нижней челюсти. Функциональные заболевания сопровождаются развитием хронического воспалительного или воспалительно-дегенеративного процесса, в первую очередь поражающего суставной хрящ, а затем медленно, годами, распространяющегося на костную ткань суставных концов костей. Первично-хрящевые заболевания сустава развиваются в подростковом возрасте вследствие возрастной дисфункции ВНЧС и жевательных мышц и могут привести к заболеваниям, патогенетически связанным между собой, — привычному вывиху, острому и хроническому артриту, артрозу.

Интерактивный метод:

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники садятся по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент держащий моток возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Тема №7. Новообразования зубочелюстной системы у детей. Классификация. Общие принципы диагностики и лечения. Онкологическая настороженность.

Опухоль характеризуется патологическим разрастанием клеток, в которых не контролируется митоз и развиваются явления биологического атипизма. Патологические признаки опухолевого роста:

— атипизм размножения — характеризуется митозом, который не регулируется, потерей верхнего лимита его;

— атипизм метаболический и энергетический (синтез онкобелков, изменение способа образования энергии);

— атипизм физико-химический (увеличение в опухолевых клетках воды и уменьшение ионов Ca^{++} ; увеличение воды облегчает диффузию необходимых для метаболизма субстратов, а снижение кальция уменьшает межклеточную адгезию);

— атипизм антигенный (упрощение антигенного состава);

— атипизм морфологический (тканевой и клеточный);

— атипизм функциональный.

Полость рта в связи с участием в формировании ее тканей всех трех зародышевых листков и мезенхимы является питательной средой для опухолей. Именно поэтому они чрезвычайно разнообразны.

Следует отметить, что клиницисты очень часто окончательный диагноз формируют только на основании заключения патоморфолога. Вместе с тем микроскопическое строение не всегда определяет будущее биологическое "поведение" опухоли. Например, некоторые морфологические признаки злокачественной опухоли не являются строго специфическими и могут определяться при воспалительных, диспластических, дистрофических и других процессах в ходе функциональной перестройки органа или его части. Этот тезис прежде всего касается тканей организма ребенка, где процессы перестройки и развития проходят постоянно, непрерывно.

Отсутствие четкой корреляции между клиническим течением и микроскопическим строением опухоли, невозможность достоверно определить границу между доброкачественной и злокачественной опухолями обусловили выделение группы так называемых промежуточных, или полужлокачественных, опухолей.

Доброкачественные опухоли слюнных желез делятся на **эпителиальные** (плеоморфная и мономорфная аденомы) и **неэпителиальные** (гемангиомы, лимфангиомы, невриномы, фибромы, липомы и др.).

Интерактивный метод:

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 3 студента в каждой. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку. На листе пишется дата, номер группы, фамилия и имя студента. Предлагается задание, ответить на один вопрос всей подгруппе. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.8б. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие. Работы студентов сохраняются преподавателем.

Тема №8. Доброкачественные опухоли органов полости рта (папиллома, фиброма, липома, рабдомиома, миобластома).

Папиллома (*Papilloma*; от лат. *papilla* — сосок) — доброкачественное опухолевидное образование, развивается из многослойного эпителия. Чаще наблюдается у девочек 7-12 лет.

Жалобы — на наличие медленно растущей безболезненной опухоли на ножке. *Клиника.* Локализуется папиллома на слизистой оболочке щек, альвеолярного отростка, редко — на нижней и верхней губе, языке (рис. 3.43), иногда — в области угла рта, твердого и мягкого нёба. Опухоль чаще имеет узкую ножку, округлую форму. Слизистая оболочка над папилломой не изменена в цвете, но имеет шершавую поверхность, эпителий над ней ороговевает. Консистенция опухоли мягкоэластическая.

Дифференцируют папиллому с фибромой, нейрофибромой, ретенционной кистой малых слюнных желез, при локализации на альвеолярном отростке - с гингивальной кистой ("железы Серра").

Лечение состоит в удалении новообразования вместе с ножкой под инфильтрационной анестезией - у старших детей или под наркозом - у детей младшего возраста.

Фиброма (*fibroma*; от лат. *fibra* — волокно) — это опухоль из зрелой фиброзной соединительной ткани. Локализуется преимущественно во рту — на языке, (рис. 3.44), альвеолярном отростке. Наблюдается у детей 7-15 лет, довольно редко — в грудном возрасте

Жалобы ребенка или его родителей — на наличие безболезненной, медленно растущей опухоли в полости рта.

Клиника. Опухоль чаще расположена на альвеолярном отростке, имеет плотную консистенцию, округлую форму, широкое основание, ограниченная от окружающих тканей. Растет очень медленно. Эпителий слизистой оболочки над опухолью не ороговевает, поэтому поверхность ее гладкая и розовая, в отличие от папилломы. Фиброма безболезненная, смещается вместе со слизистой оболочкой. У грудных детей при расположении на альвеолярном отростке фиброму дифференцируют от миобластомы.

Лечение — хирургическое удаление опухоли в пределах здоровых тканей под местным или общим обезболиванием.

Интерактивный метод:

Использование метода «Горячей картошки»

Преподаватель должен составить несколько вопросов. Из картонной бумаги нужно сделать мяч. Преподаватель задает вопрос и бросает горячую картошку студенту в руки, в свою очередь студент отвечает на вопрос и бросает картошку обратно преподавателю в руки. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.86. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.

Литература: О-1,3,5,Д- 1,2,7

Тема №9. Опухолеподобные образования мягких тканей лица и органов полости рта (папилломатоз, фиброматоз десен). Пиогенная гранулема, гигантоклеточный эпulis, дермоидная киста.

На слизистой оболочке полости рта нередко встречаются множественные папилломатозные разрастания - **папилломатоз**. Они могут возникать в результате хронической травмы, хронического воспаления, а могут быть и истинными опухолями.

Хроническая травма чаще всего обусловлена зубопротезированием или длительным ортодонтическим лечением, курением и т.п. Папилломатозы опухолевой природы встречаются реже и локализуются чаще всего на щеках. В ряде случаев папилломатоз может вызываться вирусами, что подтверждается наличием вульгарных бородавок на коже.

Лечение папилломатоза зависит от причин его возникновения. Иногда достаточно устранить травмирующие факторы. В некоторых случаях применяют криодеструкцию. Возможно применение и противовирусных мазей (5% теброфеновая) в течение 30-40 дней с последующим удалением или криодиструкцией оставшихся папиллом.

Фиброматоз — это также доброкачественное новообразование, источником роста которого является соединительная ткань. Относится к генетически обусловленной патологии. Отличается медленным ростом, возникновением плотных безболезненных бугристых разрастаний, располагающихся по альвеолярному отростку.

Фиброматоз десен — редкое заболевание, проявляющееся диффузными фиброматозными разрастаниями плотной консистенции, захватывающими весь или частично альвеолярный отросток верхней или нижней челюсти, а иногда обеих челюстей. Фиброматоз десен некоторые авторы относят к хроническим воспалительным процессам, другие считают его истинным новообразованием, указывают на его семейно-наследственный характер. Причинами гиперплазии десен могут быть прием медикаментов, эндокринные нарушения. У детей фиброматоз десен встречается в возрасте 7—12 и 12—16 лет, как правило, у девочек. Клинически различают две формы: локальную, когда поражение отмечается на уровне нескольких зубов, и диффузную, когда разрастания захватывают всю часть альвеолярного отростка верхней и нижней челюстей. Процесс локализуется в десневых сосочках и распространяется на альвеолярный отросток. Коронки зубов могут быть скрыты разрастаниями вплоть до их режущего края. При пальпации фиброматозные разрастания плотные, неподвижные, безболезненные. Рентгенологически могут обнаруживаться деструктивные изменения альвеолярного отростка. Гистологически определяются коллагеновые волокна с единичными клеточными структурами. Диагностика фиброматоза не представляет трудностей, но иногда его необходимо дифференцировать от гиперпластического гингивита.

Лечение хирургическое — иссечение разрастаний вместе с надкостницей (во избежание рецидива). Кость закрывают йодоформным тампоном. При локальной форме разрастания иссекают одномоментно, при диффузной — в несколько этапов. При деструкции костной ткани требуются обработка очагов поражения фрезой и коагуляция.

Интерактивный метод:

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ПАУТИНА»

Шаги:

6. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
7. Участники садятся по кругу.
8. Одному из участников дается моток ниток, и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
9. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажется в паутине.
10. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент держащий моток возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Литература: О-1,3,5,Д- 1,2,7

Тема №10. Доброкачественные опухоли мягких тканей лица. Гемангиома, лимфангиома.

Гемангиомы — это дизэмбриопластические опухоли, развивающиеся до тех пор, пока не закончится полная дифференциация в строении их клеток. А.И. Абрикосов считал, что гемангиома — это опухоль из кровеносных сосудов.

Существует много оснований и свидетельств в пользу гемангиомы как опухолеподобного образования, а именно:

1. Гемангиомы в 90 % случаев связаны с пороками развития.

2. В патогенезе гемангиом есть элементы признаков опухолеподобного роста.

3. Инфильтративный рост не характерен для истинных опухолей. Гемангиома — единственное новообразование среди сосудистых опухолей, обладающее инфильтративным ростом, дающее рецидивы, однако не способное метастазировать. Расположение гемангиом вблизи щелей плода, где происходит формирование естественных отверстий лицевого скелета и рост тканей особенно интенсивный, является доказательством их эмбриогенетического происхождения. Именно в этих местах легко возникают пороки развития, дисплазии, излишки тканевых элементов. Известно, что среди сосудистых новообразований есть не только истинные опухоли (преимущественно это капиллярные гемангиомы), но и очаговые дизэмбриоплазии. Они в большинстве случаев являются промежуточными между пороками развития и опухолями.

Новообразования из элементов сосудистой стенки являются одним из наиболее спорных и нерешенных вопросов онкоморфологии в связи с большой вариабельностью опухолей, нечетким представлением об источнике роста и т.п.

В эмбриональный период развитие микрососудов происходит за счет механизмов первичного и вторичного ангиогенеза. В возникновении сосудистых опухолей большое значение имеют дизэмбриоплазии, когда на фоне физиологического ангиогенеза отщепленные ангиобластические элементы начинают пролиферировать в эмбриональный период или после рождения ребенка.

В соответствии с имеющимися классификациями гемангиомы челюстно-лицевой области делят таким образом:

6. По происхождению: врожденные (95-96 %) и приобретенные, которые чаще всего возникают после травматических повреждений мягких тканей.

7. По глубине расположения: поверхностные и глубокие (не деформирующие ткани).

8. По месту расположения: в мягких тканях и костях (внутричелюстные гемангиомы).

9. По строению: капиллярные, или простые; кавернозные, или пещеристые; гроздьевидные, или ветвистые; смешанные.

10. По сосудам, из которых происходят гемангиомы: артериальные, венозные, артериовенозные.

У детей гемангиомы растут наиболее активно на протяжении 1-го года жизни. Иногда (только капиллярные) могут подвергаться обратному развитию (это единственная опухоль, которая в 60-70 % случаев может исчезать самостоятельно). На поверхности гемангиом, занимающих большие площади лица, могут появляться области некроза тканей (рис. 3.57.).

Патогномоничными симптомами поверхностных гемангиом являются: ярко-красный с синюшным оттенком цвет кожи; симптом наполнения-запустевания, что проявляется исчезновением или спадением опухоли при надавливании на ее поверхность пальцем и появлением её после прекращения давления; повышение температуры тканей в области гемангиомы сравнительно с симметричным участком; выпячивание опухоли над рельефом кожи или слизистой оболочки (кроме капиллярных).

Глубокие гемангиомы располагаются в мягких тканях и костях челюстей. В отличие от поверхностных, они не дают внешней деформации лица. Единственным признаком таких гемангиом может быть выраженный сосудистый рисунок кожи или слизистой оболочки альвеолярного отростка над участком опухоли. Наиболее информативным диагностическим критерием является пункция, при которой наблюдается свободное заполнение шприца кровью. В некоторых случаях кровь получают и при лимфангиоме, но, в отличие от гемангиомы, жидкость будет с бурым оттенком. Для установления диагноза используют термовизиографию, УЗИ, рентгенографию (при внутрикостных гемангиомах), компьютерную томографию, МРТ. Иногда при изучении зоны расположения гемангиомы в полостях выявляют флеболиты. Флеболиты ("венозные камни") — это округлой формы беловатые образования до 1 см в диаметре, относительно часто рентгеноконтрастные (рис. 3.58.), на УЗИ — эхонегативные. Флеболиты состоят из наслоений органических и неорганических соединений, при разрезании крошатся.

Интерактивный метод:

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 3 студента в каждой. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку. На листе пишется дата, номер группы, фамилия и имя студента. Предлагается задание, ответить на один вопрос всей подгруппе. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.86. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие. Работы студентов сохраняются преподавателем.

Литература: О-1,3,5,Д- 1,2,7

Тема №11 . Нейрофиброматоз и невусы. Опухоли и кисты слюнных желез.

Этиология, клиника, диагностика и лечение.

Нейрофиброматоз, болезнь Реклингаузена, невриноматоз, врожденный нейрофиброматозный эленфантиаз Брунса, петлистий нейрофиброматоз, волокнистый моллюск, нейромезодерматодистрофия — это все синонимы одной болезни.

Нейрофиброматоз — тяжелое врожденное заболевание, для которого характерно развитие в подкожной жировой клетчатке множественных нейрофибром, неврином черепных и спинномозговых нервов.

В последнее время под нейрофиброматозом понимают полисистемное, полиорганное наследственное заболевание, которое относится к факоматозам (от греч. *phakos* — пятно). Последние представляют группу наследственных заболеваний, при которых общим фактором является поражение нервной системы и кожи, реже — костной ткани, глаз, иногда — внутренних органов.

В научной литературе описаны случаи семейного заболевания, поэтому нейрофиброматоз относят к наследственным заболеваниям по аутосомно-доминантному моногенному типу.

Распространенными теориями возникновения нейрофиброматоза являются эндокринная, дизонтогенетическая и невrogenная. В развитии нейрофиброматоз-ной ткани принимают участие как сами нервные волокна, так и соединительнотканые элементы эндо- и периневрия. Лучше всего обоснована дизэмбриогенетическая теория, в соответствии с которой доказательством участия в развитии нейрофиброматоза эктодермы является поражение нервной системы кожи, а мезодермы — костной ткани.

Первые клинические симптомы могут быть выявлены сразу после рождения ребенка или в первые годы его жизни: это увеличение объема тканей одной половины лица. Мягкие ткани по структуре и цвету ничем не отличаются от неповрежденных нормальных тканей. С возрастом у детей постепенно появляются характерные жалобы.

Жалобы. Дети или их родители указывают на увеличивающуюся с возрастом безболезненную деформацию мягких тканей лица, челюстей, подвижность зубов, пигментные пятна. Возможно нарушение зрения на стороне поражения.

Клиника. Постоянными клиническими признаками нейрофиброматоза являются пигментные пятна, опухоли кожи и подкожной жировой клетчатки, нервов, физические и психические нарушения, которые в 34% случаев появляются с рождения и в 66 % — с возрастом.

Первый симптом нейрофиброматоза — пигментные пятна. Они имеют светло-кофейный цвет, излюбленная локализация — внутренняя поверхность конечностей, область спины, паха. Над поверхностью кожи не возвышаются. Рядом с пигментными пятнами могут быть депигментированные участки кожи.

Вторым симптомом нейрофиброматоза являются опухоли кожи и подкожной жировой клетчатки, которые выявляются у 64 % больных и проявляются в трех Формах:

- 1) элифантиаза (слоновость);
- 2) узловатых образований (узловатые формы нейрофиброматоза);
- 3) массивных пигментированных кожных разрастаний (пигментированные нейрофибромы).

Для элифантиаза характерна дефор мация лица за счет опухоли, охватывающей несколько областей. Чаще это височная, околоушная, щечная области (рис. 3.100.). Такая опухоль выявляется сразу после рождения, увеличивается до 2-3 лет..

Интерактивный метод ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «СЛАБОЕ ЗВЕНО»

Для работы необходимо:

4. Набор вопросов по теме

5. Лист бумаги со списком группы для ведения протокола игры.

6. Секундомер.

Литература: О-1,3,5,Д- 1,2,7

Тема №12. Остеогенные опухоли челюстей (остеома, хондрома, остеобластома, гемангиома, миксома).

Остеома - это доброкачественная остеогенная опухоль. По материалам клиники челюстно-лицевой хирургии Киевской медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, остеомы составляют около 4% всех первичных доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований челюстей. Локализуется как на верхней, так и на нижней челюсти (чаще). В редких случаях может обнаруживаться в носовых, скуловых и лобных костях. Встречается чаще у взрослых, чем у детей. Новообразование одинаково часто выявляется как у мужчин, так и у женщин. Клинически выделяют *центральную* и *периферическую* формы остеом челюстей.

Хондрома

Опухоль развивается из хрящевой ткани. В нашей клинике *хондрома* встречалась у 2% больных с первичными доброкачественными опухолями и опухолеподобными образованиями челюстей. Встречается она чаще в возрасте от 10 до 60 лет. Обнаруживается как на верхней, так и на нижней челюсти. Опухоль растет медленно. В течение года и более достигает заметной величины, может озлокачиваться.

Клиника. В зависимости от локализации опухоли в челюсти различают: *энхондрому* (расположена в толще костной ткани) и *эксхондрому* (периферическую, периостальную,

юкстакортикальную хондрому), которая растет за пределами кости. Хондрома растет медленно, безболезненно. Размеры опухоли могут быть различными (от небольшого одиночного узла до значительных размеров). Плотная на ощупь, гладкая или бугристая, с четкими границами. Вызывает деформацию челюсти, плотно спаяна с костью. На верхней челюсти хондрома чаще располагается по срединному шву, а на нижней челюсти — в толще ее тела или мышелкового отростка. Слизистая оболочка над опухолью в цвете не изменена. Хондрома с зубами не связана, но корни зубов, которые находятся в толще опухоли, подвергаются резорбции. На рентгенограмме она определяется в виде очага деструкции костной ткани определенных размеров с нечеткими границами. Корни зубов, находящиеся в опухоли подвергаются рассасыванию. В зоне патологического очага встречаются петрификаты (участок, инкру стированный солями кальция) и очаги оссификации (костеобразования). При экхондроме границы деструкции распространяются за пределы челюсти, что можно четко выявить на боковой рентгенограмме.

Интерактивный метод

Использование метода «Горячей картошки»

Преподаватель должен составить несколько вопросов. Из картонной бумаги нужно сделать мяч. Преподаватель задает вопрос и бросает горячую картошку студенту в руки, в свою очередь студент отвечает на вопрос и бросает картошку обратно преподавателю в руки. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.8б. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.

Литература: О-1,3,5, Д- 1,2,7

Тема №13. Опухолевидные изменения костей лица (фиброзная дисплазия, Херувизм, синдром Облрайта, эозинофильная гранулема).

Фиброзная остеодисплазия (синоним: *болезнь Брайцева-Лихтенштейна*). Впервые была описана В.Р. Брайцевым в 1929 г. под названием *фиброзная остеодистрофия*, а в 1937 году L. Lichtenstein выделил это заболевание в отдельную группу. Фиброзная остеодисплазия может впервые диагностироваться как у детей, так и у взрослых. Выявляется одинаково часто у лиц женского и мужского пола. По нашим данным, это заболевание встречается примерно у 5 % больных с доброкачественными опухолями и опухолеподобными образованиями челюстей.

Различают *монооссальную* и *полиоссальную* форму заболевания.

При монооссальной фиброзной остеодисплазии поражаются только челюсти, а при полиоссальной — и еще и другие кости скелета (херувизм, болезнь Облрайта).

Клиника. Фиброзная остеодисплазия имеет наиболее выраженный рост в детском и юношеском возрасте. Заболевание длительное время протекает бессимптомно. Первыми симптомами, которые манифестируют о наличии заболевания являются боли в зубах и вздутие костей, которое вызывает деформацию лица. При пальпации вздутие кости безболезненное, плотное, может быть бугристым. Окружающие мягкие ткани в патологический процесс не вовлекаются. Открывание рта не затруднено. При нагноении очагов фиброзной остеодисплазии возникает отек и гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка, увеличиваются регионарные лимфатические узлы, т.е. появляется симптоматика обострения воспалительного процесса в челюсти. Заболевание может стабилизироваться, в редких случаях переходит в опухолевой процесс.

Херувизм характеризуется фиброзной остеодисплазией нижней челюсти в области ее углов. В результате чего лицо приобретает одутловато-округлую форму, что напоминает изображение лиц ангелов. Это заболевание имеет наследственный характер, что дало

повод называть его семейной фиброзной дисплазией. Херувизм хирургического лечения не требует. С возрастом деформация лица уменьшается и лицо приобретает нормальную форму.

Болезнь Олбрайта. Проявляется очагами фиброзной остеодисплазии и гиперпигментацией кожных покровов, которые протекают на фоне преждевременного полового созревания. Этиология заболевания неясна. Болезнь имеет врожденный характер. Обнаруживается у девочек.

Эозинофильная гранулема. Заболевание относят к *гистиоцитозам (ретикулоэндотелиозам)*, т.е. к поражениям при которых наблюдается интенсивное образование и появление в крови или других тканях гистио цитарных элементов (нейтрофилов, эозинофилов, лимфоцитов, плазматических клеток, многоядерных гигантских клеток). Впервые как самостоятельное заболевание эозинофильная гранулема описана Н. И. Таратыновым в 1913 г. Поэтому в отечественной литературе ее называют *болезнью Таратынова*. Заболевание является довольно редким и, по нашим данным, составляет около 0,5% всех доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований челю стей. Причины возникновения эозинофильной гранулемы не выяснены. Эозинофильная гранулема чаще встречается у лиц молодого возраста, но может обнаруживаться и у детей. Локализуется в челюстных костях, чаще в нижней челюсти. Может поражать другие кости скелета человека или черепа, лимфоузлы, кожу и паренхиматозные органы (например, при болезнях Люттерера-Зиве или Хенда-Шюллера-Крисчена).

Интерактивный метод:

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «РУЧКА НА СЕРЕДИНЕ СТОЛА»

Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 подгруппы по 3 студента в каждой. Каждая подгруппа садится за отдельный стол, готовит чистый лист бумаги и ручку. На листе пишется дата, номер группы, фамилия и имя студента. Предлагается задание, ответить на один вопрос всей подгруппе. Каждый студент записывает на листе свою фамилию и один вариант ответа и передает лист соседу, а свою ручку передвигает на середину стола. Педагог контролирует работу группы и участия в ней каждого. Общий правильный вариант записывается в тетради. Студенты, которые дали правильные варианты ответов, получают максимальный балл – 100% от рейтинга теоретической части – 0.86. Студенты занявшие второе место – 85.9% рейтинга. Занявшие третье место – 70.9% рейтинга. Не ответившие или ответившие неверно 30% рейтинга. Полученный балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие. Работы студентов сохраняются преподавателем.

Литература: О-1,3,5,Д- 1,2,7

Тема №14. Одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования (амелобластома, одонтома, одонтогенная фиброма, цементома). Кисты челюстей.

Одонтогенные новообразования развиваются только в челюстях, поскольку связаны с процессом зубообразования.

Амелобластома — одонтогенная эпителиальная опухоль, строение которой подобно строению тканей эмалевого органа зубного зачатка. Амелобластома в научной литературе встречается и под названиями "адамантинома", "пролиферативная челюстная киста", "многокамерная кистома", "центральная парадентальная киста", "адамантома" (эмолоид). Термин "адамантинома" ввел в 1901 г. Блюм.

Амелобластомы составляют у детей 6-7 % всех доброкачественных опухолей и опухолеподобных новообразований челюстей. Они развиваются в возрасте 7-16 лет, излюбленная локализация — область ветви и угла нижней челюсти. Особенности этой опухоли являются: склонность к рецидивированию, разнообразие гистологического и рентгенологического строения, что осложняет ее диагностику и лечение. Этиология

опухоли до сих пор не выяснена. Возможно, она является следствием дизонтогенетических нарушений, связанных с патологическими изменениями в эмалевом органе. Согласно другой точке зрения, эпителиальные клетки амелобластомы возникают из клеточных элементов слизистой оболочки ротовой полости. Как возможные источники развития эпителия в опухоли называют также эпителиальные островки Маляссе-Астахова, зачатки сверхкомплектных зубов или рассеянные клеточные комплексы зубной пластинки и зубных мешочков. И.Г. Лукомский (1927), О.Л. Козырева (1959) допускают возникновение амелобластомы из эпителия эмалевого органа зубного зачатка. Кисты амелобластомы могут быть выстланы многослойным плоским эпителием и содержать кристаллы холестерина. Все авторы считают, что возникновение амелобластомы так или иначе связано с нарушением процесса зубообразования. Таким образом, происхождение амелобластомы имеет много общего с происхождением кист челюстей.

По международной гистологической классификации одонтомы и цементомы относят к одонтогенным опухолям, что, на наш взгляд, не совсем правильно. О.Г. Лукомский, исследовав одонтому, сделал вывод, что это не опухоль, а конгломерат из всех или части тканей, образующих зуб и зубную лунку. Это свидетельствует о происхождении одонтомы из эпителия ротовой полости. А.А. Лимберг и П. Львов выдвигали несколько теорий происхождения одонтомы: из остатков избыточных тканей зуба (Брок); результат пролиферации разных составных элементов зуба (Маляссе); одонтома — это эпителиальное образование из слизистой оболочки ротовой полости (О.Г. Лукомский). Мы считаем целесообразным рассматривать одонтому и цементому как пороки развития тканей зубов.

Одонтогенная фиброма у детей наблюдается очень редко. Образуется из дифференцированной соединительной ткани, которая происходит из мезенхимы зубного бугорка или из тканей зубного фолликула. Иногда строение одонтогенных фибром подобно строению тканей пульпы зуба. Локализуется чаще на нижней челюсти.

Жалоб у детей с одонтогенной фибромой обычно нет, лишь иногда может возникать ноющая боль в определенном участке челюсти.

Клиника. Долгое время одонтогенная фиброма ничем себя не проявляет. Характеризуется медленным, безболезненным ростом, деформацией челюсти при значительных размерах новообразования. В отдельных случаях возможно присоединение воспалительного процесса в участке фибромы в результате проникновения инфекции из кариозного зуба. В процессе роста новообразования нарушается прорезывание зубов. На рентгенограмме виден гомогенный очаг повышенной рентгенопроницаемости кости, нередко прилегающий к фолликулам зубов. Наличие подобных изменений в костной ткани может напоминать хронический остеомиелит челюсти. При кальцификации фиброзной ткани на рентгенограмме определяется достаточно четко очерченная тень фибромы, напоминающая кистозную полость со склерозированными краями, имеющую разную степень рентгенопроницаемости. Наблюдается ретенция зубов.

Дифференцировать одонтогенную фиброму следует с мягкой одонтомой.

Лечение опухоли заключается в полном ее удалении в пределах здоровых тканей.

Цементома — опухолевидное образование, представляющее собой порок развития одонтогенного происхождения. Состоит из грубоволокнистой плотной ткани, подобной цементу зуба. Характерным для цементомы является медленный рост и четкое отграничение от прилегающих тканей.

Интерактивный метод

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «СЛАБОЕ ЗВЕНО»

Для работы необходимо:

- 1. Набор вопросов по теме**
- 2. Лист бумаги со списком группы для ведения протокола игры.**
- 3. Секундомер.**

Тема №15. Злокачественные опухоли челюстных костей. Реабилитация детей после удаления опухолей. Диспансеризация детей с врожденными пороками развития ЧЛЮ, опухолями и другими стоматологическими заболеваниями.

Своеобразный механизм возникновения врожденных злокачественных опухолей описан рядом авторов: передачи злокачественной меланомы и других blastom от больной матери через здоровую или пораженную плаценту.

Классификация опухолей:

Классификация опухолей челюстно-лицевой области у детей нет. Рекомендуется А.А.Колесовым пользоваться следующей классификацией опухолей, созданными отечественными стоматологами на основании многочисленных наблюдений взрослых и детей.

1. Опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи (соединительнотканной и эпителиальной природы.)
2. Опухоли слюнных желез (по классификации В.В.Паникороского)
3. Опухоли и опухолеподобные образования челюстных костей:
 - а) остеогенная группа (по классификации А.А.Колесова)
 - б) неостеогенная группа
 - в) одонтогенная группа (по классификации И.И.Ермолаева)
 - г) рак челюстей
 - д) метастатические опухоли.

Интерактивный метод

Использование метода «Ромашка»

Преподаватель из цветной бумаги вырезает несколько листов в виде лепестков ромашки и составляет вопросы по данной теме. Затем после опроса студента преподаватель дает возможность для дополнительной оценки выбрать листок и ответить на вопрос.

5.2. Учебно-клиническая практика

По тематическому плану учебно-клиническая практика проводится в хирургическом кабинете Областной детской стоматологической поликлиники, Онкологическом диспансере, областном детском больнице.

№	Содержание тем клинических занятий
	Врожденные расщелины верхней губы и неба. Классификация. Клиника, диагностика. Ранние анатомо-функциональные расстройства и способы их устранения. Сроки и методы хирургического лечения. Послеоперационный уход за ребенком. Курация больных. Сбор анамнеза. Сбор истории болезни. Пальпация и перкуссия органов. Участвовать в инструментальном обследовании. Изучение возможных проблем. Коллективный анализ больных. Участвовать в планировке операции и в самой операции по устранению расщелин верхней губы и неба.
	Атипичные расщелины лица, клиника, диагностика. Врожденные кисты и свищи лица и шеи. Этиология, клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика. Способы хирургического лечения. Курация больных. Сбор анамнеза. Сбор истории болезни. Пальпация и перкуссия органов. Участвовать в инструментальном обследовании. Изучение возможных проблем.

	Коллективный анализ больных. Участвовать в проведении фистулографии и операции по иссечению свищевых ходов.
	Заболевания ВНЧС у детей. Классификация, этиология, диагностика. Хирургические способы лечения. Курация больных. Сбор анамнеза. Сбор истории болезни. Пальпация и перкуссия органов. Участвовать в инструментальном обследовании. Изучение возможных проблем. Коллективный анализ больных. Участвовать в бимануальной пальпации, артрографии, интерпретации рентгеновских снимков (ТРГ, ОПГ и др.).
	Новообразования зубочелюстной системы у детей. Классификация. Общие принципы диагностики и лечения. Онкологическая настороженность. Доброкачественные опухоли органов полости рта (папиллома, фиброма, липома, рабдомиома, миобластома). Опухолоподобные образования мягких тканей лица и органов полости рта (папиломатоз, фиброматоз десен). Курация больных. Сбор анамнеза. Сбор истории болезни. Пальпация и перкуссия органов. Участвовать в инструментальном обследовании. Изучение возможных проблем. Коллективный анализ больных. Научиться распознавать, диагностировать и дифференцировать доброкачественных опухолей. Участвовать на операции.
	Пиогенная гранулема, гигантоклеточный эпulis, дермоидная киста. Доброкачественные опухоли мягких тканей лица. Гемангиома, лимфангиома. Курация больных. Сбор анамнеза. Сбор истории болезни. Пальпация и перкуссия органов. Участвовать в инструментальном обследовании. Изучение возможных проблем. Коллективный анализ больных. Научиться распознавать, диагностировать и дифференцировать доброкачественных опухолей. Участвовать на операции. Научиться распознавать, диагностировать и дифференцировать доброкачественных опухолей. Интерпретация диагностических данных (сиалография, УЗИ, МРТ). Участвовать на операции.
	Нейрофиброматоз и невусы. Опухоли и кисты слюнных желез. Этиология, клиника, диагностика и лечение. Курация больных. Сбор анамнеза. Сбор истории болезни. Пальпация и перкуссия органов. Участвовать в инструментальном обследовании. Изучение возможных проблем. Коллективный анализ больных. Научиться распознавать, диагностировать и дифференцировать доброкачественных опухолей. Участвовать на операции.
	Остеогенные опухоли челюстей (остеома, хондрома, остеобластома, гемангиома, миксома). Опухелевидные изменения костей лица (фиброзная дисплазия, Херувизм, синдром Облрайта, эозинофильная гранулема). Курация больных. Сбор анамнеза. Сбор истории болезни. Пальпация и перкуссия органов. Участвовать в инструментальном обследовании. Изучение возможных проблем. Коллективный анализ больных. Научиться распознавать, диагностировать и дифференцировать доброкачественных опухолей. Участвовать на операции.
	Одонтогенные опухоли и опухолоподобные образования (амелобластома, одонтома, одонтогенная фиброма, цементома). Кисты челюстей. Курация больных. Сбор анамнеза. Сбор истории болезни. Пальпация и перкуссия органов. Участвовать в инструментальном обследовании. Изучение возможных проблем. Коллективный анализ больных. Научиться распознавать, диагностировать и дифференцировать доброкачественных опухолей. Участвовать на операции.
	Злокачественные опухоли челюстных костей. Реабилитация детей после удаления опухолей. Диспансеризация детей с врожденными пороками развития ЧЛЮ, опухолями и другими стоматологическими заболеваниями. Курация больных. Сбор анамнеза. Сбор истории болезни. Пальпация и перкуссия органов. Участвовать в инструментальном обследовании. Изучение возможных проблем. Коллективный анализ больных. Научиться распознавать, диагностировать и дифференцировать злокачественных опухолей. Участвовать на операции.

6. Показания по организации лабораторных работ

Лабораторные работы по предмету детской хирургической стоматологии не запланированы.

7. Самостоятельная работа студентов

7.1. Тематические планы самостоятельной работы студентов

№	Тема самостоятельных занятий	Соат
1.	Эмбриогенез ЧЛЮ. Малые аномалии развития.	3
2.	Анатомия неба. Иннервация и кровоснабжение мышц мягкого неба.	3
3.	Подготовка больных с врожденными расщелинами неба. Уход за раной после операции.	3
4.	Фистулография. Техника и показания.	3
5.	Кисты и свищи ЧЛЮ. Методы обследования свищевых ходов.	3
6.	Анатомия ВНЧС. Функциональные изменения у больных с патологиями ВНЧС. Значение ортодонтического лечения при лечении первично-костных патологий. Профилактика первично-костных патологий суставов.	3
7.	Клинические особенности доброкачественных и злокачественных опухолей ЧЛЮ у детей. Классификация опухолей.	3
8.	Пиогенная гранулема, гигантоклеточный эпюлис, дермоидная киста.	3
9.	Доброкачественные опухоли мягких тканей лица, гемангиома, лимфангиома. Лечение гемангиом биологическим методом.	3
10.	Рентгенологическая диагностика опухолей. Современные методы диагностики (УЗИ, МРТ, КТ, Ортопантомография).	3
11.	Особенности лечения кист (цистотомия, цистэктомия).	3
12.	Ретикулосаркома	2
Всего:		35

8. Перечень практических навыков

Проведение фистулографии у ребенка врожденных свищей и кист.

	Этапы	Максимальный балл	Оценочные критерии	
			Правильно	Неправильно
1	Больного уложить на рентгенологический стол.	10		
2	Нагреть ампулу йодолипола.	10		
3	В свищевой ход ввести тонкий пластмассовый зонд от катетера, до упора.	10		
4	Через зонд ввести катетер	10		
5	Удалить зонд.	10		
6	В шприц набрать теплый, масляный раствор йодолипола.	10		
7	На канюлю катетера надеть шприц с йодолиполом.	10		

8	Медленными усилиями поршня шприца ввести йодолипол в катетер.	10		
9	Сделать рентгенографию свища или кисты в двух проекциях.	10		
10	Удалить катетер, наложить повязку.	10		
ВСЕГО:		100	100	55

Компактостеотомия при укороченной уздечке верхней губы у детей.

	Этапы	Максимальный балл	Оценочные критерии	
			Правильно	Неправильно
1	Провести местную инфильтрационную анестезию раствором лидокаина 2%-2мл с добавлением адреналина.	10		
2	Провести разрез слизистой V образно или Z образно в проекции уздечки верхней губы.	20		
3	Отслоить надкостницу гладилкой в виде тоннеля.	10		
4	Малый шаровидный бор погрузить на все глубину наружной кортикальной пластинки .Форма компактостеотомии линейная или в шахматном порядке.	20		
5	Лоскуты перемещают при Z образном способе, а при V образном иссечении создается рана ромбовидной формы.	20		
6	Швы кетгутом или шелком.	10		
7	Наложить давящую повязку “мышка” на кожу верхней губы.	10		
ВСЕГО:		100	100	55

Клиника болезни (синдрома) Микулича

	Этапы	Максимальный балл	Оценочные критерии	
			Правильно	Неправильно
1	Болезнь характеризуется симметричным увеличением слюнных и слезных желез	15		
2	железы плотные, увеличенные, бугристые	10		
3	железы безболезненные, кожа, покрывающая их в цвете не изменена	10		
4	из-за увеличения слезных желез верхние веки опущены	15		
5	глазные щели сужены, уменьшение количества слюны в полости рта	15		
6	болезнь может осложниться воспалительным процессом сиалоз переходит в сиалоаденит	15		
7	при сиалографии отмечается значительное увеличение границ желез	10		
8	значительное сужение выводных протоков	10		
ВСЕГО:		100	100	55

Определение объема движений ВНЧС при первично – костной патологии

	Этапы	Максимальный балл	Оценочные критерии	
			Правильно	Неправильно
1	Посадить больного в кресло, зафиксировать голову.	10		
2	Указательные и средние пальцы рук поставить впереди козелка уха с двух сторон.	10		
3	Попросить больного открыть и закрыть рот.	15		
4	Попросить больного сделать боковые движения с закрытым ртом.	10		
5	Попросить больного сделать движения с открытым ртом.	10		
6	Ввести мизинцы в наружные слуховые проходы (подушечки пальцев по направлению к суставу).	20		
7	Подушечками больших пальцев сделать опор на лоб, в области надбровных дуг.	15		
8	Попросить больного открыть и закрыть рот.	10		
	ВСЕГО:	100	100	55

Особенности доброкачественной опухоли у детей

	Этапы	Максимальный балл	Оценочные критерии	
			Правильно	Неправильно
1	чаще всего имеют капсулу.	20		
2	после радикального удаления не дают метастазов и рецидивов.	20		
3	в клиническом проявлении они могут расти агрессивно и быстро	20		
4	этот клинический признак может быть ошибочно оценен как злокачественный рост	20		
5	быстрота роста опухолей у детей может приводить к значительному распространению, в том числе и на жизненно важные области, что угрожает жизни больного.	20		
	ВСЕГО:	100	100	55

Каждый практический навык оценивается по 100-балльной системе. Проходной балл составляет не менее частично выполненных шагов от максимального балла.

8.1. Рейтинговый контроль и критерии оценки знаний, умений и навыков по дисциплине

Основным критерием качества подготовленности студента является его рейтинг, состоящий из текущей оценки, оценки промежуточного контроля и оценки итогового контроля.

100 баллов в целом по дисциплине распределены следующим образом:

№	Вид контроля	Максимальный балл	Коэффициент	Проходной балл
1.	Текущий контроль с учетом СРС	50	0,5	27,5
2.	Промежуточный контроль	20	0,2	11,0
3.	Итоговый контроль	30	0,3	16,5
	ВСЕГО	100	1	55,0

По семестрам баллы распределяются в зависимости от продолжительности изучения предмета.

Критерием оценивания практических занятий является текущая оценка, слагающаяся из контроля подготовленности студента к занятию и оценки качества выполнения задания.

Критерии оценки ТК

Критерии оценки СРС
Критерии оценки ПК
Критерии оценки ИК

9. Литература

Основная литература:

1. Колесов А.А. – Стоматология детского возраста. М., 1991г. 463 с.
2. Персин Л.С. - Стоматология детского возраста 2003г.
- 3.Харьков Л.В.Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста Год издания: 2005г.
4. Виноградова Т.Ф. – Стоматология детского возраста. М., 1987г. 425 бет.
5. By Henry B. Clark – Practical Oral Surgery. Philadelphia., 1980y.

Дополнительная литература:

1. Бернадский М.И. – Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. Киев. 2003г.
2. Бельченко В.А. Черепно-лицевая хирургия Год издания: 2006Издательство: М МИА
3. Виноградова Т.Ф.- Диспансеризация детей у стоматолога. М.,1998г.
- 4.Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н. Практическое руководство по поликлиническому разделу хирургической стоматологии Год издания: 2007 Издательство: Медицинское информационное агентство
- 5.Лукьяненко А.В. Ранения лица иллюстрированное руководство Год издания: 2003 Издательство: Москва: Медицинская книга Количество страниц: 160, с
- 6.Карапетян И.С. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи Год издания: 2004 Издательство: М.: ООО «Медицинское информационное агентство»
- 7.Колесов А.А. Новообразования лицевого скелета.М.1989г
- 8.Мальшев В. А., Б. Д. Кабаков. Переломы челюстей Год издания: 2005 Издательство: СПб.: СпецЛит
- 9.Пачес А.И.– Опухоли головы и шеи. М., 2004г.
- 10.Рабухина Н.А. – Рентгенодиагностика некоторых заболеваний зубочелюстной системы. М., 2006г.
- 11.Рогинский В.В. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области Москва 1998г.
- 12.Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Год издания: 2006 Издательство: Киев: Книга плюс
- 13.Робустова Т. Г. Одонтогенные воспалительные заболевания Год издания: 2006 Издательство: М .: ОАО «Издательство Медицина»
- 14.Соловьев М.М. Пропедевтика хирургической стоматологии Год издания: 2007 Издательство: МЕДпресс-информ

15. Супиев Т. К. Травмы челюстно-лицевой области у детей Год издания: 2003
16. Издательство: М.: МЕДпресс-информ
17. Федяев И.М., Байриков И.М., Белова Л.П., Шувалова Т.В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области Год издания: 2000
Издательство: Москва: Медицинская книга.
18. Фролова Л.Е. Классификация расщелины верхней губы и неба. Актуальные проблемы стоматологии детского возраста. М., 1974г., стр.63-65.
19. Фролова Л.Э., Махкамов Э.У. – Способы пластики твердого неба при врожденных расщелинах неба. Стоматология., 1976г., №3, стр.56-58.
20. Фролова Л.Е. Методы оперативного лечения врожденных расщелин неба. Стоматология., 1977г. №5, стр.63-65.
21. 16. McKinzie J.P., Clinical Pearls: Fever and facial swelling. Buccal cellulitis. //Acad Emerg Med .-1998.-5(4).-347 P. 368-370.
22. Clancy C., Mehra P., Wu J. Formation of a facial hematoma during endodontic therapy //J. Am. Dent. Assoc. -2000.- 131(1).-P. 67-71.
23. Интернетресурсы:
<http://www.bsmi.uz>
<http://www.detstom.uz>
<http://www.stomat-burg.ru/statc>
<http://authors.bookprice.ru/author-supiev.html>
<http://detstom.narod.ru>
<http://dentalservice.narod.ru>
<http://detstom.org.ru>
<http://itlab.anitex.by/msmi/files/st-stdv99.rtf>

6.4. Тесты

1. Анатомическое нарушение при расщелине неба
 - A) сужение евстахиевой трубы
 - B) сужение среднего отдела глотки
 - *C) расширение среднего отдела глотки
 - D) сужение слухового прохода
 - E) расширение слухового прохода
2. У новорожденного ребенка при укороченной уздечке языка нарушается акт
 - A) обоняния
 - B) дыхания
 - C) глотания
 - *D) сосания
 - E) речи
3. Какая функция чаще всего нарушается у 5 летнего ребенка при укороченной уздечке языка
 - A) дыхания
 - *B) речи
 - C) глотания
 - D) жевания-
 - E) сосания
4. Пластику укороченной уздечки языка у 7- 8 летнего ребенка про водят под
 - A) ментальной анестезией
 - B) аппликационной анестезией
 - *C) местной инфильтрационной анестезией
 - D) палатинальной анестезией
 - E) без анестезии
5. Сроки проведения операции при укороченной уздечке верхней губы и ширине диастемы 5 мм.
 - *A) после прорезывания постоянных боковых резцов
 - B) у детей до года
 - C) в 2- 3 года
 - D) в 13- 14 лет
 - E) в 3- 4 года
6. Каким способом чаще всего удлиняется уздечка языка
 - A) V образное отсечение уздечки
 - B) полным иссечением
 - *C) поперечным рассечением
 - D) вестибулопластика
 - E) свободная пересадка кожи
7. Какой шовный материал желательно использовать у детей при пластике уздечки языка
 - A) конский волос
 - B) шелк
 - *C) кетгут
 - D) капрон
 - E) леска
8. Какое сопутствующее заболевание патогенетический не связано с врожденной расщелиной верхней губы
 - *A) нефропатия
 - B) гипотрофия
 - C) анемия
 - D) рахит
 - E) дисбактериоз
9. К анатомическим нарушениям врожденной расщелины верхней губы не относятся
 - *A) нарушение сосания
 - B) дефект тканей верхней губы
 - C) укорочение верхней губы на большом фрагменте
 - D) деформация крыла носа
 - E) деформация альвеолярного отростка
10. При полной расщелине верхней губы нарушается функция
 - *A) сосания
 - B) глотания
 - C) речи
 - D) слуха
 - E) обоняния
11. Расщелина занимает красную кайму, кожу, отсутствует дно носового хода. Определите степень расщелины по Фроловой
 - *A) III Б
 - B) III А
 - C) I Б
 - D) II А
 - E) II Б

12. Что такое линия Купидона
 *А) линия, отделяющая кожу и красную кайму верхней губы
 В) граница дна носового хода
 С) латеральный край верхней губы
 D) линия перехода красной каймы в слизистую
 E) граница со слизистой нижней губы
13. Какой фрагмент укорочен при двухсторонней полной расщелине верхней губы
 *А) срединный
 В) левый боковой
 С) правый боковой
 D) красная кайма нижней губы
 E) спинка носа
14. К экзогенным факторам развития пороков лица не относится
 *А) наследственный
 В) химический
 С) биологический
 D) физический
 E) психический
15. Анатомическое образование, не являющееся одним из элементов верхней губы
 *А) боковая дуга
 В) фильтрум
 С) красная кайма
 D) линия “лук Купидона”
 E) колонки фильтрума
16. Нехарактерное функциональное нарушение при врожденной расщелине верхней губы
 *А) ринолалия
 В) затрудненное сосание
 С) нарушение мимики
 D) нарушение звукообразования
 E) нарушение дыхания
17. Какое заболевание матери во время беременности не способствует возникновению у ребенка врожденной расщелины верхней губы или неба
 *А) сиагоденит
 В) токсоплазмоз
 С) эпидемический паротит
 D) опоясывающий лишай
- Е) коревая краснуха
18. Раннюю пластику верхней губы не проводят, в связи с наличием у ребенка физиологической желтухи
 *А) с 4 по 11 день
 В) после 11- 14 дня
 С) в 2 месяца
 D) в 1 месяц
 E) в 6 месяцев
19. Операцию пластики верхней губы при двухсторонних сквозных расщелинах лучше проводить
 *А) в 2 этапа
 В) в 3 этапа
 С) в 4 этапа
 D) в 5 этапов
 E) нет правильного ответа
20. При каких расщелинах верхней губы показан метод Обуховой- Теннисона
 А) атипичных
 В) сквозных
 С) срединной расщелине верхней губы
 *D) неполных
 E) двухсторонних
21. Основные задачи хейлопластики
 *А) закрыть дефект, исправить форму носа, удлинить губу
 В) закрыть дефект, восстановить речь
 С) закрыть дефект, восстановить носовое дыхание
 D) удлинить губу, исправить прикус
 E) восстановить носовое дыхание, укоротить губу
22. Треугольный лоскут по методу Обуховой- Теннисона выкраивается
 *А) на коже малого фрагмента губы
 В) на большом фрагменте
 С) у основания перегородки носа
 D) на слизистой верхней губы
 E) на красной кайме
23. К общим осложнениям хейлопластики не относятся
 *А) расхождение швов
 В) бронхит
 С) пневмония
 D) гипертермия

Е) нарушение сердечно-сосудистой деятельности

24. К четырехугольным методам хейлопластики относятся методы

- *А) Ле-Мезурье
- В) Лимберга
- С) Обуховой
- Д) Миро
- Е) Евдокимова

25. Четырехугольный лоскут при двухсторонней хейлопластике выкраивается

- *А) на боковых фрагментах верхней губы
- В) на большом фрагменте верхней губы
- С) по переходной складке
- Д) на красной кайме
- Е) на слизистой

26. В каком возрасте проводится операция по устранению остаточной деформации носа

- *А) 14-15 лет
- В) 3-4 года
- С) 1-2 года
- Д) 6-7 лет
- Е) в 5 лет

27. Причиной расхождения краев раны после хейлопластики не может быть

- А) травма
- В) натяжение краев раны
- *С) инфильтрация тканей анестетиком
- Д) воспаление
- Е) недостаточное послойное ушивание краев раны

28. Какое осложнение после хейлопластики может мешать ортодонтическому лечению

- *А) мелкое преддверие рта
- В) деформация носа
- С) рото-носовое соустье
- Д) недостаточное удлинение верхней губы
- Е) деформация альвеолярного отростка

29. Что не рекомендуется делать после хейлопластики до снятия швов

- А) избегать травм
- *В) прикладывать ребенка к груди
- С) обрабатывать швы спиртом

Д) кормить ребенка с ложечки

Е) назначать антибиотики

30. Противопоказанием к ранней хейлопластике не является

- А) наличие у матери воспалительного процесса родовых путей
- *В) отсутствие молока у матери ребенка
- С) сопутствующие врожденные пороки развития
- Д) родовая травма
- Е) асфиксия

31. В цель операции хейлопластики не входит

- *А) полное исправление формы носа
- В) удлинение верхней губы
- С) устранение расщелины
- Д) формирование преддверия рта
- Е) устранение рото-носового соустья

32. К какой диспансерной группе относится ребенок с расщелиной верхней губы и заболеванием ЦНС

- *А) V
- В) I
- С) III
- Д) II
- Е) IV A

33. К какой диспансерной группе относится ребенок с изолированной расщелиной верхней губы

- *А) I
- В) V
- С) III
- Д) II
- Е) IV A

34. У ребенка врожденная сквозная расщелина верхней губы и неба. В каком возрасте могут быть проведены операции хейлопластика.

- *А) 4-6 месяцев
- В) 2-4 день после рождения
- С) 3 года
- Д) 5 лет
- Е) 1 год

35. В лечении, каких специалистов не нуждается ребенок с расщелиной верхней губы и неба

- *А) генетика
 В) ортодонта
 С) хирурга стоматолога
 D) логопеда
 E) педиатра
36. У ребенка имеется изолированная расщелина мягкого неба. Назовите диспансерную группу
 *А) II
 B) I
 C) III
 D) IV Б
 E) V
37. У ребенка имеется расщелина мягкого и твердого неба, доходит до резцового отверстия. Назовите степень расщепления по Фроловой
 *А) III Б
 B) II Б
 C) I А
 D) II А
 E) I Б
38. У ребенка сквозная левосторонняя расщелина неба и неба, щель в области альвеолярного отростка 5 мм. Определите степень расщепления по Фроловой
 *А) I
 B) II
 C) IV
 D) V
 E) III
39. Что такое ринолалия
 *А) гнусавость или носовой оттенок речи
 B) отсутствие речи
 C) произношение слов по слогам
 D) тугоухость
 E) отсутствие в речи гласных звуков
40. Что является анатомическим нарушением при расщелине неба
 *А) укорочение мягкого неба
 B) сужение среднего отдела глотки
 C) сужение носовых ходов
 D) сужение евстахиевой трубы
 E) расширение евстахиевой трубы
41. Тип прикуса, наиболее часто встречающийся при врожденной расщелине неба
 *А) прогения
 B) прогнатия
 C) перекрестный прикус
 D) глубокий прикус
 E) открытый прикус
42. До какого возраста проводится диспансерное наблюдение ребенка с расщелиной неба
 *А) до 15 лет
 B) до 5- 6 лет
 C) до 7- 8 лет
 D) до 3 лет
 E) до 25 лет
43. Какая ортодонтическая пластинка изготавливается новорожденным с расщелиной неба
 *А) функционально - преформирующая
 B) сближающая
 C) клапанная
 D) стягивающая
 E) изоляционная
44. Срок снятия швов после уранопластики
 *А) 10- 11 день
 B) 1- 2 день
 C) 6- 7 день
 D) 3- 4 день
 E) 15 день
45. С какой целью накладывается на рану йодоформный тампон при уранопластике
 *А) кровоостанавливающей
 B) формирующей
 C) обезболивающей
 D) дегидратационной
 E) амортизирующей
46. Признак не характерный для расщелины неба
 *А) контрактура жевательных мышц
 B) деформация верхней челюсти
 C) нарушение прикуса
 D) укорочение мягкого неба
 E) неправильное расположение зубов
47. Оптимальный срок проведения велоластики

- *А) 1 год
- В) 4- 5 лет
- С) 6- 7 лет
- Д) 10 лет
- Е) 15 лет

48. Возрастные показания к уранопластике по Лимбергу

- *А) 5- 6 лет
- В) 2- 3 года
- С) 1- 2 года
- Д) 3- 4 года
- Е) в первый год жизни

49. Наиболее типичная локализация расхождения краев раны после уранопластики

- *А) граница твердого и мягкого неба
- В) передний отдел твердого неба
- С) на всем протяжении расщелины
- Д) мягкое небо
- Е) язычок

50. В лечении какого специалиста нуждается ребенок в первую очередь, в возрасте 1 года с врожденной двухсторонней сквозной расщелиной неба III степени. Фрагменты альвеолярного отростка вплотную прилегают к сошнику

- *А) ортодонта
- В) логопеда
- С) генетика
- Д) лор
- Е) фтизиатр

51. Из скольких этапов состоит уранопластика по Лимбергу

- *А) 5
- В) 4
- С) 3
- Д) 6
- Е) 2

52. Под каким обезболиванием проводится уранопластика

- *А) эндотрахеальным наркозом
- В) масочным
- С) внутривенным
- Д) туберальной, палатинальной анестезией
- Е) инцизивальной, палатинальной анестезией

53. При каком синдроме отмечаются множественные добавочные уздечки слизистой полости рта

- *А) рото- лице- пальцевой синдром
- В) Пьера Робена
- С) Ван- дер- Вуда
- Д) Гольденхара
- Е) Хагедорн

54. Какой из пороков не относится к атипичным

- А) срединная расщелина носа
- *В) неполная расщелина верхней губы
- С) срединная расщелина нижней губы
- Д) поперечная расщелина лица
- Е) атрезия ушной раковины

55. Как называется врожденный порок, при котором происходит не сращение угла рта

- *А) поперечная расщелина лица
- В) срединная расщелина нижней губы
- С) синдром Пьера Робена
- Д) косая расщелина лица
- Е) синдром Аперта

56. Для синдрома I - II жаберных дуг характерно

- *А) врожденная патология ушной раковины
- В) наличие свища в проекции подъязычной кости
- С) наличие атаксизмов
- Д) наличие свища в надключичной области
- Е) срединная расщелина нижней губы

57. Для синдрома I- II жаберных дуг не характерно

- *А) карликовость
- В) односторонняя макростомия
- С) микроотия
- Д) недоразвитие одной половины нижней челюсти
- Е) срединная расщелина нижней губы

58. Причиной врожденного срединного свища шеи является

- *А) не редуцирование щитовидно-язычного протока
- В) не сращение нижнечелюстных бугров
- С) порок развития I жаберной дуги
- Д) порок развития II жаберной дуги

Е) срединная расщелина нижней губы

59. Самый характерный признак срединного свища

- *А) смещение свища при глотании вверх, вслед за подъязычной костью
- В) затрудненное глотание
- С) болезненность при пальпации
- Д) смещается при глотании вниз
- Е) ринолалия

60. Наиболее информативным методом при диагностике срединных и боковых кист является

- *А) УЗИ
- В) фистулография
- С) рентгенография
- Д) биопсия
- Е) сиалография

61. Лечение срединного свища заключается в

- *А) полном иссечении свища
- В) склерозировании
- С) рентгенотерапии
- Д) криодеструкции
- Е) химиотерапии

62. Боковые кисты шеи располагаются

- *А) впереди грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- В) позади грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- С) по средней поверхности шеи
- Д) в подчелюстной области
- Е) в подбородочной области

63. Где заканчивается наружное устье неполного бокового свища шеи

- *А) на коже шеи, впереди грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- В) в хрящевом отделе наружного слухового прохода
- С) в теле подъязычной кости
- Д) слепо в тканях
- Е) в теле нижнечелюстной кости

64. Под каким обезболиванием проводится операция удаления неполного бокового свища шеи

- *А) общим эндотрахеальным
- В) местным инфильтрационным

С) масочным

Д) аппликационным

Е) проводниковым

65. Срединные боковые свищи шеи по своему происхождению являются

- *А) врожденными
- В) одонтогенными
- С) травматическими
- Д) воспалительными
- Е) медикаментозными

66. К линейным методам хейлопластики относятся методы

- *А) Евдокимова, Лимберга, Милларда
- В) Ле-Мезурье
- С) Обуховой
- Д) Теннисона
- Е) Хагедорна

67. Ранняя пластика верхней губы проводится на

- А) сразу после рождения
- В) 5 день
- С) 6 день
- *Д) 2-4 день
- Е) 7-8 день

68. Дефект занимает красную кайму верхней губы. Определить степень расщепления по Фроловой

- А) II Б
- В) I А
- *С) I Б
- Д) II А
- Е) III Б

69. Оптимальным интервалом для проведения хейлопластики при двухсторонних сквозных расщелинах верхней губы является срок

- А) 15 дней
- *В) 2-2.5 месяца
- С) 1 месяц
- Д) 1 год
- Е) 2 года

70. Положительная сторона методов хейлопластики по Теннисону-Обуховой

- *А) достаточное удлинение верхней губы
- В) пересечение филтума
- С) формирование преддверия рта

- D) косметичность рубца
- E) устранение деформации носа

71. Когда можно начинать кормление ребенка, если операция проводилась под общим обезболиванием

- *A) через 2- 3 часа
- B) через 10- 12 часа
- C) через 6- 8 часов
- D) через 30 минут
- E) через 4- 6 часов

72. Когда можно начинать кормление ребенка, если операция проводилась под местным обезболиванием

- *A) через 1- 2 часа
- B) через 10- 12 часов
- C) через 6- 8 часов
- D) через 4- 6 часов
- E) через 30 минут

73. У ребенка имеется расщелина язычка, мягкого и $\frac{1}{2}$ твердого неба. Поставьте степень расщепления по Фроловой и назовите диспансерную группу

- *A) III, а степень, III диспансерная группа
- B) I A, II
- C) II A, III
- D) II B, I
- E) II B, III

74. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно- нижнечелюстного сустава слева левый угол рта

- A) опущен
- *B) приподнят
- C) симметричен с правым
- D) нет правильных ответов
- E) все ответы правильные

75. Первичная частичная адентия является одним из симптомов врожденной расщелины верхней губы

- *A) эктодермальной дисплазии
- B) гемифациальной микросомии
- C) синдрома Пьера- Робена
- D) синдрома Аперта
- E) нет правильных ответов

76. Предушные кожно- хрящевые рудименты являются симптомом

- *A) синдрома Гольденхара

- B) синдрома Ван-дер-Вуда
- C) синдрома Олбрайта
- D) херувизма
- E) нет правильных ответов

77. Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются

- *A) врожденными
- B) одонтогенными
- C) травматическими
- D) онкологическими
- E) воспалительными

78. Боковая киста шеи локализуется

- A) по средней линии шеи
- B) в подподбородочной области
- C) в поднижнечелюстной области
- D) по переднему краю m. trapezius
- *E) в средней трети шеи, по переднему краю m. Sternocleidomastoideus

79. Срединная киста шеи локализуется

- A) по средней линии шеи
- *B) над щитовидным хрящем
- C) в области яремной вырезки
- D) в поднижнечелюстной области
- E) по переднему краю m. Trapezius

80. Внутреннее отверстие бокового свища шеи открывается

- A) в носоглотке
- B) в щечной области
- C) в подъязычной области
- D) в поднижнечелюстной области
- *E) в области верхнего полюса миндалины

81. Наружное отверстие бокового свища шеи располагается

- A) в носоглотке
- B) в щечной области
- C) в подъязычной области
- D) в области корня языка
- *E) в поднижнечелюстной области

82. Для подтверждения диагноза "боковая киста шеи" проводится исследование

- A) биохимическое
- *B) цитологическое
- C) радиоизотопное
- D) реакция Вассермана
- E) динамики тимоловой пробы

83. Для подтверждения диагноза "боковой свищ шеи" проводится исследование

- A) цитологическое
- B) радиоизотопное
- C) реакция Вассермана
- D) динамики тимоловой пробы
- *E) контрастная фистулография

84. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид

- A) гноя
- B) лимфы
- C) крови
- D) мутной жидкости
- *E) прозрачной опалесцирующей жидкости

85. Основным методом лечения врожденных кист и свищей шеи является

- A) криотерапия
- B) химиотерапия
- C) лучевая терапия
- D) динамическое наблюдение
- *E) оперативное вмешательство

86. При иссечении срединного свища шеи необходимо резецировать

- A) щитовидный хрящ
- B) небную миндалину
- *C) участок подъязычной кости
- D) подчелюстную слюнную железу
- E) проток подчелюстной слюнной железы

87. Основным методом лечения врожденных свищей шеи является их

- A) перевязка
- *B) иссечение
- C) прошивание
- D) криодеструкция
- E) склерозирование

88. Боковой свищ шеи располагается в области

- A) щитовидной артерии
- B) общей сонной артерии
- C) лицевой артерии и вены
- D) лицевой вены и верхней щитовидной артерии
- *E) внутренней яремной вены и наружной сонной артерии

89. Боковая киста шеи располагается

- A) над щитовидной артерией
- B) над лицевой артерией и веной
- C) над подключичной артерией и веной
- *D) над бифуркацией общей сонной артерии
- E) над лицевой веной и верхней щитовидной артерией

90. Типичным оперативным доступом для удаления боковой кисты шеи является разрез

- A) в надключичной области
- B) по переднему краю m. trapezius
- C) по переднему краю жевательной мышцы
- *D) горизонтально по верхней шейной складке
- E) нет правильных ответов

91. Наиболее грозным осложнением во время удаления боковой кисты шеи является

- A) парез лицевого нерва
- B) перелом подъязычной кости
- *C) повреждение крупных сосудов шеи
- D) травма околоушной слюнной железы
- E) нет правильных ответов

92. Наиболее грозным осложнением после удаления срединных свищей шеи (реже кист) является

- A) парез лицевого нерва
- B) парез голосовых связок
- C) перелом подъязычной кости
- D) травма околоушной слюнной железы
- *E) стеноз верхних дыхательных путей

93. Основной причиной вывихов нижней челюсти является

- A) артрит ВНЧС
- B) нижняя макрогнатия
- C) снижение высоты прикуса
- D) глубокое резцовое перекрытие
- *E) слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС

94. Основной причиной вывихов нижней челюсти является

- A) артрит ВНЧС
- B) нижняя макрогнатия
- C) снижение высоты прикуса
- D) глубокое резцовое перекрытие

*Е) снижение высоты суставного бугорка

95. Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти

А) слезотечение

В) снижение высоты прикуса

*С) невозможность сомкнуть зубы

Д) ограничение подвижности нижней челюсти

Е) нет правильных ответов

96. Лечение при вывихе нижней челюсти заключается

А) в иммобилизации

В) в резекции суставного бугорка

С) в прошивании суставной капсулы

Д) в резекции мышечных отростков нижней челюсти

*Е) во введении суставной головки в суставную впадину

97. Причиной острого неспецифического артрита ВНЧС является

А) актиномикоз

*В) острая травма

С) околоушный гипергидроз

Д) хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии

Е) нет правильных ответов

98. Врожденные расщелины верхней губы формируются в период развития эмбриона человека

*А) 3- 6 недели

В) 11- 12 недели

С) во второй половине эмбриогенеза

Д) нет правильных ответов

Е) все ответы правильные

99. Тератогенные факторы могут вызвать формирование врожденной расщелины неба в период эмбриогенеза

*А) первые 6 недель

В) 16- 18- я недели

С) 24- 28- я недели

Д) нет правильных ответов

Е) все ответы правильные

100. Медико- генетическое консультирование рекомендуется родственникам больного и больному с диагнозом

А) вторичный деформирующий остеоартроз височно- нижнечелюстного сустава

*В) неполная расщелина мягкого неба

С) остеомы верхней челюсти

Д) нет правильных ответов

Е) все ответы правильные

101. К обязательным анатомическим нарушениям, имеющим место при врожденной неполной расщелине верхней губы, относится

А) деформация кожно- хрящевого отдела носа

В) ринолалия

*С) укорочение верхней губы

Д) нет правильных ответов

Е) все ответы правильные

102. При врожденной расщелине верхней губы хирургическое лечение рекомендуется проводить в возрасте ребенка

А) 2- 4 дня

В) 11- 12 дней

С) 1- 2 месяца

*Д) 4- 6 месяцев

Е) 1- 2 года

103. Независимо от вида врожденной расщелины мягкого и твердого неба обязательным является нарушение функции

А) приема пищи

*В) речи

С) дыхания

Д) нет правильных ответов

Е) все ответы правильные

104. Ортодонтическое лечение детям с врожденной расщелиной мягкого и твердого неба рекомендуется начинать

*А) до операции

В) по окончании хирургического лечения

С) во время операции

Д) нет правильных ответов

Е) все ответы правильные

105. При врожденных расщелинах неба занятия с логопедом рекомендуется начинать

*А) до операции

- В) по окончании хирургического лечения
- С) во время операции
- Д) нет правильных ответов
- Е) все ответы правильные

106. Врожденный предушный свищ осложняет

- А) кровоточивость
- *В) воспаление
- С) озлокачествление
- Д) нарушение слуха
- Е) не вызывает осложнений

107. К врожденным нельзя отнести

- *А) папиллому слизистой нижней губы
- В) недоразвитие нижней челюсти
- С) частичную адентию
- Д) короткую уздечку языка
- Е) ретенционную кисту малой слюнной железы

108. Дети с врожденными расщелинами верхней губы и неба должны лечиться

- А) у хирурга- стоматолога
- В) у хирурга- стоматолога и ортодонта
- С) у хирурга- стоматолога детского и логопеда
- Д) у педиатра и хирурга- стоматолога детского
- *Е) у группы специалистов в центрах диспансеризации данного профиля

109. Прямым показанием к удалению сверхкомплектного зуба служит

- А) определение его наличия методом рентгенографии
- В) несоответствие формы коронки сверхкомплектного зуба
- С) групповой принадлежности (резцам)
- Д) несоответствие степени сформированности зуба возрасту ребенка
- *Е) задержка прорезывания или дистония комплектного зуба

110. Укажите метод лечения боковых, средних кист и свищей шеи

- А) лучевая терапия
- *В) оперативное хирургическое вмешательство
- С) комплексное лечение, включающее хирургическое вмешательство с последующей лучевой и химиотерапией

- Д) диатермокоагуляция
- Е) криовоздействие

111. Чем объяснить, что дети с врожденными расщелинами губы и неба чаще всего болеют простудными воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей и легких?

- А) наличием расщелины
- В) деформацией челюстных костей
- С) функциональными нарушениями вскармливания
- *Д) нарушениями функции дыхания
- Е) не болеют простудными заболеваниями чаще других

112. Хирургическое лечение врожденной полной расщелины, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба у ребенка чаще всего проводится

- А) в грудном возрасте
- В) в период новорожденности
- С) в младшем школьном возрасте
- *Д) в дошкольном возрасте
- Е) в старшем школьном возрасте

113. Оптимальным для хейлопластики является

- *А) грудной возраст
- В) преддошкольный возраст
- С) дошкольный возраст
- Д) школьный возраст
- Е) период новорожденности

114. Проводить хирургическое лечение ребенка с врожденной расщелиной губы и неба лучше всего

- А) в условиях поликлиники
- В) в общехирургическом стационаре
- С) в детских хирургических отделениях
- *Д) в специализированных детских стоматологических стационарах
- Е) не имеет значения

115. Врожденные расщелины верхней губы формируются

- А) на 1-й неделе беременности
- В) на 1-м триместре беременности
- *С) во 2-м триместре беременности
- Д) в 3-м триместре беременности
- Е) на последнем месяце беременности

116. Причиной асимметрии лица при вторичном деформирующем остеоартрозе височно- нижнечелюстного сустава с одной стороны является
А) парез лицевого нерва
В) межмышечная гематома
*С) недоразвитие половины нижней челюсти
D) чрезмерное развитие половины нижней челюсти
E) гемигипертрофия жевательной мышцы

117. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно- нижнечелюстного сустава с одной стороны средняя линия подбородка смещена в сторону
*А) поражения сустава
В) противоположную поражению
С) чрезмерное развитие половины нижней челюсти
D) нет правильных ответов
E) все ответы правильные

118. Основными задачами пластики при врожденной расщелине верхней губы является устранение
А) выворота крыла носа
В) рубцовой деформации
С) искривления перегородки носа
*D) дефекта губы и деформации крыла носа
E) дефект нёба

119. Для предупреждения сужения носового хода после операции по поводу врожденной расщелины верхней губы используют
А) марлевую турунду
В) коллодийную повязку
С) пенопластовый вкладыш
*D) пластмассовый вкладыш
E) дефект нёба

120. Причиной острого неспецифического артрита ВНЧС является
А) актиномикоз
*В) острая травма
С) околоушный гипергидроз
D) хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии
E) нет правильного ответа

121. Причиной хронического неспецифического артрита ВНЧС является
А) актиномикоз
В) острая травма
С) околоушный гипергидроз
*D) хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии
E) нет правильного ответа

122. Причиной острого неспецифического артрита ВНЧС является
А) актиномикоз
*В) ревматическая атака
С) околоушный гипергидроз
D) хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии
E) нет правильного ответа

123. Причиной обострения хронического неспецифического артрита ВНЧС является
А) актиномикоз
В) околоушный гипергидроз
С) распространение инфекции из окружающих тканей
*D) хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии
E) нет правильного ответа

124. Причиной специфического артрита ВНЧС является
*А) актиномикоз
В) ревматическая атака
С) околоушный гипергидроз
D) хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии
E) нет правильного ответа

125. Причиной специфического артрита ВНЧС является
*А) туберкулез
В) ревматическая атака
С) околоушный гипергидроз
D) хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии
E) нет правильного ответа

126. Причиной специфического артрита ВНЧС является
*А) сифилис
В) ревматическая атака
С) околоушный гипергидроз

- D) хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии
- E) нет правильного ответа

127. Характерные симптомы острого артрита ВНЧС в начальной стадии

- A) тризм жевательных мышц
- B) околоушный гипергидроз
- *C) боль, ограничение открывания рта
- D) боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в ВНЧС
- E) нет правильного ответа

128. Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать

- *A) с острым отитом
- B) с острым верхнечелюстным синуситом
- C) с околоушным гипергидрозом
- D) с переломом верхней челюсти
- E) с флегмоной поднижнечелюстной области

129. Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать

- A) с острым верхнечелюстным синуситом
- B) с околоушным гипергидрозом
- C) с переломом верхней челюсти
- D) с флегмоной поднижнечелюстной области
- *E) с переломом мышцелкового отростка нижней челюсти

130. Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать

- A) с острым верхнечелюстным синуситом
- B) с околоушным гипергидрозом
- C) с переломом верхней челюсти
- D) с флегмоной поднижнечелюстной области
- *E) с флегмоной околоушно-жевательной области

131. В комплекс мероприятий при лечении хронического неспецифического артрита ВНЧС входят

- A) химиотерапия, иглотерапия
- *B) физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой ВНЧС
- C) физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация
- D) физиотерапия, удаление мышцелкового отростка, разгрузка и покой ВНЧС

- E) химиотерапия, физиотерапия

132. Ведущим симптомом анкилоза ВНЧС является

- A) шум в ушах
- B) нарушение глотания
- C) множественный кариес
- D) выраженный болевой симптом
- *E) резкое ограничение подвижности нижней челюсти

133. Основной причиной развития анкилоза ВНЧС является

- *A) артрит
- B) опухоль
- C) мастоидит
- D) околоушный гипергидроз
- E) целлюлит околоушно-жевательной области

134. Основной причиной развития анкилоза ВНЧС является

- A) опухоль
- B) мастоидит
- C) околоушный гипергидроз
- D) целлюлит околоушно-жевательной области
- *E) травма мышцелковых отростков нижней челюсти

135. Основной причиной развития анкилоза ВНЧС является

- A) опухоль
- B) мастоидит
- C) околоушный гипергидроз
- *D) остеомиелит нижней челюсти
- E) целлюлит околоушно-жевательной области

136. Форма анкилоза ВНЧС

- A) гнойный
- *B) фиброзный
- C) слипчивый
- D) катаральный
- E) атрофический

137. Форма анкилоза ВНЧС

- *A) костный
- B) гнойный
- C) слипчивый
- D) катаральный
- E) атрофический

138. Ведущим симптомом клиники двухстороннего костного анкилоза ВНЧС является

- А) шум в ушах
- В) нарушение глотания
- С) множественный кариес
- Д) выраженный болевой симптом
- *Е) полное отсутствие движений нижней челюсти

139. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза ВНЧС является

- А) миография
- В) аудиометрия
- С) биохимия крови
- *Д) компьютерная томография
- Е) электроодонтодиагностика

140. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется

- А) нижней макрогнатией
- В) верхней микрогнатией
- С) верхней ретрогнатией
- *Д) профилем «птичьего» лица
- Е) несимметрично- гипертрофированными жевательными мышцами

141. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется

- А) нижней макрогнатией
- В) верхней микрогнатией
- С) верхней ретрогнатией
- Д) несимметрично- гипертрофированными жевательными мышцами
- *Е) уплощением и укорочением тела и ветви нижней челюсти на больной стороне

142. Рентгенологическая картина костного анкилоза ВНЧС характеризуется

- А) прерывистой суставной щелью
- *В) сплошным костным конгломератом
- С) четко контурируемыми элементами суставных структур
- Д) нет правильного ответа
- Е) все ответы правильны

143. Основной метод лечения больных с костным анкилозом ВНЧС

- А) физиотерапия
- *В) хирургический
- С) консервативный
- Д) ортопедический
- Е) ортодонтический

144. Лечение фиброзного анкилоза ВНЧС заключается

- *А) в редрессации
- В) в физиотерапии
- С) в артропластике
- Д) в создании ложного сустава
- Е) в остеотомии нижней челюсти

145. Лечение костного анкилоза ВНЧС заключается

- А) в редрессации
- В) в физиотерапии
- *С) в создании ложного сустава
- Д) в остеотомии нижней челюсти
- Е) нет правильного ответа

146. Лечение костного анкилоза ВНЧС заключается

- А) в редрессации
- В) в физиотерапии
- *С) в артропластике
- Д) в остеотомии нижней челюсти
- Е) нет правильного ответа

147. К обязательным анатомическим нарушениям, имеющим место при врожденной неполной расщелине верхней губы, относится

- А) деформация кожно- хрящевого отдела носа
- В) ринолалия
- *С) укорочение верхней губы
- Д) удлинение верхней губы
- Е) нет правильных ответов

148. При врожденной расщелине верхней губы хирургическое лечение рекомендуется проводить в возрасте ребенка

- А) 2- 4 дня
- В) 11- 12 дней
- С) 1- 2 месяца
- *Д) 4- 6 месяцев
- Е) 1- 2 года

149. Независимо от вида врожденной расщелины мягкого и твердого неба обязательным является нарушение функции

- A) приема пищи
- *B) речи
- C) сосания
- D) нет правильных ответов
- E) все ответы правильны

150. Ортодонтическое лечение детям с врожденной расщелиной мягкого и твердого неба рекомендуется начинать

- *A) до операции
- B) по окончании хирургического лечения
- C) после операции
- D) нет правильных ответов
- E) все ответы правильны

151. Наиболее достоверным дифференциально- диагностическим признаком хронического гиперпластического остеомиелита и опухоли челюстных костей служит:

- A) наличие в анамнезе одонтогенного воспаления в исследуемой области
- B) результат пробной противовоспалительной терапии
- C) рентгенологическая характеристика
- *D) данные морфологического исследования ткани
- E) изменения общего анализа крови

152. Опухоль, состоящая из зрелой волокнистой ткани:

- *A) фиброма
- B) липома
- C) дермоидная киста
- D) миксома
- E) хондрома

153. Опухоль, состоящая из обычной зрелой жировой ткани:

- A) дермоидная киста
- B) фиброма
- C) атерома
- *D) липома
- E) миксома

154. Характерный симптом для фиброматоза дёсен:

- *A) бугристое плотное разрастание дёсен с двух сторон
- B) мягкое грибовидное образование
- C) рыхлое болезненное кровоточащее образование десны
- D) плотный болезненный инфильтрат в области нескольких зубов
- E) образование на ножке огненно-красного цвета

155. Доброкачественная опухоль на ножке, развивающаяся из многослойного плоского эпителия:

- A) дермоидная киста
- B) фиброма
- C) миксома
- *D) папиллома
- E) эпулис

156. Образование слизистой щеки, на узком основании с белесоватой ворсинчатой поверхностью.

- A) фиброма
- *B) папиллома
- C) липома
- D) миксома
- E) бородавчатый предрак

157. Лечение папилломы:

- *A) иссечение вместе с подслизистым слоем
- B) склерозирующая терапия
- C) удаление опухоли вместе с капсулой
- D) лучевая терапия
- E) резекция с окружающими мягкими тканями

158. Опухоль, состоящая из зрелой волокнистой ткани:

- A) липома
- *B) фиброма
- C) дермоидная киста
- D) миксома
- E) хондрома

159. Опухоль, состоящая из обычной зрелой жировой ткани:

- A) дермоидная киста
- B) фиброма
- C) атерома
- *D) липома
- E) миксома

160. Лечение липомы:

- А) рассасывающая терапия
- В) криодеструкция
- *С) вылушивание опухоли вместе с капсулой
- Д) отсасывание содержимого опухоли
- Е) резекция опухоли

161. Характерный симптом для фиброматоза дёсен:

- *А) бугристое плотное разрастание дёсен с двух сторон
- В) мягкое грибовидное образование
- С) рыхлое болезненное кровоточащее образование десны
- Д) плотный болезненный инфильтрат в области нескольких зубов
- Е) образование на ножке огненно-красного цвета

162. Лечение фибромы:

- А) электрокоагуляция
- В) криодеструкция
- *С) удаление опухоли в пределах здоровой ткани
- Д) поэтапное иссечение патологической ткани до кости
- Е) склерозирующая терапия

163. Грибовидное разрастание грануляционной ткани, богатое сосудами, огненно-красного цвета, легко кровоточит.

- А) папиллома
- В) липома
- *С) пиогенная гранулёма
- Д) рабдомиома
- Е) гигантоклеточный эпюлис

164. Основным методом лечения фиброматоза десен является

- А) химиотерапия
- В) лучевая терапия
- С) все ответы верны
- *Д) иссечение новообразования вместе с надкостницей
- Е) криодеструкция

165. Фиброзный эпюлис характеризуется

- А) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

В) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны

С) ограниченным участком ороговения десны

- *Д) плотным безболезненным образованием на широком основании
- Е) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

166. Ангиоматозный эпюлис характеризуется

- *А) рыхлым безболезненным кровоточащим образованием десны красного цвета
- В) ограниченным участком ороговения десны
- С) плотным безболезненным образованием на широком основании
- Д) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- Е) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

167. Рентгенологическая картина фиброзного эпюлиса:

- А) мелкие секвестры
- В) резорбция кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении
- *С) отсутствием костных изменений в области эпюлиса
- Д) наличием крупных секвестров
- Е) очаговой деструкцией губчатого вещества челюсти в области соседних зубов

168. Основным методом лечения фиброзного эпюлиса является

- А) криодеструкция
- *В) иссечение новообразования
- С) лучевая терапия
- Д) склерозирование
- Е) химиотерапия

169. Липома - это опухоль:

- *А) из зрелой жировой ткани
- В) фибробластического происхождения
- С) из кровеносных сосудов
- Д) из периферических нервов
- Е) из зрелой фиброзной ткани

170. Содержимое дермоидной кисты:

- А) прозрачная жидкость с большим количеством кристаллов
- В) кашицеобразная масса, содержащая большое количество эпителиальных клеток
- С) мутная тягучая жидкость желтоватого цвета
- *D) кашицеобразная масса, содержащая продукты салных и потовых желёз, клетки слущенного эпителия, волосы
- Е) желтовато- белая масса, состоящая из участков типичных жировых клеток, между которыми проходят прослойки соединительной ткани

171. Лечение дермоидной кисты

- А) электрокоагуляция
- В) криодеструкция
- *С) цистэктомия
- Д) химиотерапия
- Е) склерозирование

172. Опухоли, почти не встречающиеся у детей:

- А) мезенхимальные
- *В) эпителиальные (рак)
- С) соединительнотканнные
- Д) смешанные
- Е) нейрогенные

173. Опухоли и опухолеподобные образования челюстных костей возникает чаще у детей:

- А) в любом возрасте
- В) до 1 года
- С) от 2 до 5 лет
- *D) 7- 12 лет
- Е) 12- 16 лет

174. К онкологической настороженности относится:

- *А) выявление ранних признаков опухолей
- В) химиотерапевтическое лечение
- С) комплексное лечение
- Д) лучевая терапия
- Е) раннее хирургическое лечение

175. Наиболее информативный метод диагностики одонтогенных кист у детей:

- А) цитологическое исследование
- *В) рентгенография
- С) ЭОД

- Д) пункция
- Е) УЗИ

176. Опухоли у детей большей частью по происхождению являются

- А) скрытыми
- В) приобретёнными
- *С) дизонтогенетическими
- Д) наследственными
- Е) смешанным

177. К особенностям опухолей у детей не относятся:

- *А) частое озлокачествление
- В) спонтанная регрессия
- С) быстрый рост
- Д) семейный характер
- Е) гормональная зависимость

178. Опухоль, не имеющая семейную предрасположенность:

- А) нейрофиброматоз
- В) фиброматоз дёсен
- *С) кисты челюстей
- Д) херувизм
- Е) гемангиома

179. К основным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза "злокачественное новообразование челюстно- лицевой области" у детей относится

- А) ангиографический
- В) биохимический
- С) рентгенологический
- *D) гистологический
- Е) иммунологический

180. Что такое паллиативное лечение:

- *А) лечение, дающее временное улучшение и не устраняющее причину заболевания
- В) лечение, направленное на полное излечение больного
- С) регионарная внутриартериальная химиотерапия
- Д) сочетание лучевой и химиотерапии
- Е) удаление опухоли вместе с регионарными лимфатическими узлами

181. Проявление отдельных видов опухолей у детей зависит от:

- A) питания
- B) иммунитета
- *C) периода, возраста
- D) времени года
- E) внешней среды

182. Какие новообразования преобладают у детей:

- A) нейrogenные
- *B) мезенхимальные
- C) соединительнотканые
- D) эпителиальные (рак)
- E) смешанные

183. При новообразованиях ЧЛЮ какой метод исследования у детей в раннем возрасте не применяется

- A) гистологический
- B) ЯМР
- *C) сиалография
- D) УЗИ
- E) пункция

184. Что не входит в понятие онкологической настороженности:

- *A) лечение и реабилитация детей с опухолями
- B) знание симптоматики опухолей у детей
- C) тщательное обследование ребенка во время любого осмотра с учетом возможности обнаружения опухоли
- D) быстрое направление ребенка к онкологу при подозрении на опухоль
- E) исключение у ребенка опухоли при любом необычном течении заболевания

185. При каком новообразовании в период полового созревания происходит оссификация патологических очагов

- A) остеобластокластома
- B) амелобластома
- C) мягкая одонтома
- D) хондрома
- *E) херувизм

186. Исключите форму, не относящуюся к гемангиоме

- *A) кистозная
- B) капиллярно-кавернозная
- C) гипертрофическая капиллярная
- D) ветвистая
- E) телеангиоэктазия

187. При какой форме гемангиомы поражаются все ткани лица

- A) гемангиоэндотелиома
- B) капиллярная
- *C) кавернозная
- D) гипертрофическая капиллярная
- E) ветвистая

188. Сколько мл спирта можно вводить детям 1- 5 лет при склерозировании гемангиом одновременно:

- A) не более 0,5 мл
- *B) не более 5 мл
- C) не более 30 мл
- D) не более 10 мл
- E) не более 1 мл

189. Метод, не применяемый при лечении гемангиом:

- *A) химиотерапия
- B) криодеструкция
- C) хирургическое иссечение
- D) склерозирование
- E) лучевая терапия

190. Признак не характерный для лимфангиомы:

- A) наличие пузырьковых высыпаний на слизистой оболочке с серозным содержимым
- B) появляется с рождения или в раннем возрасте
- C) склонность к воспалению
- *D) склонность к метастазированию
- E) инфильтративный рост

191. Метод лечения применяемый при гемангиоме:

- A) магнитотерапия
- B) химиотерапия
- *C) склерозирование
- D) иммунотерапия
- E) УВЧ терапия

192. Симптом характерный для кавернозной гемангиомы:

- *A) симптом наполнения
- B) крепитация
- C) флюктуация
- D) наличие свища
- E) частое воспаление

193. Основной метод лечения капиллярной гемангиомы:

- A) электрорезекция, химиотерапия
- *B) криодеструкция, лазерокоагуляция
- C) прошивание, электрорезекция
- D) химиотерапия, лучевое воздействие
- E) лучевое воздействие, электрорезекция

194. Основной метод лечения кавернозной гемангиомы:

- *A) склерозирование с последующим иссечением
- B) электрорезекция
- C) лучевая терапия
- D) криодеструкция
- E) гормональная терапия

195. Основной клинической особенностью лимфангиомы является:

- *A) склонность к воспалению
- B) боль при пальпации
- C) наличие флеболитов
- D) изменение кожи в цвете
- E) пульсация

196. Для нейрофиброматоза характерно:

- A) четкая граница опухоли
- B) воспаление опухоли
- *C) кофейные пятна на теле
- D) пульсация над опухолью
- E) опухоль плотная, подвижная

197. Признаки озлокачествления невуса:

- A) быстрый рост опухоли
- B) изменение окраски
- C) изъязвление
- *D) все ответы верны
- E) зудящая боль

198. Основной метод лечения лимфангиомы:

- A) прошивание
- *B) иссечение
- C) лучевая терапия
- D) химиотерапия
- E) криодеструкция

199. Основной метод лечения невуса:

- *A) иссечение
- B) лучевая терапия
- C) склерозирование

D) УВЧ терапия

E) прошивание опухоли

200. Лечение, проводимое при обширных кавернозных гемангиомах у детей:

- A) прошивание
- B) криодеструкция
- C) электрокоагуляция
- *D) комбинированное
- E) лучевая терапия

201. Клинические признаки капиллярной гемангиомы сходны

- A) с фибромой
- B) с липомой
- *C) с невусом
- D) с папилломой
- E) с дермоидной кистой

202. В толще какой доброкачественной опухоли определяются плотные болезненные тяжи.

- A) лимфангиома
- B) невус
- C) эозинофильная гранулема
- *D) нейрофиброматоз
- E) синдром Олбрайта

203. Какие дополнительные методы исследования проводятся при нейрофиброматозе.

- A) компьютерная томография
- B) рентгенография
- C) биопсия
- *D) все ответы верны
- E) УЗИ

204. Методы лечения нейрофиброматоза

- *A) хирургическое поэтапное иссечение
- B) все ответы верны
- C) криодеструкция и полное хирургическое иссечение
- D) комбинированное лечение
- E) электрокоагуляция

205. Дополнительные методы исследования при диф.диагностике гемангиомы мягких тканей

- A) рентген
- B) термометрия, рентген
- C) рентген, биопсия
- D) реография, биопсия

- *Е) УЗИ, пункция
206. Методы применяемые при лечении гемангиом:
- А) лучевая терапия
 - В) криодеструкция
 - С) хирургическое иссечение
 - *D) все ответы верны
 - Е) склерозирование
207. Криодеструкцию гемангиом у детей проводят с помощью:
- А) раствором хлористого кальция
 - В) 10% р-ром сернокислой магнезии
 - *С) жидким азотом
 - Д) серной кислотой
 - Е) 1% раствором соляной кислоты
208. Какая форма гемангиомы может прорасти в ткани слюнных желез, нарушая ее структуру и функции.
- А) телеангиэктазия
 - *В) кавернозная
 - С) гипертрофическая капиллярная
 - Д) капиллярная
 - Е) ветвистая
209. Злокачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является
- А) мономорфная аденома
 - В) лимфаденома
 - С) полиморфная аденома
 - *D) цилиндрома
 - Е) гемангиома слюнной железы
210. Особенностью полиморфной аденомы является
- А) раннее метастазирование
 - *В) нет правильного ответа
 - С) ранний распад опухоли
 - Д) цикличное течение
 - Е) частое воспаление
211. Синоним смешанной опухоли
- *А) полиморфная аденома
 - В) мукоэпидермоидная опухоль
 - С) цилиндрома
 - Д) мономорфная аденома
 - Е) ацинозно-клеточная опухоль
212. Полиморфная аденома чаще локализуется в
- А) подъязычных слюнных железах
 - *В) околоушных слюнных железах
 - С) поднижнечелюстных слюнных железах
 - Д) малых железах твердого неба
 - Е) малых железах мягкого неба
213. Признак не характерный для полиморфной аденомы
- А) не прорастает в окружающие ткани
 - В) растет медленно
 - *С) склонность к рецидивам
 - Д) имеет фиброзную капсулу
 - Е) не дает метастазы
214. Чем характеризуется мономорфная аденома:
- *А) при микроскопии наличием железистого и лимфоидного компонента
 - В) воспалением железы
 - С) наличием атипичных клеток в железе
 - Д) прорастанием в кость
 - Е) нарушением кровоснабжения железы
215. Аденокарцинома является:
- *А) злокачественной опухолью слюнных желез
 - В) доброкачественной опухолью слюнных желез
 - С) опухолеподобным образованием слюнных желез
 - Д) доброкачественной опухолью лимфатических узлов вокруг железы
 - Е) доброкачественной опухолью слезной железы
216. В основе развития ретенционных кист малых слюнных желез лежит
- А) воспаление слюнных желез
 - В) слюнокаменная болезнь
 - С) хронический периодонтит зубов
 - *D) травма выводного протока
 - Е) различные врожденные пороки
217. Осложнением после удаления опухоли околоушной слюнной железы может быть:
- А) глоссалгия
 - *В) слюнной свищ
 - С) парез мышц языка
 - Д) неврит ментального нерва
 - Е) парестезия

218. Основным методом лечения полиморфной аденомы:

- *А) хирургический
- В) лучевая терапия
- С) электрорезекция
- Д) химиотерапия
- Е) физиотерапевтический

219. Ранним осложнением удаления опухоли околоушной слюнной железы может быть:

- А) парез мышц языка
- В) ксеростомия
- *С) парез мимической мускулатуры
- Д) неврит ментального нерва
- Е) глоссалгия

220. Смешанная опухоль слюнных желез называется:

- А) цилиндрома
- *В) полиморфная аденома
- С) мономорфная аденома
- Д) мукоэпидермоидная опухоль
- Е) аденолимфома

221. Метод лечения применяемый при цилиндроме.

- *А) комбинированный
- В) рентгенотерапия
- С) лучевая терапия
- Д) хирургический
- Е) химиотерапия

222. Метод лечения кист малых слюнных желез на губе:

- А) электрорезекция
- В) цистотомия
- С) криодеструкция
- *Д) цистэктомия
- Е) склерозирование

223. На рентгенограмме определяется овальный участок деструкции кости и различные формы и толщины костных перекладин придающие ему сетчатый рисунок.

- *А) миксома
- В) составная одонтома
- С) остеома
- Д) цементома
- Е) хондрома

224. Дифференциальный диагноз миксомы проводят с:

- А) цементомой
- В) одонтомой
- *С) адамантиномой
- Д) остеомой
- Е) хондромой

225. Метод лечения миксомы челюстей:

- *А) хирургическое (резекция в пределах здоровой кости)
- В) хирургическое (поэтапное удаление опухоли)
- С) рентгенотерапия
- Д) химиотерапия
- Е) склерозирование

226. К костеобразующим опухолям относится:

- А) остеобластокластома
- В) гемангиома
- С) амелобластома
- *Д) остеома
- Е) хондрома

227. Гистологически наличие гигантских многоядерных клеток характерно для:

- А) нейрофиброматоза
- В) одонтомы
- С) гемангиомы
- *Д) остеобластокластомы
- Е) остеомы

228. При остеоме челюстей используется метод лечения:

- А) резекция нижней челюсти отступая от видимых границ опухоли на 1 см
- *В) удаление опухоли в пределах здоровых тканей при нарушении функций
- С) лучевая терапия
- Д) комбинированное лечение
- Е) склерозирование

229. Остеобластокластома - это

- *А) доброкачественная опухоль челюстей, состоящая из двух видов клеток: остеобластов и остеокластов
- В) название процесса в челюсти, сопровождающееся резорбцией костной ткани

- С) название процесса в челюсти, сопровождающееся продукцией костной ткани
D) собирательное понятие, характеризующее деструктивные процессы в челюстях
E) все ответы верны

230. Синоним гигантоклеточной опухоли

- A) цилиндрома
B) серая опухоль
*C) бурая опухоль
D) красная опухоль
E) экхондрома

231. Синонимы остеобластокластомы:

- A) эозинофильная гранулема
B) адамантинома
C) фиброзная дисплазия
*D) гигантоклеточная опухоль
E) энхондрома

232. Кость утолщена, положение зубов в зоне опухоли без изменения, R – определяется множество мелких полостей, отделенных друг от друга костными перегородками различной толщиной. Поставьте диагноз

- *A) ячеистая форма остеобластокластомы
B) радикулярная киста
C) остеома
D) литическая форма остеобластокластомы
E) хондрома

233. Тактика лечения при ячеистой форме остеобластокластомы.

- A) химиотерапия
B) поэтапное иссечение
*C) радикальное хирургическое
D) лучевая терапия
E) склерозирование

234. Медленный, безболезненный рост кости челюсти. На рентгенограмме имеется интенсивное уплотнение кости, диаметром 2 см., округлой формы с гладкими контурами. Поставьте диагноз

- A) амелобластома
*B) остеома
C) остеобластокластома
D) миксома
E) хондрома

235. Дифференциальную диагностику остеомы проводят с:

- *A) фиброзной дисплазией
B) амелобластомой
C) составной одонтомой
D) фибросаркомой
E) остеосаркомой

236. Важным клиническим признаком остеогенных опухолей нижней челюсти является:

- A) появление контрактуры челюсти
B) увеличение лимфатических узлов
C) появление острой боли
*D) увеличение челюсти в объеме
E) секвестрация

237. Хондрома – это опухоль:

- *A) состоящая из зрелой хрящевой ткани
B) состоящая из зрелой костной ткани
C) опухолеподобные образования из хрящевой ткани
D) состоящая из незрелой костной ткани
E) состоящая из незрелой хрящевой ткани

238. Назовите виды хондром:

- A) губчатые и плотные
B) центральные и периферические
C) мягкая и составная
D) ячеистая и кистозная
E) поликистозная

239. Какой симптом не характерен для ячеистой формы остеобластокластомы:

- A) плотная припухлость кости
B) медленный рост
*C) зубы становятся подвижными
D) челюсть диффузно утолщена
E) кость имеет бугристую поверхность

240. Выделите не характерный симптом литической формы остеобластокластомы:

- A) боль
B) быстрый рост
*C) симптом Венсана
D) зубы смещаются и становятся подвижными
E) крепитация

241. Для остеомы характерен рост

- A) медленный рост, метастазирует гематогенным путем
 *B) медленный, безболезненный рост, без метастазирования
 C) быстрый рост, метастазирует лимфогенным путем
 D) очень быстрый рост, болезненный.
 E) медленный, болезненный рост
242. Увеличение костных опухолей у детей в возрасте 7- 12 лет объясняется:
 A) прорезыванием молочных зубов
 B) нарушением лимфооттока
 *C) активным ростом костей лица
 D) нарушением кровоснабжения кости
 E) нарушением эндокринной системы
243. Опухоль, состоящая из гигантских клеток:
 A) остеома
 B) адамантинома
 C) миксома
 *D) остеобластокластома
 E) одонтома
244. К какому опухолевидному образованию относится херувизм:
 A) эозинофильная гранулёма
 B) хондрома
 C) остеома
 *D) фиброзная дисплазия
 E) десмопластическая фиброма
245. Основным методом лечения фиброзной дисплазии является
 A) лучевая терапия
 B) комбинированное лечение
 *C) резекция, выскабливание очага
 D) химиотерапия
 E) частичная резекция
246. Опухольподобное образование характеризующееся следующими симптомами: генерализованный язвенно-некротический гингивит, длительно не заживающие язвы, рассасывание межзубных перегородок, подвижность зубов 3- 4 степени.
 A) фиброматоз десен
 B) остеогенная саркома
 C) адамантинома
 *D) эозинофильная гранулема

- E) фиброзная дисплазия
247. Для какого заболевания характерно симметричное двустороннее утолщение одной или обеих челюстей:
 A) синдром Олбрайта
 B) нейрофиброматоз
 *C) херувизм
 D) эозинофильная гранулёма
 E) амелобластома
248. Опухольподобное образование характеризующееся поражением многих костей, на рентгенограмме множественные кистозные просветления различных размеров и форм, пятна на коже, раннее половое созревание. Поставьте диагноз
 *A) синдром Олбрайта
 B) синдром Пьера- Робена
 C) амелобластома
 D) мягкая одонтома
 E) хондрома
249. Синдром Олбрайта дифференцируют с;
 A) остеомой
 B) цементомой
 C) эозинофильная гранулемой
 *D) нейрофиброматозом
 E) хондромой
250. Тактика лечения при синдроме Олбрайта
 A) химиотерапия
 B) рентгенотерапия и хирургическое
 *C) хирургическое
 D) лучевая терапия
 E) склерозирование
251. Проведите дифференциальную диагностику херувизма
 A) цементома
 *B) паратиреоидная остеодистрофия
 C) фиброматоз десен
 D) одонтома
 E) ретикулосаркома
252. Тактика лечения при херувизме
 *A) ждать периода полового созревания, затем при необходимости хирургическое лечение
 B) гормонотерапия

- С) химиотерапия
- D) криодеструкция
- E) рентгенотерапия

253. На обзорной рентгенограмме определяется гомогенная тень нижней челюсти слева в виде ватного рисунка.

Поставьте диагноз.

- A) фиброматоз дёсен
- B) эозинофильная гранулема
- С) амелобластома
- *D) фиброзная дисплазия
- E) остеосаркома

254. Дифференциальную диагностику фиброзной дисплазии проводят с;

- A) радикулярной кистой
- B) одонтома
- *C) гиперпаратиреоидной остеодистрофией
- D) кистозной фомой амелобластомы
- E) костной гемангиомой

255. Тактика лечения при фиброзной дисплазии

- A) химиотерапия
- B) комбинированное
- *C) хирургическое
- D) медикаментозная терапия
- E) нет правильного ответа

256. Ведущим симптомом фиброзной дисплазии является:

- A) нарушение функции
- B) боль в области выбухания
- *C) утолщение челюсти
- D) подвижность зубов
- E) быстрый рост

257. Выделите не характерный симптом для херувизма

- A) симметричное утолщение
- *B) появление контрактуры челюсти
- С) нарушения зубообразования
- D) ретенция зубов
- E) медленный рост

258. Фиброзная дисплазия, это -

- A) одонтогенная опухоль
- B) мягкотканная опухоль
- *C) опухолеподобное поражение кости
- D) костная опухоль

- E) воспаление кости

259. Херувизм является проявлением какого заболевания:

- A) эозинофильной гранулёмы
- B) хондромы
- С) синдрома Олбрайта
- *D) фиброзной дисплазии
- E) десмопластической фибромы

260. Симметричное утолщение углов и ветвей нижней челюсти характерно при

- *A) херувизме
- B) синдроме Олбрайта
- С) синдроме Гарднера
- D) нейрофиброматозе
- E) атероме

261. При диффузной форме фиброзной дисплазии у ребенка на рентгенограмме определяется:

- A) в виде «пузырей мыльной пены»
- B) картина «тающего сахара»
- С) очаг просветления в виде одной полости с четкими контурами
- *D) «ватный» рисунок кости или «матовое стекло»
- E) нет правильного ответа

262. Состояние зубов при фиброзной дисплазии челюстей

- A) подвижность зубов 2- 3 степени
- B) ретенция зубов
- С) частичная или полная адентия
- *D) только смещение зубов на поражённой части
- E) подвижность зубов 4 степени

263. Для какого опухолеподобного образования характерно костеобразование в патологическом очаге

- A) хондромы
- B) гигантоклеточного эпюлиса
- *C) херувизма
- D) эозинофильной гранулёмы
- E) мягкой одонтомы

264. Метод лечения фолликулярной кисты:

- A) химиотерапия
- *B) цистотомия
- С) склерозирование
- D) криодеструкция

Е) лучевая терапия

265. Цементома - это

- А) эпителиальная опухоль в пределах зубного ряда
- В) опухоль на коронке зуба, состоящая из соединительной ткани
- *С) одонтогенная опухоль, построенная из ткани, подобной цементу зуба
- Д) порок развития ряда зубов
- Е) нет правильного ответа

266. Опухоль, формирующаяся из эмалевого органа зуба:

- А) цементома
- В) сложная одонтома
- С) остеобластокластома
- *Д) амелобластома
- Е) остеосаркома

267. Лечение амелобластомы у детей:

- *А) резекция челюсти в пределах здоровой ткани
- В) выскабливание
- С) лучевая и химиотерапия
- Д) электрокоагуляция
- Е) криодеструкция

268. На рентгенограмме интенсивная тень с чёткими бугристыми контурами (форма тутовой ягоды), отделённая от кости полоской просветления:

- А) цементома
- В) амелобластома
- С) остеома
- *Д) одонтома
- Е) хондрома

269. Симптом Деппюитрена

("пергаментного хруста") характерен для:

- А) цементомы
- В) одонтомы
- *С) одонтогенных кист челюстей
- Д) хронического туберкулёзного лимфаденита
- Е) гематогенного остеомиелита

270. Наиболее информативный метод диагностики одонтогенных кист в детском возрасте:

- А) ЭОД
- В) УЗИ

*С) рентгенография

Д) пункция

Е) цитологическое исследование

271. Из какой ткани состоит в основном оболочка корневой кисты:

- А) костной
- В) сосудистой
- *С) фиброзной
- Д) железистой
- Е) тканей периодонта

272. Нагноившуюся радикулярную кисту необходимо прежде всего дифференцировать от:

- *А) острого гнойного периостита
- В) острого остеомиелита
- С) периодонтарита
- Д) обострения хронического периодонтита
- Е) альвеолита

273. Переходная складка гиперемирована и сглажена, при пункции получен гной. На рентгенограмме определяется ограниченный очаг разряжения костной ткани с чёткими границами.

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

274. Перечислите формы одонтомы

- А) простая, сложная
- *В) простая, сложная, составная
- С) первичная, вторичная
- Д) одиночная, составная
- Е) острая, хроническая

275. Какая одонтогенная опухоль характеризуется наличием грубоволокнистой плотной ткани

- А) амелобластома
- В) радикулярная киста
- *С) цементома
- Д) одонтома
- Е) адамантинома

276. У ребёнка 6 лет радикулярная киста от нижнего V зуба. Ваш метод лечения:

- A) склерозирование кисты
- B) удаление зуба с вылуциванием оболочки кисты и зачатка 5
- *C) цистотомия
- D) электрокоагуляция кисты
- E) цистэктомия и удаление зуба

277. При радикулярной кисте челюстей у детей на рентгенограмме определяется:

- *A) круглый очаг разряжения кости с чёткими границами
- B) круглый очаг деструкции с нечёткими контурами.
- C) плотная гомогенная тень
- D) округлая полость с наличием мелких секвестров
- E) овальный очаг разряжения с нечеткими границами

278. Содержимым радикулярной кисты является:

- A) кашицеобразная масса белого цвета
- B) фолликул зуба
- *C) прозрачная тягучая жидкость, слегка желтоватого цвета
- D) кровянистая жидкость
- E) кашицеобразная масса белого цвета

279. Тактика по отношению к «причинному» верхнему центральному постоянному зубу при операции цистэктомии

- *A) пломбировка канала и резекция верхушки корня
- B) удаление зуба
- C) эндодонтическое лечение
- D) пломбировка зуба и шинирование
- E) реплантация зуба

280. Опухоль, при которой возможно озлокачествление

- A) остеокластома
- B) цементома
- C) одонтома
- *D) амелобластома
- E) хондрома

281. Основным методом лечения кист челюстей диаметр не более 1,5 см является

- *A) цистэктомия

- B) криодеструкция
- C) склерозирование
- D) частичная резекция челюсти
- E) цистотомия

282. У детей основным методом лечения кист челюстей большого размера является

- A) цистэктомия
- *B) цистотомия
- C) криодеструкция
- D) частичная резекция челюсти
- E) лучевая терапия

283. Основным методом лечения амелобластомы является

- A) цистэктомия
- B) химиотерапия
- C) лучевая терапия
- *D) резекция челюсти
- E) цистотомия

284. Синоним мягкой одонтомы

- *A) амелобластическая фиброма
- B) амелобластома
- C) цементома
- D) цилиндрома
- E) хондрома

285. Лечение цементомы

- *A) удаление в пределах здоровой ткани вместе с причинным зубом
- B) резекция челюсти
- C) пломбирование канала и резекция корня зуба
- D) лучевая терапия
- E) химиотерапия

286. Дифференциальная диагностика одонтомы проводится с

- A) мягкой одонтомой
- B) адамантиномой
- C) цементомой
- *D) остеомой
- E) энхондромой

287. Выделите не характерный симптом для остеогенной саркомы:

- *A) бессимптомное течение
- B) боль в одном из интактных зубов
- C) расшатывание зубов
- D) парестезия

Е) развитие припухлости различной величины

288. Центральные фибросаркомы развиваются :

А) из надкостницы

*В) в толще кости

С) из зрелой хрящевой ткани

Д) из эпителиальных тканей

Е) из мягких тканей

289. Не характерный симптом для периостальной фибросаркомы верхней челюсти:

А) деформация крыла носа

В) сужение глазной щели

*С) парез лицевого нерва

Д) сглаженность носогубной складки

Е) ограничение открывания рта

290. Что не характерно для саркомы Юинга:

*А) бессимптомное течение болезни

В) повышение СОЭ

С) лейкоцитоз

Д) недомогание, слабость

Е) волнообразное течение

291. Метод лечения при ретикулосаркоме:

А) электрокоагуляция

В) склерозирование

*С) лучевая терапия

Д) антибактериальная терапия

Е) криодеструкция

292. Рентгенологическая картина при периферической саркоме челюсти характеризуется

А) наличием множества кистозных образований

В) наличием секвестров крупных размеров

С) диффузное увеличение кости и картина «матового стекла»

*Д) периостальным наслоением (спикулами), отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости

Е) наличием секвестров средних и маленьких размеров

293. Особенностью саркомы Юинга является

А) бессимптомное течение

*В) волнообразное течение с частыми обострениями

С) бруксизм

Д) контрактура челюсти

Е) парез лицевого нерва

294. Ретикулосаркому дифференцируют с :

*А) литической остеогенной саркомой

В) эозинофильной гранулемой

С) периоститом

Д) синдромом Олбрайта

Е) одонтомой

295. Дифференциальный диагноз саркомы Юинга проводится с:

А) амелобластомой

В) остеобластокластомой

С) цилиндромой

*Д) острым одонтогенным остеомиелитом

Е) амелобластической фибромой

296. Наиболее эффективный метод лечения саркомы Юинга у детей:

А) гормональная терапия

*В) лучевая терапия, полихимиотерапия

С) криодеструкция и химиотерапия

Д) лучевая терапия

Е) вылушивание

297. Новообразование с волнообразным течением, с частыми обострениями процесса, сходное с обострением хронического остеомиелита.

А) фибросаркома

*В) саркома Юинга

С) остеосаркома

Д) ретикулосаркома

Е) херувизм

298. На рентгенограмме картина «иглочатого периостита» отмечается при

А) амелобластоме

В) саркоме Юинга

С) ретикулосаркоме

*Д) периферической остеопластической остеосаркоме

Е) фиброзной дисплазии

299. В каком возрасте наиболее часто встречается саркома Юинга:

А) до 3-х лет

- В) 9- 10 лет
- *С) 12- 13 лет
- Д) 5- 7 лет
- Е) у новорожденных

300. У ребенка 14 лет имеется припухлость мягких тканей, окружающих челюсть, кожа и слизистая оболочка гиперемированы, ноющие боли, расшатывание зубов, температура тела 39-40^оС, лейкоцитоз, повышение СОЭ, наблюдается волнообразное течение процесса. Поставьте диагноз

- А) херувизм
- В) синдром Олбрайта
- *С) саркома Юинга
- Д) амелобластома
- Е) фибросаркома

301. Ребенок 13 лет. Имеется опухоль в подглазничной области. Отмечается парестезия подглазничной области, диплопия. На рентгенограмме верхней челюсти картина «игольчатого периостита». Имеется метастаз в легких. Поставьте диагноз

- А) ретикулосаркома
- В) периостальная фибросаркома
- *С) остеогенная саркома
- Д) саркома Юинга
- Е) гемангиома

302. Для какого типа остеогенной саркомы характерна рентгенологическая картина «игольчатого периостита»

- А) простая
- В) сложная
- С) поликистозная
- Д) составная
- *Е) остеопластическая

303. У ребёнка 12 лет на рентгенограмме в области /45 зубов имеется образование окруженное капсулой, напоминает недоразвитый или деформированный зуб. Наблюдается медленный рост, при пальпации безболезненно. Какой Вы поставите диагноз:

- А) хондрома
- В) остеосаркома
- *С) одонтома
- Д) цементама

Е) одонтогенная фиброма

304. Для какого вида одонтомы характерен вид одного недоразвитого, деформированного зуба:

- *А) простая
- В) сложная
- С) составная
- Д) ячеистая
- Е) кистозная

305. У ребенка 13 лет имеется веретенообразное выбухание угла и ветви нижней челюсти, поверхность бугристая, плотной консистенции, зубы в области новообразования смещены, подвижны, челюсть деформирована. Поставьте диагноз

- А) одонтома
- *В) амелобластома
- С) цементама
- Д) остеома
- Е) хронический остеомиелит нижней челюсти

306. Мальчику 13 лет. Имеются ноющие боли в области нижней челюсти слева, зубы расшатаны. В подчелюстной области слева имеется припухлость мягких тканей. Температура тела 39- 40^оС, лейкоцитоз 20•10⁹ /л, СОЭ повышено до 30- 35 мм/ч, анемия. Такое состояние отмечается третий раз. На рентген снимке деструктивные изменения в области нижней челюсти слева. Поставьте диагноз

- А) остеобластокластома
- *В) саркома Юинга
- С) остеома
- Д) амелобластома
- Е) фиброматоз десен

307. Имеется опухоль, занимающая всю левую половину нижней челюсти. Растет медленно. На обзорной рентгенограмме в передней проекции определяется гомогенная тень всей половины нижней челюсти в виде «ватного» рисунка или «матового» стекла. Поставьте диагноз

- А) эозинофильная гранулема
- *В) фиброзная дисплазия
- С) амелобластома
- Д) десмопластическая фиброма
- Е) остеосаркома

308. У девочки 12 лет имеется одностороннее поражение верхней челюсти, пятна на коже кофейного цвета, признаки раннего полового созревания. На рентгенологическом снимке имеются множественные кистозные просветления различных размеров и форм. Поставьте диагноз

- А) мягкая одонтома
- В) синдром Пьера-Робена
- С) амелобластома
- *D) синдром Олбрайта
- Е) твердая одонтома

309. Ребенку 5 лет. Имеется симметричное утолщение нижней челюсти. Данная патология отмечена с 1 года. Рост медленный, безболезненный. На рентген снимке – ячеистое образование различной формы и размеров. Поставьте диагноз:

- *А) херувизм
- В) фиброматоз десен
- С) эозинофильная гранулема
- Д) синдром Олбрайта
- Е) нейрофиброматоз

310. У ребенка 8 лет имеется генерализованный язвенно-некротический гингивит, длительно не заживающие язвы, запах изо рта, подвижность зубов 3-4 степени, выпадение зубов. Общее состояние удовлетворительное. На рентгенологическом снимке отмечается рассасывание межзубных перегородок с образованием костных карманов. Поставьте диагноз

- *А) эозинофильная гранулема
- В) остеогенная саркома
- С) адамантинома
- Д) фиброматоз десен
- Е) ретикулосаркома

311. У ребенка имеется опухоль в области тела нижней челюсти справа. Опухоль растет медленно, безболезненно. В зоне поражения отмечается смещение и расшатывание зубов. На рентгенограмме определяется овальной формы участок деструкции кости и выявляются различной формы и толщины костные перекладки, придающие ему сетчатый рисунок.

Симптом Венсана положительный. Поставьте диагноз

- А) бурая опухоль
- В) остеома
- *С) миксома
- Д) цементома
- Е) остеобластокластома

312. Ребенку 10 лет. 6 зуб нижней челюсти справа интактный, в цвете не изменен. Периодически кровоточит десна около зуба. Перкуссия безболезненна. Пальпаторно отмечается подвижность 2 степени. Отмечается незначительная деформация нижней челюсти в виде вздутия. Рентгенологически в толще тела четко определяются участки разрежения кости в форме округлых ячеек без четких границ. Поставьте предварительный диагноз:

- А) цементома
- В) одонтома
- *С) костная гемангиома
- Д) остеома
- Е) фиброзная дисплазия

313. У ребенка 14 лет в области угла нижней челюсти отмечается припухлость в течении 5 лет. Растет медленно, безболезненно. На рентген снимке имеется интенсивное уплотнение костной ткани, диаметром 2 см., округлой формы с гладкими контурами. Поставьте диагноз

- А) миксома
- В) гигантоклеточная опухоль
- С) хондрома
- *D) остеома
- Е) амелобластома

314. У ребенка 10 лет определяется плотная припухлость на теле нижней челюсти, кость утолщена, безболезненна, положение зубов в зоне опухоли без изменения, слизистая оболочка покрывающая опухоль анемична, рентгенологически определяется множество мелких полостей, отделенные друг от друга костными перегородками различной толщиной. Поставьте диагноз

- А) кистозная форма остеобластокластомы
- *В) ячеистая форма остеобластокластомы
- С) литическая форма остеобластокластомы

- D) амелобластическая фиброма
- E) амелобластома

315. Ребенок 5 лет. Жалобы матери на опухолевидное образование щечной области. Объективно: размер опухоли 2 X 3 см, цвет кожи красно- багровый или темный синий, консистенция при пальпации мягко эластическая, возвышается над уровнем кожи, поверхность бугристая с относительно четкими контурами, при надавливании окраска не исчезает, симптомы сжатия и наполнения положительные. Поставьте диагноз:

- A) ветвистая гемангиома
- *B) кавернозная гемангиома
- C) кавернозная лимфангиома
- D) телеангиоэктазия
- E) пиогенная гранулема

316. У ребенка 10 лет увеличен объем мягких тканей одной половины лица. При пальпации ткани мягкие, тургор снижен, имеются морщины и пигментная окраска. В толще мягких тканей щеки пальпируются отдельные плотные болезненные тяжи. На теле определяются пигментация в виде «кофейных пятен». Поставьте диагноз:

- A) синдром Олбрайта
- B) невус
- *C) нейрофиброматоз
- D) эозинофильная гранулема
- E) гемангиома

317. Чем производят склерозирование гемангиомы у детей:

- *A) этиловым спиртом 700
- B) формалино- спиртовой смесью
- C) камфорным спиртом
- D) 5% раствор йода
- E) 0,5% формалина

318. У ребёнка на слизистой нижней губы образование шаровидной формы, с четкими границами, располагается на ножке или широком основании, безболезненное, рост медленный, покрыто слизистой оболочкой блестящего цвета, смещается вместе со слизистой оболочкой. Поставьте диагноз

- A) миобластома
- *B) фиброма
- C) папилломатоз
- D) липома
- E) пиогенная гранулема

319. Ребёнок 5 лет. На слизистой щеки опухоль имеет белесоватый вид величиной с чечевичное зерно в виде бородавки или цветной капусты, на широком основании или ножке, на поверхности тонкие ворсинки. Поставьте диагноз

- A) фиброма
- B) липома
- *C) папиллома
- D) миобластома
- E) пиогенная гранулема

320. Опухоль, исходящая из поперечно-полосатой мышечной ткани, излюбленная локализация – язык, имеет дизонтогенетическую природу, обнаруживается сразу после рождения ребенка, характеризуется медленным ростом. Поставьте диагноз

- *A) рабдомиома
- B) гемангиома
- C) фиброма
- D) лимфангиома
- E) липома

321. Ребенок 12 лет. Имеется бугристое плотное разрастание десен, покрывающее альвеолярный отросток с наружной и внутренней стороны, слизистая оболочка не изменена в цвете, наблюдается деформация челюстных костей, частичная адентия. Поставьте диагноз

- *A) фиброматоз десен
- B) гигантоклеточный эпулис
- C) папилломатоз
- D) фиброма
- E) рабдомиома

322. Чем обусловлен блестящий цвет слизистой оболочки фибромы:

- A) частым воспалением слизистой оболочки над опухолью
- B) из- за жидкого содержимого опухоли
- C) на начальной стадии образования опухоли
- D) все ответы верны

*Е) эпителий слизистой над опухолью никогда не ороговеет

323. Тактика лечения фибромы:

- А) криодеструкция
- В) электрокоагуляция
- *С) хирургическое иссечение
- Д) химиотерапия
- Е) склерозирование

324. При локализации папилломы на альвеолярном отростке диф. диагноз проводится с:

- А) миобластомой
- *В) гингивальной кистой
- С) пиогенной гранулемой
- Д) липомой
- Е) фиброматоз десен

325. Тактика лечения папилломы:

- *А) хирургическое иссечение
- В) химиотерапия
- С) криодеструкция
- Д) электрокоагуляция
- Е) склерозирование

326. Каковы виды фибром существуют:

- А) зернистая
- *В) плотная
- С) плоская
- Д) ячеистая
- Е) волокнистая

327. Суставная ямка имеет форму

- А) цилиндрическую
- В) трехугольную
- *С) эллипса
- Д) шаровидную
- Е) пирамиды

328. Как называется валик эллипсоидной формы на конце суставного отростка нижней челюсти, покрытый волокнистым хрящом

- А) связка
- В) суставной диск
- С) капсула
- *Д) головка
- Е) бугорок

329. При каком заболевании движение мышечкового отростка не определяются

- *А) анкилоз
- В) артрит
- С) неоартроз
- Д) остеоартрит
- Е) хронический артрит

330. Патологическое сочленение, возникшее вследствие смещения головки нижней челюсти в новое положение

- *А) неоартроз
- В) анкилоз
- С) остеоартроз
- Д) юношеский остеоартроз
- Е) хронический артрит

331. Воспаление сустава, развившееся вследствие повреждения или воспаления суставных концов костей

- А) юношеский остеоартроз
- В) неоартроз
- С) анкилоз
- *Д) остеоартрит
- Е) хронический артрит

332. Локализация основной зоны роста нижней челюсти

- *А) мышечковый отросток
- В) суставной бугорок
- С) подбородочный отдел
- Д) альвеолярный отросток
- Е) суставная ямка височной кости

333. Височно-нижнечелюстной сустав - это парное сочленение, образованное нижнечелюстной и теменными костями,

- *А) височными костями,
- В) затылочной костью;
- С) верхнечелюстными костями;
- Д) лобной костью;
- Е) клиновидной костью.

334. Какой формы суставная головка мышечкового отростка нижней челюсти?:

- А) круглой;
- *В) эллипсоидной;
- С) плоской;
- Д) шаровидной;
- Е) конусовидной.

335. Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости ограничивается спереди:

- А) передним краем каменисто- барабанной щели;
В) суставной ямкой;
*С) суставным бугорком
D) скуловым отростком
E) нет правильного ответа

336. Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости ограничивается сзади:

- *А) передним краем каменисто- барабанной щели;
В) суставной ямкой;
С) суставным бугорком,
D) скуловым отростком
E) нет правильного ответа

337. Каменисто- барабанная щель делит нижнечелюстную ямку на две части:

- *А) переднюю и заднюю;
В) внутреннюю и наружную;
С) верхнюю и нижнюю
D) верхнюю и внутреннюю
E) нет правильного ответа

338. За счет чего выравнивается инконгруентность височно- нижнечелюстного сустава?:

- А) суставного бугорка и суставной ямки,
В) суставной головки и диска;
*С) капсулы и диска;
D) капсулы и связок,
E) суставного бугорка капсулы, связок и диска

339. В каком возрасте суставной бугорок отсутствует?:

- *А) у новорожденных;
В) до 5- 6 летнего возраста;
С) до 8- 12 летнего возраста;
D) до 16 летнего возраста;
E) до 22 летнего возраста.

340. В каком возрасте появляется суставной бугорок?:

- А) к 1 - 2 месяцу жизни ребенка;
В) к 3- 6 месяцу жизни ребенка;
*С) к 7- 8 месяцу жизни ребенка;
D) к 1 - му году жизни ребенка;
E) ко 2- му году жизни ребенка;

341. Суставной бугорок полностью оформляется в возрасте:

- А) 1- 2- х лет;
В) 4- 6 лет;
*С) 6- 7 лет;
D) 8- 9 лет;
E) 10- 11 лет.

342. Суставная головка при движении нижней челюсти скользит по:

- *А) заднему скату суставного бугорка,
В) переднему скату суставного бугорка
С) по наружной поверхности суставного бугорка;
D) по внутренней поверхности суставного бугорка.
E) нет правильного ответа

343. Высота суставного бугорка:

- *А) зависит от возраста и зубной окклюзии;
В) зависит только от возраста;
С) зависит только от зубной окклюзии;
D) не зависит от возраста и зубной окклюзии.
E) нет правильного ответа

344. Объем верхнего этажа височно- нижнечелюстного сустава составляет:

- А) 0,5 мл;
В) 1,0 мл;
*С) 1,5 мл;
D) 2,0 мл;
E) 2,5 мл;

345. Объем нижнего этажа височно- нижнечелюстного сустава составляет:

- *А) 0,5 мл;
В) 1,0 мл,
С) 1,5 мл,
D) 2,0 мл;
E) 2,5 мл;

346. Суставная капсула состоит из:

- *А) наружного слоя - фиброзного внутреннего - эндотелиального;
В) наружного слоя - эндотелиального, внутреннего - фиброзного
С) наружного слоя - фиброзного, среднего - эндотелиального, внутреннего - фиброзного.
D) внутреннего слоя – фиброзного
E) нет правильного ответа

347. Какой слой суставной капсулы вырабатывает синовиальную жидкость?:

- A) наружный,
- B) средний;
- *C) внутренний.
- D) боковой
- E) наружный и боковой

348. Задняя часть суставной капсулы прикрепляется:

- A) позади суставного бугорка;
- *B) в каменисто- барабанной щели;
- C) к костям среднего уха,
- D) к костям внутреннего уха;
- E) к скуловому отростку височной кости

349. В височно- нижнечелюстном суставе возможно:

- A) только вертикальные движения;
- B) сагиттальные движения;
- C) вертикальные и сагиттальные движения;
- D) трансверзальные движения;
- *E) вертикальные, сагиттальные и трансверзальные движения

350. В норме при максимальном открывании рта резцовое расстояние равно:

- A) 20- 30 мм;
- B) 30- 40 мм;
- *C) 40- 50 мм;
- D) 50- 60 мм;
- E) 60- 70 мм.

351. Каким путем распространяется инфекция в височно- нижнечелюстной сустав?:

- A) контактным;
- B) лимфогенным;
- C) гематогенным;
- *D) контактным и гематогенным;
- E) контактным, гематогенным, лимфогенным.

352. Клиническая симптоматика, характерная для острого артрита височно- нижнечелюстного сустава?:

- A) ноющие боли в суставе, усиливаются при движении нижней челюсти,
- усиливаются при приеме твердой пищи и

открывании рта, головная боль, головокружение;

- *B) резкие боли в суставе, усиливающиеся при движении нижней челюсти;
- C) постоянные, при покое нижней челюсти боли уменьшаются, ограничение открывания рта, впереди козелка уха болезненность, слабость, недомогание;
- D) хруст, крепитация, боли в суставе, смещение челюсти при открывании рта, ограничение открывания рта, головная боль, головокружение
- E) нет правильного ответа

353. Длительность течения острого артрита?:

- A) 1- 2 недели;
- B) 1 месяц;
- *C) 2- 3 месяца;
- D) 4- 5 месяцев;
- E) 6- 7 месяцев;

354. Для ревматоидного артрита височно- нижнечелюстного сустава характерно:

- A) одностороннее поражение;
- *B) двустороннее поражение;
- C) в равной степени встречается как одностороннее, так и двустороннее.
- D) 45. Для контактного артрита височно- нижнечелюстного сустава характерно:
- E) в равной степени встречается как одностороннее, так и двустороннее.

355. Характерная рентгенологическая картина острого артрита височно- нижнечелюстного сустава:

- A) всегда наблюдается расширение суставной щели;
- *B) обычно изменений нет, редко наблюдается расширение суставной щели,
- C) вначале наблюдается расширение суставной щели, а через неделю ее сужение;
- D) наблюдается сужение суставной щели
- E) нет правильного ответа

356. Длительность течения хронического артрита:

- A) 1- 2 месяца;
- B) 2- 4 месяца;
- C) 6- 8 месяцев;

*D) от нескольких месяцев до нескольких лет.
E) нет правильного ответа

357. Рентгенологическая симптоматика хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава:

- A) изменений нет;
- B) расширение суставной щели,
- C) сужение суставной щели;
- *D) расширение или сужение суставной щели, остеопороз.
- E) нет правильного ответа

358. Артриты у детей возникают чаще на почве:

- A) одонтогенных кист нижней челюсти;
- *B) остеомиелитов ветви нижней челюсти,
- C) опухолей нижней челюсти;
- D) лимфаденитов околоушно-жевательной области.
- E) нет правильного ответа

359. Могут ли хрящевые элементы сустава погибать при возникновении вторичных артритов у детей?:

- A) нет, не погибают;
- B) крайне редко погибают;
- *C) могут погибать;
- D) практически погибают всегда.
- E) нет правильного ответа

360. При фиброзном анкилозе височно-нижнечелюстного сустава рентгенологически суставная щель:

- A) неразличима;
- *B) едва различима;
- C) резко расширена.
- D) сужена
- E) нет правильного ответа

361. Укорочение и утолщение шейки нижней челюсти наблюдается при следующих заболеваниях ВНЧС:

- A) остром артрите;
- B) хроническом артрите;
- C) первичном артрите;
- *D) вторичном артрите;
- E) артрозе;

362. Неоартроз - это:

- A) злокачественная опухоль в области височно-нижнечелюстного сустава;
- B) доброкачественная опухоль в области височно-нижнечелюстного сустава;
- *C) патологическое сочленение, выполняющее роль сустава;
- D) внутрисуставной костный анкилоз;
- E) внутрисуставной фиброзный анкилоз;

363. Анкилоз - это:

- A) стойкое ограничение движения в суставе;
- *B) отсутствие движения в суставе;
- C) периодически появляющаяся боль и ограничение движения в суставе.
- D) врожденная аномалия
- E) тип перелома ВНЧС

364. Анкилоз бывает:

- A) только внутрисуставной;
- *B) внутри- и внесуставной;
- C) только внесуставной.
- D) грануляционный
- E) только фиброматозный

365. Артрогенная контрактура - это заболевание:

- *A) обусловленное изменениями в капсуле сустава или его связках;
- B) возникающее при болезненности движения в суставе;
- C) в результате изменений в мышцах или после обездвиживания нижней челюсти (при переломах);
- D) при нарушении нервной регуляции;
- E) обусловленное грубыми изменениями в тканях, окружающих сустав.

366. Какие препараты не назначаются при лечении острого артрита височно-нижнечелюстного сустава?:

- A) противомикробные;
- B) противовоспалительные;
- *C) иммуностимулирующие;
- D) болеутоляющие;
- E) антигистаминные;

367. Когда возникает максимальная перегрузка височно-нижнечелюстных суставов?:

- A) при потере центральных и боковых резцов;

- В) при потере резцов и клыков;
- С) при потере премоляров;
- Д) при потере моляров;
- *Е) при потере премоляров и моляров

368. Какое течение имеет артроз височно-нижнечелюстного сустава?:

- А) острое;
- В) обострившееся;
- *С) хроническое;
- Д) острое, обострившееся и хроническое;
- Е) обострившееся и хроническое.

369. После какого заболевания обе половины нижней челюсти отстают в росте, а подбородок смещается кзади и возникает профиль лица, называемый «птичье лицо»?:

- А) двусторонний артрит;
- *В) двусторонний вторичный деформирующий артроз;
- С) односторонний артрит;
- Д) односторонний вторичный деформирующий артроз.
- Е) нет правильного ответа

370. Стадия остеоартрита - это какая рентгенологическая стадия вторичного деформирующего артроза ВНЧС?:

- *А) первая;
- В) вторая;
- С) третья;
- Д) четвертая
- Е) пятая

371. Стадия разрушения суставной головки и начальных явлений репарации - это какая рентгенологическая стадия вторичного деформирующего артроза ВНЧС?:

- А) первая,
- *В) вторая;
- С) третья;
- Д) четвертая
- Е) пятая

372. Стадия выраженной репарации - это какая рентгенологическая стадия вторичного деформирующего артроза ВНЧС?:

- А) первая,
- В) вторая;
- *С) третья;

- Д) четвертая
- Е) пятая

373. Стадия полной потери конгруэнтности сочленяющихся поверхностей - это какая рентгенологическая стадия вторичного деформирующего артроза ВНЧС?:

- А) первая,
- В) вторая;
- С) третья;
- *Д) четвертая
- Е) пятая

374. Синдром Гольденхара - это:

- А) недоразвитие нижней челюсти, расщелина твердого и мягкого нёба, глоссоптоз;
- В) недоразвитие одной половины верхней и нижней челюстей, скулового комплекса, макростомы (поперечная расщелина лица), недоразвитие ушной раковины, привески у козелка уха;
- *С) недоразвитие нижней челюсти, аномалии развития глаз, пороки развития позвоночника.
- Д) недоразвитие верхней челюсти, аномалии развития глаз, пороки развития позвоночника.
- Е) нет правильного ответа

375. Синдром Робена - это?:

- *А) недоразвитие нижней челюсти, расщелина твердого и мягкого нёба, глоссоптоз;
- В) недоразвитие одной половины верхней и нижней челюстей, скулового комплекса, макростомы (поперечная расщелина лица), недоразвитие ушной раковины, привески у козелка уха;
- С) недоразвитие нижней челюсти, аномалии развития глаз, пороки развития позвоночника.
- Д) недоразвитие верхней челюсти, аномалии развития глаз, пороки развития позвоночника.
- Е) нет правильного ответа

376. Синдром I и II жаберных дуг - это:

- А) недоразвитие нижней челюсти, расщелина твердого и мягкого нёба, глоссоптоз;

*В) недоразвитие одной половины верхней и нижней челюстей, скулового комплекса, макростомы (поперечная расщелина лица), недоразвитие ушной раковины, привески у козелка уха;

С) недоразвитие нижней челюсти, аномалии развития глаз, пороки развития позвоночника.

Д) недоразвитие верхней челюсти, аномалии развития глаз, пороки развития позвоночника.

Е) нет правильного ответа

377. Окулоаурикулярно-вертебральная дисплазия - это?:

А) синдром Робена;

В) синдром I и II жаберных дуг;

*С) синдром Гольденхара.

Д) синдром Аперта

Е) синдром Франческетти

378. Симптом головной боли в большей степени характерен для какого заболевания ВНЧС?:

*А) болевой дисфункции;

В) острого артрита;

С) хронического артрита;

Д) артроза.

Е) нет правильного ответа

379. Резкие боли в суставе характерны в большей степени для какого заболевания?:

А) болевой дисфункции;

*В) острого артрита;

С) хронического артрита;

Д) артроза

Е) анкилоза

380. Максимальное ограничение открывания рта наблюдается при:

А) болевой дисфункции;

*В) остром артрите;

С) хроническом артрите;

Д) артрозе.

Е) хроническом артрите

381. Щелканье в суставе наблюдается при?:

*А) болевой дисфункции;

В) остром артрите;

С) хроническом артрите;

Д) артрозе.

Е) анкилозе

382. Хруст в височно-нижнечелюстном суставе наиболее выражен при каком заболевании?:

А) болевой дисфункции;

В) остром артрите;

С) хроническом артрите;

*Д) артрозе

Е) анкилозе

383. Снижение слуха наиболее часто встречается при:

*А) болевой дисфункции;

В) остром артрите;

С) хроническом артрите;

Д) артрозе.

Е) анкилозе

384. Шум в ухе чаще встречается при каком заболевании?:

*А) болевой дисфункции;

В) остром артрите;

С) хроническом артрите;

Д) артрозе

Е) анкилозе

385. Чувство сведения челюстей после сна наблюдается при:

*А) болевой дисфункции;

В) остром артрите;

С) хроническом артрите;

Д) артрозе

Е) анкилозе

386. Чувство скованности в жевательных мышцах наиболее выражено при каком заболевании?:

*А) болевой дисфункции;

В) остром артрите;

С) хроническом артрите;

Д) артрозе

Е) анкилозе

387. Тугоподвижность в суставе в конце дня наиболее выражена при:

А) болевой дисфункции;

В) остром артрите;

*С) хроническом артрите;

Д) артрозе.

Е) анкилозе

388. Тугоподвижность, скованность по утрам наиболее часто встречается при:

- А) болевой дисфункции;
- В) остром артрите;
- С) хроническом артрите;
- *D) артрозе.
- Е) анкилозе

389. В течение дня нижняя челюсть «разрабатывается» при каком заболевании?:

- А) болевой дисфункции;
- В) остром артрите;
- С) хроническом артрите;
- *D) артрозе.
- Е) анкилозе

390. Крепитация - это симптом характерен для:

- *А) болевой дисфункции;
- В) остром артрите;
- С) хроническом артрите;
- D) артрозе.
- Е) анкилозе

391. При открывании рта нижняя челюсть делает S-образное движение при каком заболевании?:

- *А) болевой дисфункции;
- В) остром артрите;
- С) хроническом артрите;
- D) артрозе.
- Е) анкилозе

392. При каком заболевании боль в суставе резко усиливается при любых движениях нижней челюсти?:

- А) болевой дисфункции;
- *B) остром артрите;
- С) хроническом артрите;
- D) артрозе
- Е) анкилозе

393. Припухлость впереди козелка уха наблюдается при?:

- А) болевой дисфункции,
- *B) остром артрите;
- С) хроническом артрите
- D) артрозе
- Е) анкилозе

394. Наличие болезненных и спазмированных участков в мышцах встречается при:

- *А) болевой дисфункции;
- В) остром артрите;
- С) хроническом артрите;
- D) артрозе.
- Е) анкилозе

395. Увеличение объема движений нижней челюсти наблюдается чаще при:

- А) болевой дисфункции;
- В) остром артрите;
- С) хроническом артрите;
- *D) артрозе.
- Е) анкилозе

396. Костные структуры сустава при рентгенологическом исследовании не изменены при:

- *А) остром артрите;
- В) хроническом артрите;
- С) артрозе.
- D) анкилозе
- Е) переломе ВНЧС

397. Отсутствуют рентгенологические изменения костных структур височно-нижнечелюстного сустава при:

- *А) болевой дисфункции;
- В) хроническом артрите;
- С) артрозе.
- D) анкилозе
- Е) переломе ВНЧС

398. Склероз кортикальной пластинки суставной головки и бугорка наблюдается при:

- А) болевой дисфункции;
- В) остром артрите;
- С) хроническом артрите;
- *D) артрозе.
- Е) анкилозе

399. Наличие экзофитов на суставных поверхностях встречается при:

- А) болевой дисфункции;
- В) остром артрите;
- С) хроническом артрите;
- *D) артрозе.
- Е) анкилозе

400. Деформация головки нижней челюсти наблюдается при:

- А) болевой дисфункции;
- В) остром артрите;
- С) хроническом артрите;
- *D) артрозе.
- Е) анкилозе

401. Уплотнение суставного бугорка происходит при:

- А) болевой дисфункции;
- В) остром артрите;
- С) хроническом артрите;
- *D) артрозе
- Е) анкилозе

402. Укорочение шейки мышечного отростка наблюдается при:

- А) болевой дисфункции;
- В) остром артрите;
- С) хроническом артрите;
- *D) артрозе
- Е) анкилозе

403. Какая из перечисленных опухолей относится к эпителиальным?:

- А) лимфангиома;
- *B) аденома;
- С) гемангиома;
- Д) невринома;
- Е) фиброма;

404. Какая из перечисленных опухолей относится к неэпителиальным?:

- А) плеоморфная аденома;
- В) светлоклеточная аденома;
- С) онкоцитомы;
- *D) липома;
- Е) аденолимфома,

405. Синоним плеоморфной аденомы:

- А) онкоцитомы;
- В) липома;
- С) аденолимфома;
- *D) смешанная опухоль;
- Е) мономорфная аденома;

406. В какой железе наиболее часто образуется плеоморфная аденома?:

- А) малой слюнной железе;
- В) подъязычной железе;
- С) поднижнечелюстной железе;

*D) околоушной железе.

Е) нет правильного ответа

407. За счет чего происходит резкое увеличение размеров плеоморфной аденомы слюнной железы при доброкачественном ее росте?:

- А) за счет роста опухолевой ткани;
- *B) накопление секрета в кистозных полостях;
- С) за счет скопления слюны в железе;
- Д) за счет скопления крови при затруднении кровообращения.
- Е) нет правильного ответа

408. Айсберг-опухолями называют плеоморфные аденомы, которые локализуются:

- А) в поднижнечелюстной железе;
- В) на твердом нёбе;
- *C) в позадичелюстной области;
- Д) на мягком нёбе;
- Е) в ретромолярной области.

409. На сиалограмме плеоморфная аденома околоушной железы выявляется:

- А) в виде скопления контраста в центре опухоли;
- В) в виде скопления контраста в железе по периферии опухоли;
- *C) в виде ограниченного дефекта наполнения ацинусов и протоков железы;
- Д) в виде деформации и расширения протоков железы вокруг локализации опухоли.
- Е) нет правильного ответа

410. При каких опухолях на сиалограммах наблюдается нарушение непрерывности выводных протоков?:

- А) плеоморфных аденомах;
- В) мономорфных аденомах;
- *C) сосудистых опухолях;
- Д) фибромах;
- Е) невриномах;

411. Если плеоморфная аденома растет из малой слюнной железы, то при какой ее локализации рост опухоли может сопровождаться болью?:

- А) на твердом нёбе;
- В) в щеке;

- С) в мягком нёбе;
- *D) в ретромолярной области.
- Е) нет правильного ответа

412. Если плеоморфная аденома растет из малой слюнной железы, то при какой ее - локализации опухоль будет малоподвижной?:

- *A) на твердом нёбе;
- В) в щеке;
- С) в мягком нёбе;
- D) в ретромолярной области.
- Е) нет правильного ответа

413. Плеоморфная аденома:

- A) имеет выраженную капсулу,
- В) имеет тонкую капсулу;
- *С) имеется капсула, но в некоторых участках опухоли она отсутствует;
- D) капсулы нет.
- Е) нет правильного ответа

414. Что такое парасивлома?:

- A) опухоль, которая растет в железе из железистой ткани;
- В) опухоль, растущая в железе из фиброзной ткани;
- С) опухоль, которая растет в железе из сосудистой или нервной ткани;
- *D) опухоль, растущая из окружающих железу тканей.
- Е) нет правильного ответа

415. К мономорфным аденомам не относится:

- A) базальноклеточная аденома;
- В) оксифильноклеточная аденома;
- С) аденолимфома
- *D) ацинозноклеточная опухоль;
- Е) опухоль Уортина

416. К мономорфным аденомам не относится:

- A) базальноклеточная аденома
- В) оксифильноклеточная аденома
- С) аденолимфома;
- *D) плеоморфная аденома,
- Е) опухоль Уортина.

417. К мономорфным аденомам не относится:

- A) базальноклеточная аденома,

- В) оксифильноклеточная аденома;
- С) аденолимфома,
- *D) парасивлома;
- Е) опухоль Уортина.

418. Не является синонимом светлоклеточной аденомы:

- A) гипернефроидная опухоль;
- В) паратиреоподобная опухоль;
- С) миоэпителиальная аденома;
- D) сальноклеточная аденома,
- *E) бронхиогенная аденома.

419. Какая из аденом называется опухолью Уортина?:

- A) плеоморфная аденома;
- В) светлоклеточная аденома;
- *С) аденолимфома;
- D) онкоцитомы;
- Е) базальноклеточная аденома;

420. Источником развития мономорфных аденом является:

- A) эпителий концевых отделов слюнных желез
- В) эпителий выводных протоков слюнных желез;
- *С) эпителий концевых отделов и выводных протоков слюнных желез,
- D) строма слюнных желез;
- Е) эпителий и строма концевых отделов и выводных протоков слюнных желез.

421. Чем выполнена кистозная полость при аденолимфоме?:

- A) слизью
- В) кровью
- *С) серо- бурой жидкостью,
- D) гноем
- Е) прозрачной и опалесцирующей жидкостью.

422. На разрезе какая из аденом имеет темно- коричневую окраску и дольчатое строение, окруженная капсулой?:

- A) базальноклеточная аденома
- *В) оксифильноклеточная аденома
- С) светлоклеточная аденома;
- D) аденолимфома;
- Е) плеоморфная аденома.

423. Какая из перечисленных опухолей не относится к неэпителиальным?

- А) лимфангиома;
- В) липома
- С) фиброма
- *D) онкоцитомы;
- Е) невринома

424. В каком возрасте чаще встречаются сосудистые опухоли слюнных желез?:

- *А) детском
- В) юношеском;
- С) среднем
- Д) пожилым
- Е) старческом,

425. Липома слюнных желез построена из жировых долек:

- А) правильной формы и одинаковых размеров
- В) правильной формы и неодинаковых размеров
- С) неправильной формы и одинаковых размеров
- *D) неправильной формы и неодинаковых размеров
- Е) полигональной формы

426. Что указывает на озлокачествление плеоморфной аденомы слюнной железы?:

- А) медленный рост;
- В) болезненное течение;
- С) ноющие боли;
- *D) ускорение роста опухоли;
- Е) подвижность опухоли

427. Что указывает на озлокачествление плеоморфной аденомы слюнной железы?:

- А) медленный рост;
- В) болезненное течение,
- С) ноющие боли;
- *D) ограничение подвижности опухоли;
- Е) подвижность опухоли.

428. Как изменяются на сиалограммах выводные протоки околоушной железы при озлокачествленной плеоморфной аденоме?:

- А) протоки расширяются;
- В) деформируются;
- *С) появляется фрагментация протоков,
- Д) протоки не изменяются

Е) нет правильного ответа

429. Какой метод является решающим при установлении диагноза озлокачествленной плеоморфной аденомы околоушной железы?:

- А) анамнез заболевания;
- В) данные клинического обследования (осмотр, пальпация);
- *С) гистологическое исследование
- Д) рентгенографическое исследование,
- Е) компьютерная томография;

430. Синоним мукоэпидермоидной опухоли:

- А) ацинозноклеточная опухоль;
- В) аденокистозная карцинома;
- *С) слизеобразующая эпителиома;
- Д) карцинома эпидермоидная
- Е) аденокарцинома;

431. Что является источником развития мукоэпидермоидной опухоли слюнных желез?:

- *А) эпителий выводных протоков;
- В) строма выводных протоков и паренхимы;
- С) сосуды, находящиеся в железе
- Д) нервы, находящиеся в железе;
- Е) все ранее перечисленное.

432. Какие различают варианты клинического течения мукоэпидермоидной опухоли слюнных желез?:

- А) доброкачественный,
- В) злокачественный;
- С) полужлокачественный,
- *D) доброкачественный и злокачественный;
- Е) доброкачественный, злокачественный и полужлокачественный.

433. Синоним аденокистозной карциномы:

- А) аденокарцинома;
- В) плеоморфная аденома;
- С) мукоэпидермоидная опухоль;
- *D) цилиндрома
- Е) эпидермоидная карцинома;

434. Синоним цилиндромы:

- А) аденокарцинома;
- В) плеоморфная аденома;

- С) мукоэпидермоидная опухоль,
- *D) аденокистозная карцинома;
- Е) эпидермоидная карцинома;

435. Какой клинический признак характерен для цилиндromы слюнной железы?:

- А) быстрый рост;
- *B) боль в области опухоли
- С) гноетечение из железы;
- D) наличие воспалительных явлений
- Е) нет правильного ответа

436. Рост цилиндromы происходит:

- А) по кровеносным сосудам
- *B) по перинеуральным щелям
- С) по лимфатическим сосудам;
- D) по выводным протокам.
- Е) нет правильного ответа

437. Карциномы слюнных желез развиваются из:

- А) стромы протоков;
- *B) эпителия протоков;
- С) кровеносных сосудов,
- D) лимфатических сосудов,
- Е) нервных стволов;

438. Не существует следующей карциномы:

- А) аденокарциномы
- *B) солидной,
- С) эпидермоидной;
- D) недифференцированной;
- Е) в плеоморфной аденоме.

439. Чем обусловлено угнетение функции слюнной железы при развитии в ней карциномы?:

- А) интоксикацией тканей;
- *B) инфильтрирующим ростом опухоли,
- С) скоплением экссудата;
- D) ухудшением местного кровообращения.
- Е) нет правильного ответа

440. При карциноме слюнных желез наблюдаются следующие изменения на сиалограммах:

- А) деформация протоков при сохранении их непрерывности;

*B) деформация и фрагментация протоков, скопление рентгеноконтрастной массы в железе - в виде пятен,

- С) сужение всех протоков, паренхима железы не определяется;
- D) скопление рентгеноконтрастной массы в паренхиме железы в виде «гроздьев винограда».
- Е) нет правильного ответа

441. Клиническое течение ацинозноклочечной опухоли слюнной железы сходно:

- *A) с доброкачественной опухолью
- В) со злокачественной опухолью (карциномой);
- С) с кистой;
- D) напоминает гемангиому;
- Е) напоминает лимфангиому

442. Сиалографическая картина ацинозноклочечной опухоли слюнной железы соответствует:

- А) доброкачественной опухоли;
- *B) злокачественной опухоли;
- С) кисте;
- D) гемангиоме.
- Е) нет правильного ответа

443. При какой опухоли встречаются «сероциты»?:

- А) плеоморфной аденоме;
- В) парасиаломе
- С) карциноме;
- *D) ацинозноклочечной опухоли;
- Е) мукоэпидермоидной опухоли;

444. При диагностике новообразований у детей ведущим методом является

- А) рентгенологический
- В) макроскопия послеоперационного материала
- С) цитологический
- *D) морфологический
- Е) аксиография

445. Способностью к спонтанной регрессии у детей обладает

- А) остеогенная саркома
- В) остеома
- *C) гемангиома
- D) лимфангиома

Е) фиброма

446. Высокая степень дифференцировки клеточных элементов характерна для новообразований

- *А) доброкачественных
- В) злокачественных у детей с патологией крови
- С) злокачественных у детей и доброкачественных у взрослых
- Д) степень злокачественности не зависит от степени
- Е) всех видов

447. Особенностью новообразований у детей является их

- А) медленный рост
- *В) дизонтогенетическое происхождение
- С) преимущественно эпителиальное происхождение
- Д) отсутствие эмбрионов
- Е) преимущественно экзофитный рост

448. Истинной доброкачественной опухолью является

- А) фиброзная дисплазия
- В) экзостоз
- С) околокорневая воспалительная киста
- *Д) гигантоклеточная опухоль
- Е) травматическая костная киста

449. Истинной доброкачественной опухолью является

- А) эозинофильная гранулема
- *В) остеома
- С) херувизм
- Д) фолликулярная киста
- Е) аневризальная киста

450. Истинной доброкачественной опухолью является

- А) глобуломаксиллярная киста
- В) синдром олбрайта
- *С) оссифицирующая фиброма
- Д) травматическая костная киста
- Е) херувизм

451. Истинной доброкачественной опухолью является

- А) эозинофильная гранулема
- В) гигантоклеточная гранулема
- С) травматическая костная киста

Д) фиброзная дисплазия

*Е) одонтогенная фиброма

452. К одонтогенным опухолям относится

- А) миксома челюсти
- В) эозинофильная гранулема
- *С) амелобластома
- Д) остеома
- Е) нейрофиброматоз

453. Ведущим методом лечения новообразований челюстных костей у детей является

- А) склерозирующая терапия
- В) лучевая терапия
- С) химиотерапия
- *Д) хирургическое лечение
- Е) гормональная терапия

454. Наличие в полости кисты продуктов сальных и потовых желез характерно для кисты

- А) срединной шеи
- В) воспалительной корневой
- С) прорезывания
- *Д) дермоидной
- Е) эпидермоидной

455. Нестабильность размеров, склонность к воспалению характерны для

- А) гемангиомы
- *В) лимфангиомы
- С) фибромы
- Д) липомы
- Е) остеомы

456. Наибольшая нестабильность размеров характерна для

- А) папилломы
- В) фибромы
- *С) ретенционной кисты слюнной железы
- Д) липомы
- Е) остеомы

457. Наличие на слизистой пузырьковых высыпаний с серозным или кровянистым содержимым является патогномичным признаком

- *А) лимфангиомы
- В) гемангиомы
- С) нейрофиброматоза
- Д) болезни олбрайта

Е) синдрома гольденхара

458. Наиболее информативный метод диагностики обширных гемангиом мягких тканей лица

- А) УЗИ
- В) магнитно-резонансная томография
- *С) рентгенангиография
- Д) цитологический
- Е) фистулография

459. К неостеогенным опухолям челюстей относят:

- А) остеобластому;
- В) остеоид-остеому;
- С) гигантоклеточную опухоль;
- *D) цементирующую фиброму;
- Е) оссифицирующую фиброму;

460. Амелобластомы развиваются из:

- А) соединительной ткани;
- *B) эпителиальной ткани;
- С) кровеносных сосудов;
- Д) нервов;
- Е) лимфатических сосудов;

461. Какую из опухолей не относят к амелобластомам?

- А) истинную амелобластому;
- В) амелобластическую фиброму;
- С) аденоамелобластому,
- *D) твердую одонтому;
- Е) одонтоамелобластому;

462. Где чаще локализуются амелобластомы?

- А) на верхней челюсти;
- *B) на нижней челюсти в области угла;
- С) на нижней челюсти в области резцов;
- Д) в скуловой кости;
- Е) в лобной кости;

463. Типичная рентгенологическая картина амелобластом:

- А) в виде костного дефекта с изъеденными краями;
- *B) в виде одной или нескольких кистозных полостей;
- С) в виде очагов оссификации;
- Д) в виде костного разрежения с наличием секвестров;

Е) чередование участков уплотнения и разрежения костной ткани;

464. Амелобластома - это опухоль:

- *A) одонтогенная;
- В) остеогенная;
- С) сосудистая;
- Д) невrogenная;
- Е) хондрогенная.

465. К первично-костным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

- А) Привычный вывих;
- *B) Остеоартрит;
- С) Деформирующий юношеский артроз;
- Д) Болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава;
- Е) нет правильного ответа

466. К группе первично-костных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава относится:

- А) Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава;
- В) Привычный вывих;
- *C) Врожденная аплазия сустава;
- Д) Хронический артрит;
- Е) нет правильного ответа

467. К первично-костным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

- А) Острый артрит;
- *B) Неоартроз;
- С) Привычный вывих;
- Д) Хронический артрит;
- Е) нет правильного ответа

468. Причиной деформации нижней трети лица при анкилозе одного височно-нижнечелюстного сустава является:

- А) Парез лицевого нерва;
- *B) Недоразвитие ветви и тела нижней челюсти на стороне поражения;
- С) Чрезмерное развитие тела и ветви челюсти на противоположной стороне;
- Д) Гемигипертрофия жевательной мышцы на стороне поражения;
- Е) нет правильного ответа

469. При анкилозе правого височно-нижнечелюстного сустава правый угол рта:

- A) опущен;
- *B) приподнят;
- C) симметричен правому углу;
- D) поперечно растянут;
- E) нет правильного ответа

470. Основным методом лечения детей с первично- костными заболеваниями височно- нижнечелюстного суставов является:

- A) физиотерапия в сочетании с миогимнастикой;
- B) ограничение функции сустава в сочетании с противовоспалительной терапией и физиотерапией;
- *C) хирургическое в комплексе с ортодонтическим лечением;
- D) межчелюстная фиксация в сочетании с физиотерапией;
- E) нет правильного ответа

471. К функциональным заболеваниям височно- нижнечелюстного сустава относится:

- A) неоартроз;
- *B) деформирующий юношеский артроз;
- C) остеоартрит;
- D) аплазия мышечкового отростка нижней челюсти.
- E) нет правильного ответа

472. Суставная щель на рентгенограмме при хроническом артрите височно-нижнечелюстного сустава:

- A) расширена равномерно;
- B) расширена неравномерно;
- C) сужена равномерно;
- *D) сужена неравномерно
- E) нет правильного ответа

473. Основной метод диагностики одонтом?

- A) выяснение жалоб;
- B) уточнить анамнез;
- C) клинический осмотр;
- *D) рентгенография;
- E) лимфография;

474. При одонтоме на рентгенограмме нижней челюсти имеется следующая симптоматика:

- A) разрежение костной ткани с очагами ее уплотнения;
- B) гомогенная тень определенной формы без полосы просветления по ее периферии;
- *C) гомогенная тень определенной формы
- D) с полоской просветления по ее периферии.
- E) нет правильного ответа

475. Цементома развивается из:

- A) эпителиальной ткани;
- *B) соединительной ткани;
- C) сосудистой ткани;
- D) нервных волокон;
- E) лимфатических сосудов.

476. Миксома - это опухоль построенная из:

- A) эпителиальной ткани;
- B) соединительной ткани;
- *C) слизистой ткани;
- D) сосудов и нервов;
- E) лимфоидной ткани.

477. Саркома Юинга чаще встречается:

- A) у новорожденных;
- B) у детей раннего грудного возраста;
- *C) у детей подросткового возраста;
- D) у взрослых в возрасте 20- 40 лет;
- E) у пожилых людей.

478. По клиническому течению саркома Юинга может напоминать:

- *A) остеомиелит;
- B) остеому;
- C) одонтому;
- D) кисту;
- E) амелобластому.

479. Ретикулосаркома развивается из:

- A) эпителиальной ткани;
- B) соединительной ткани кожи;
- *C) соединительной ткани костного мозга;
- D) клеток крови;
- E) лимфоидных клеток.

480. Внутрикостные гемангиомы, в зависимости от строения, не могут быть:

- А) кавернозными;
- В) рацемозными;
- *С) одонтогенными;
- Д) капиллярными;
- Е) смешанными.

481. Эозинофильная гранулема челюсти рентгенологически характеризуется:

- А) наличием секвестров и разрежением костной ткани;
- *В) участками неоднородной деструкции костной ткани без наличия полоски остеосклероза по периферии патологического очага;
- С) участками однородной деструкции костной ткани с наличием полоски
- Д) наличием очагов вновь образованной ткани.
- Е) наличием гноя

482. В чем заключается лечение эозинофильной гранулемы челюсти?

- *А) в выскабливании патологического очага;
- В) в резекции участка челюсти;
- С) в назначении медикаментозного лечения;
- Д) в назначении криодеструкции.
- Е) нет правильного ответа

483. После обследования больному установили диагноз амелобластомы нижней челюсти. Какой метод лечения Вы примените данному больному?

- *А) резекцию участка нижней челюсти;
- В) вылушивание патологического очага (кюретаж);
- С) удаление новообразования вместе с капсулой;
- Д) склерозирующая терапия;
- Е) комбинированное лечение.

484. После обследования больному установлен диагноз фибромы нижней челюсти. Какой метод лечения Вы примените данному больному?

- А) резекцию участка нижней челюсти;
- *В) вылушивание патологического очага (кюретаж);
- С) удаление новообразования вместе с капсулой;
- Д) склерозирующая терапия;

Е) комбинированное лечение.

485. После обследования больному установлен диагноз одонтомы нижней челюсти. Какой метод лечения Вы примените данному больному?

- А) резекцию участка нижней челюсти;
- В) вылушивание патологического очага (кюретаж);
- *С) удаление новообразования вместе с капсулой;
- Д) склерозирующая терапия;
- Е) комбинированное лечение.

486. После обследования больному установлен диагноз фибросаркомы нижней челюсти. Какой метод лечения Вы примените данному больному?

- А) резекцию участка нижней челюсти,
- В) вылушивание патологического очага (кюретаж);
- С) удаление новообразования вместе с капсулой;
- Д) склерозирующая терапия;
- *Е) комбинированное лечение

487. Когда при липоме может появляться симптом псевдофлюктуации?

- А) при ее расположении в толще больших слюнных желез;
- В) при ее локализации в толще собственно жевательной мышцы;
- *С) при поверхностном расположении липомы,
- Д) при фибролипоме.
- Е) нет правильного ответа

488. По строению гемангиомы мягких тканей бывают:

- А) капиллярная, плоская, сенильная;
- В) ветвистая, гроздевидная, рацемозная;
- *С) капиллярная, ветвистая, кавернозная,
- Д) капиллярная, кистозная, кавернозная, пещеристая;
- Е) капиллярная, кистозная, кавернозная.

489. Как называются неврогенные опухоли мягких тканей, которые развиваются из оболочек периферических нервов?

- А) невриномы
- В) нейрофибромы,
- *С) невриномы и нейрофибромы;

- D) ганглионевромы;
- E) хемодектомы.

490. Как называются невригенные опухоли мягких тканей, которые развиваются из параганглионарных структур?

- A) невриномы;
- B) нейрофибромы;
- C) невриномы и нейрофибромы;
- D) ганглионевромы;
- *E) хемодектомы.

491. Неврилеммома - это синоним какой опухоли?

- *A) невриномы;
- B) нейрофибромы;
- C) невриномы и нейрофибромы
- D) ганглионевромы;
- E) хемодектомы

492. Шваннома - это синоним какой опухоли?

- *A) невриномы;
- B) нейрофибромы;
- C) невриномы и нейрофибромы;
- D) ганглионевромы;
- E) хемодектомы.

493. Нейрофиброматоз - это:

- A) болезнь, характеризующаяся наличием множественных нейрофибром;
- *B) болезнь, характеризующаяся наличием множественных нейрофибром неврином, гемангиом и лимфангиом;
- C) болезнь, характеризующаяся наличием множественных неврином, хемодектом, ганглионевром.
- D) болезнь, характеризующаяся наличием множественных хемодектом;
- E) нет правильного ответа

494. Мезенхимомма - это опухоль, состоящая из:

- A) жировой ткани;
- B) фиброзной ткани;
- *C) жировой, фиброзной, сосудистой и рыхлой соединительной ткани;
- D) жировой, фиброзной и невригенной ткани.
- E) рыхлой соединительной ткани

495. Истинной доброкачественной опухолью является:

- A) фиброзная дисплазия;
- B) экзостоз;
- C) околокорневая воспалительная киста;
- *D) гигантоклеточная опухоль;
- E) травматическая костная киста.

496. Истинной доброкачественной опухолью является:

- A) эозинофильная гранулема;
- *B) остеома;
- C) херувизм;
- D) фолликулярная киста;
- E) аневризмальная киста.

497. Истинной доброкачественной опухолью является:

- A) глобуломаксиллярная киста
- B) синдром Олбрайта
- *C) оссифицирующая фиброма
- D) травматическая костная киста
- E) херувизм

498. Истинной доброкачественной опухолью является:

- A) эозинофильная гранулема;
- B) гигантоклеточная гранулема;
- C) травматическая костная киста;
- D) фиброзная дисплазия;
- *E) одонтогенная фиброма.

499. Ведущим методом лечения новообразований челюстных костей у детей является:

- A) склерозирующая терапия;
- B) лучевая терапия;
- C) химиотерапия;
- *D) хирургическое лечение;
- E) гормональная терапия.

500. Наличие в полости кисты продуктов сальных и потовых желез характерно для кисты:

- A) срединной шеи;
- B) воспалительной корневой;
- C) прорезывания;
- *D) дермоидной;
- E) эпидермоидной.

501. Нестабильность размеров, склонность к воспалению характерны для:

- А) гемангиомы;
- *В) лимфангиомы;
- С) фибромы.
- Д) липомы
- Е) остеомы

502. Наибольшая нестабильность размеров характерна для:

- А) папилломы;
- В) фибромы;
- *С) ретенционной кисты слюнной железы.
- Д) остеома
- Е) остеоид остеома

503. Озлокачествленная рабдомиома - это:

- *А) рабдомиосаркома;
- В) лейомиосаркома;
- С) недифференцированная саркома
- Д) ангиосаркома.
- Е) нет правильного ответа

504. Основной причиной вывихов нижней челюсти является

- А) артрит височно- нижнечелюстного сустава
- В) нижняя макрогнатия
- С) снижение высоты прикуса
- Д) глубокое резцовое перекрытие
- *Е) слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно- нижнечелюстного сустава

505. Основной причиной вывихов нижней челюсти является

- А) артрит височно- нижнечелюстного сустава
- В) нижняя макрогнатия
- С) снижение высоты прикуса
- Д) глубокое резцовое перекрытие
- *Е) снижение высоты суставного бугорка

506. Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти

- А) слезотечение
- В) снижение высоты прикуса
- *С) невозможность сомкнуть зубы
- Д) ограничение подвижности нижней челюсти
- Е) нет правильного ответа

507. Первый этап лечения при вывихе нижней челюсти заключается

- А) в иммобилизации
- В) в резекции суставного бугорка
- С) в прошивании суставной капсулы
- Д) в резекции мышечковых отростков нижней челюсти
- *Е) во введении суставной головки в суставную впадину

508. Основным видом обезболивания при вправлении вывиха нижней челюсти

- А) наркоз
- *В) местное
- С) нейролептаналгезия
- Д) стволовая анестезия
- Е) аппликационная

509. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на моляры осуществляется в направлении

- А) кзади
- В) вбок
- *С) книзу
- Д) снизу вверх
- Е) фронтальной группы зубов

510. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на подбородок осуществляется в направлении

- А) вбок
- В) вверх
- С) книзу
- *Д) снизу вверх и кзади
- Е) снизу и кзади

511. Показания для проведения наркоза при вправлении вывиха нижней челюсти

- А) при привычном вывихе
- В) при выраженной гиперсаливации
- С) при подозрении на тромбофлебит угловой вены
- *Д) при рефлексорной контрактуре жевательных мышц
- Е) нет правильного ответа

512. Причиной острого травматического артрита височно- нижнечелюстного сустава является

- А) актиномикоз
- *В) острая травма
- С) околоушный гипергидроз

D) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
E) нет правильного ответа

513. Причиной первично- хронического травматического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
A) актиномикоз
B) острая травма
C) околоушный гипергидроз
*D) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
E) нет правильного ответа

514. Причиной острого неспецифического артрита височно- нижнечелюстного сустава является
A) актиномикоз
*B) ревматическая атака
C) околоушный гипергидроз
D) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
E) нет правильного ответа

515. Причиной острого неспецифического артрита височно- нижнечелюстного сустава является
A) актиномикоз
B) околоушный гипергидроз
*C) распространение инфекции из окружающих тканей
D) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
E) нет правильного ответа

516. Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является
A) гиперсаливация
B) частичная адентия
C) массивные зубные отложения
*D) хроническая травма слизистой оболочки
E) заболевания желудочно- кишечного тракта

517. Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является
A) гиперсаливация
B) частичная адентия
*C) предраковые заболевания
D) массивные зубные отложения
E) заболевания желудочно- кишечного тракта

518. При подозрении на злокачественную опухоль челюстно- лицевой области больного необходимо направить
*A) к районному онкологу
B) к специалисту- радиологу
C) к участковому терапевту
D) к хирургу общего профиля
E) к специалисту- стоматологу

519. Больной с диагнозом "Злокачественное новообразование" челюстно- лицевой области должен быть направлен
*A) к районному онкологу
B) к специалисту- радиологу
C) к участковому терапевту
D) к хирургу общего профиля
E) к специалисту- стоматологу

520. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза "злокачественное новообразование челюстно- лицевой области" относится
A) физикальный
B) биохимический
*C) цитологический
D) иммунологический
E) ангиографический

521. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза "злокачественное новообразование челюстно- лицевой области" относится
A) физикальный
B) биохимический
*C) гистологический
D) ангиографический
E) иммунологический

522. Под онкологической настороженностью понимают знание злокачественных новообразований

- *А) ранних симптомов
- В) препаратов для лечения
- С) профессиональных вредностей
- Д) допустимых доз лучевой терапии
- Е) нет правильного ответа

523. Под онкологической настороженностью понимают знание

- А) профессиональных вредностей
- В) препаратов для лечения опухолей
- С) допустимых доз лучевой терапии
- *Д) специальных методов обследования, ранней диагностики
- Е) системы организации помощи онкологическим больным

524. В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костей развивается

- А) кератокиста
- *В) радикулярная киста
- С) фолликулярная киста
- Д) назоальвеолярная киста
- Е) киста резцового канала

525. В результате нарушения развития эмалевого органа в челюстных костях развивается

- А) кератокиста
- В) радикулярная киста
- *С) фолликулярная киста
- Д) назоальвеолярная киста
- Е) киста резцового канала

526. Основным клиническим проявлением кисты челюсти является

- А) боль
- В) симптом Венсана
- С) нарушение глотания
- Д) плотное обызвествленное образование
- *Е) безболезненная деформация в виде вздутия

527. Тестоватая консистенция характерна для

- А) гемангиомы
- В) околочелюстной флегмоны
- *С) лимфангиомы
- Д) нейрофиброматоза

Е) херувизма

528. Макродентия, увеличенная ушная раковина, пигментные пятна на коже туловища характерны для

- А) гемангиомы
- *В) нейрофиброматоза
- С) лимфангиомы
- Д) синдрома ольбрайта
- Е) миобластомы

529. Лечение ретенционной кисты малой слюнной железы рекомендуется методом

- *А) хирургическим
- В) лучевой терапии
- С) склерозирования
- Д) аспирации
- Е) гирудотерапии

530. Капиллярные гемангиомы кожи и слизистой оболочки у детей рекомендуется лечить методом

- А) хирургическим
- В) склерозирования
- *С) криодеструкции
- Д) электрохимического лизиса
- Е) лучевой терапии

531. Электрокоагуляция как самостоятельный метод рекомендуется при лечении

- А) кавернозной гемангиомы
- *В) телеангиэктазии
- С) пигментного невуса
- Д) лимфангиомы
- Е) хондросаркомы

532. Очаговая гиперпигментация кожи, раннее половое созревание, поражение костей лица является характерными признаками

- А) эозинофильной гранулемы
- В) саркомы юинга
- *С) синдрома ольбрайта
- Д) нейрофиброматоза
- Е) амелобластомы

533. Клиническими признаками, сходными с обострением хронического остеомиелита, характеризуется

- *А) саркома юинга
- В) остеогенная саркома

- С) фиброзная дисплазия
- Д) хондрома
- Е) лимфангиома в период обострения

534. Наиболее чувствительна к лучевой терапии среди всех злокачественных опухолей у детей

- А) фибросаркома
- *В) ретикулярная саркома
- С) остеогенная саркома
- Д) ангиосаркома
- Е) саркома юинга

535. Нарушение процесса зубообразования, частичная первичная адентия характерны для

- *А) херувизма
- В) одонтомы
- С) саркомы юинга
- Д) амелобластомы
- Е) цементомы

536. Симметричность поражения, возможность одновременного поражения верхней и нижней челюсти, семейно-наследственный характер поражения свойственен

- А) эозинофильной гранулеме
- В) синдрому олбрайта
- С) гигантоклеточной опухоли
- *Д) херувизму
- Е) остеогенной саркоме

537. Гингивит, образование патологических зубодесневых карманов, обнажение шеек зубов, запах изо рта, прогрессирующая подвижность и потеря отдельных зубов характерны для

- А) фиброзной дисплазии
- *В) эозинофильной гранулемы
- С) амелобластомы
- Д) остеомы
- Е) одонтогенной воспалительной кисты

538. Электрокоагуляция наиболее эффективна при лечении

- А) капиллярных гемангиом кожи и пжк
- В) венозной ангиодисплазии
- С) артерио- венозных коммуникаций
- Д) кавернозных гемангиом
- *Е) телеангиоэктазии

539. Наиболее частая локализация хондром челюстей в детском возрасте

- А) ветвь нижней челюсти
- В) верхнечелюстной синус
- *С) передний отдел верхней челюсти по ходу срединного шва
- Д) нижнеглазничный край
- Е) скуловая кость

540. Тестоватая консистенция характерна для

- А) гемангиомы
- В) околочелюстной флегмоны
- *С) лимфангиомы
- Д) нейрофиброматоза
- Е) херувизма

541. Макродентия, увеличенная ушная раковина, пигментные пятна на коже туловища характерны для

- А) гемангиомы
- *В) нейрофиброматоза
- С) лимфангиомы
- Д) синдрома олбрайта
- Е) миобластомиомы

542. Лечение ретенционной кисты малой слюнной железы рекомендуется методом

- *А) хирургическим
- В) лучевой терапии
- С) склерозирования
- Д) аспирации
- Е) гирудотерапии

543. Капиллярные гемангиомы кожи и слизистой оболочки у детей рекомендуется лечить методом

- А) хирургическим
- В) склерозирования
- *С) криодеструкции
- Д) электрохимического лизиса
- Е) лучевой терапии

544. Электрокоагуляция как самостоятельный метод рекомендуется при лечении

- А) кавернозной гемангиомы
- *В) телеангиэктазии
- С) пигментного невуса
- Д) лимфангиомы
- Е) хондросаркомы

545. Очаговая гиперпигментация кожи, раннее половое созревание, поражение костей лица является характерными признаками

- A) эозинофильной гранулемы
- B) саркомы юинга
- *C) синдрома ольбрайта
- D) нейрофиброматоза
- E) амелобластомы

546. Периферическая гигантоклеточная гранулема - это

- A) костная опухоль
- B) мягкотканная опухоль
- *C) опухолеподобное образование
- D) истинная одонтогенная опухоль
- E) нет правильного ответа

547. При анкилозе правого и левого височно- нижнечелюстных суставов подбородочный отдел челюсти смещён

- A) влево
- B) вправо
- *C) назад
- D) вперёд
- E) не смещен

548. При анкилозе правого височно- нижнечелюстного сустава правый угол рта

- A) опущен
- *B) приподнят
- C) симметричен правому углу
- D) поперечно растянута
- E) опущен и поперечно растянута

549. Дополнительный метод исследования при ВДОА и анкилозе внчс

- A) УЗИ
- B) ангиография
- C) электромиография
- D) аксиография
- *E) томограмма внчс

550. При ВДОА ВНЧС на рентгенограмме суставная щель

- A) не изменена
- B) расширена в переднем отделе
- C) сужена в заднем отделе
- *D) сужена, местами отсутствует
- E) отсутствует на всем протяжении

551. При ВДОА ВНЧС на рентгенограмме суставная головка

- A) не изменена
- B) нормальной формы с участками остеопороза
- C) нормальной формы с участками склероза
- *D) уплощенная, деформированная
- E) нормальной формы с нечеткими контурами

552. Основным методом лечения детей с вторичным деформирующим остеоартрозом височно- нижнечелюстных суставов является

- A) физиотерапия в сочетании с миогимнастикой
- B) ограничение функции в сочетании с противовоспалительной терапией и физиотерапией
- *C) хирургическое в комплексе с ортодонтическим лечением
- D) межчелюстная фиксация в сочетании с физиотерапией
- E) иглорефлексотерапия

553. При вторичном деформирующем остеоартрозе правого и левого височно- нижнечелюстных суставов больному ребёнку пяти лет показана

- A) остеотомия правой и левой ветвей нижней челюсти с последующим скелетным вытяжением по лимбергу
- *B) остеотомия ветвей челюсти с одномоментной костной пластикой
- C) наложение компрессионно- дистракционных аппаратов
- D) редрессация
- E) ортодонтическое лечение

554. Остеотомию ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением при анкилозе одного височно- нижнечелюстного сустава возможно проводить больным детям в возрасте

- *A) 3 – 5 лет
- B) 6- 7 лет
- C) 8- 9 лет
- D) 10 – 13 лет
- E) 15 и старше

555. При вторичном деформирующем остеоартрозе одного височно-нижнечелюстного сустава больному ребёнку 14 лет показана

- А) остеотомия ветви челюсти с последующим скелетным вытяжением
- *В) остеотомия ветви челюсти с одномоментной костной пластикой
- С) редрессация
- Д) миогимнастика
- Е) наложение кда

556. Больному 14 лет с анкилозом правого и левого височно-нижнечелюстных суставов показана

- А) остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим костным вытяжением
- *В) остеотомия ветвей с одномоментной костной пластикой
- С) редрессация
- Д) миогимнастика
- Е) нет правильного ответа

557. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится

- А) неоартроз
- *В) деформирующий юношеский артроз
- С) остеоартрит
- Д) аплазия мышечного отростка нижней челюсти
- Е) аневризмальная киста мышечного отростка нижней челюсти

558. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава свойственны детям телосложения

- А) нормостенического
- В) гиперстенического
- *С) астенического
- Д) нет зависимости от телосложения
- Е) нормостенического и гиперстенического

559. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава чаще встречается в возрастной группе детей

- А) 1-2 года
- В) 3-7 лет
- С) 5-6 лет
- Д) 8-11 лет
- *Е) 12-15 лет

560. Симметричность поражения, возможность одновременного поражения верхней и нижней челюсти, семейно-наследственный характер поражения свойственны:

- А) эозинофильной гранулеме;
- В) синдрому Олбрайта;
- С) гигантоклеточной опухоли;
- *Д) херувизму;
- Е) остеогенной саркоме.

561. Гингивит, образование патологических зубодесневых карманов, обнажение шеек зубов, запах изо рта, прогрессирующая подвижность и потеря отдельных зубов характерны для:

- А) фиброзной дисплазии;
- *В) эозинофильной гранулемы;
- С) амелобластомы;
- Д) остеомы.
- Е) нет правильного ответа

562. Гингивит, образование патологических зубодесневых карманов, обнажение шеек зубов, запах изо рта, прогрессирующая подвижность и потеря отдельных зубов характерны для:

- А) фиброзной дисплазии;
- *В) эозинофильной гранулемы;
- С) амелобластомы;
- Д) остеомы.
- Е) нет правильного ответа

563. При удалении опухоли нижней челюсти одномоментное замещение дефекта трансплантатом необходимо детям в возрасте:

- А) 3-7 лет;
- В) 7-12 лет;
- С) старше 12 лет;
- *Д) любом.
- Е) нет правильного ответа

564. Рентгенологически у детей различают следующие формы остеобластокластом:

- *А) ячеистую
- В) кистозную
- *С) литическую
- Д) солидную
- Е) смешанную

565. Ячеистую форму остеобластокластомы дифференцируют с:

- *А) радикулярной кистой
- В) одонтомой
- *С) паратериодной остеодистрофией
- Д) папилломой
- Е) остеомой

566. Выделите характерные симптомы для остеомы:

- *А) медленный рост
- В) выраженная припухлость и боль
- *С) деформация челюсти
- Д) сильная боль
- Е) симптом Венсана положительный

567. Методы лечения внутрикостной гемангиомы нижней челюсти

- *А) резекция
- В) R - терапия
- С) криодеструкция
- *Д) биологическая тампонада
- Е) склерозирование

568. Дифференцировать хондромы приходится от

- *А) одонтогенных кист
- *В) очаговой формой фиброзной дисплазии
- С) остеомы
- Д) одонтомы
- Е) амелобластомы

569. Для аденокарциномы характерно:

- *А) дает рецидивы и метастазирует
- *В) иррадиирующие боли
- С) безболезненна
- Д) не дает рецидивов
- Е) спонтанная регрессия

570. Доброкачественными эпителиальными опухолями слюнных желез является

- *А) мономорфная аденома
- *В) полиморфная аденома
- С) цилиндрома
- Д) карцинома
- Е) аденокарцинома

571. Клинические формы фиброзной дисплазии у детей:

- *А) херувизм

*В) синдром Олбрайта

- С) симптом Дюпетрена
- Д) синдром I и II жаберных дуг
- Е) синдром Пьера- Робена

572. Проведите дифференциальный диагноз эозинофильной гранулемы

- *А) пародонтолиз
- В) фиброзная дисплазия
- *С) язвенно некротический стоматит
- Д) гиперпаратериодная остеодистрофия
- Е) адамантинома

573. Характерные симптомы фиброзной дисплазии на нижней челюсти:

- *А) функция не нарушается
- В) функция нарушается
- С) мягкое выбухание
- *Д) отсутствие боли
- Е) легкие ноющие боли

574. Основным методом лечения диффузной формы эозинофильной гранулемы является

- *А) химиотерапия
- *В) выскабливание опухоли
- С) резекция челюсти
- Д) наблюдение
- Е) склерозирование

575. Характерные симптомы фиброзной дисплазии на нижней челюсти:

- А) функция отсутствует
- В) функция нарушается
- *С) плотное выбухание
- *Д) отсутствие боли
- Е) легкие ноющие боли

576. Основным методом лечения диффузной формы эозинофильной гранулемы является

- А) наблюдение
- *В) выскабливание опухоли
- С) резекция челюсти
- *Д) лучевая терапия
- Е) склерозирование

577. Чем характеризуется синдром Олбрайта:

- *А) наличием пигментных пятен
- *В) поражением костей
- С) поздним половым созреванием

- D) симметричное утолщение кости
- E) гиподентия

578. Выделите характерные признаки эозинофильной гранулемы в полости рта:

- *A) гингивит и пародонтит
- B) пародонтоз
- C) ретенция зубов
- *D) ранняя секвестрация зачатков зубов
- E) частичная адентия

579. Формы фиброзной дисплазии

- *A) монооссальная
- *B) полиоссальная
- C) острая
- D) хроническая
- E) ячеистая

580. При хирургическом лечении одонтогенных кист применяют методы:

- *A) цистэктомии
- *B) цистотомии
- C) частичной резекции челюсти
- D) криодеструкции опухоли
- E) склерозировании опухоли

581. Остеопластическая остеосаркома дифференцируется с:

- *A) фиброзной дисплазией
- *B) десмопластической фибромой
- C) фибросаркомой
- D) одонтомой
- E) хондромой

582. Симптомами саркомы верхней челюсти могут быть:

- *A) экзофтальм
- *B) диплопия
- C) парез лицевого нерва
- D) сухость во рту
- E) симптом Дюпиетрена

583. Для остеогенной саркомы характерно:

- *A) разрушение костной ткани
- *B) расширение подкожных вен
- C) пигментные изменения на коже
- D) отсутствие боли
- E) наличие тяжей в мягких тканях

584. Фибросаркомы бывают:

- *A) периферические
- B) множественные

- C) одиночные
- *D) центральные
- E) составные

585. Причины возникновения неартроза

- *A) Исход остеоартрита
- *B) Внутрисуставной перелом мышечного отростка
- C) Сиалоденит
- D) Периостит
- E) Отит

586. Перечислите методы исследования при заболеваниях ВНЧС:

- *A) Ортопантомография
- *B) Рентген по Юсупову
- C) Ангиография
- D) УЗИ
- E) Фистулография

587. Причины остеоартрита:

- *A) Острая травма
- *B) Родовая травма сустава
- C) Стоматит
- D) Хроническая травма
- E) Флегмона дна полости рта

588. Укажите опухоли, поражающие челюстную кость

- *A) Амелобластома
- *B) Остеокластома
- C) Липома
- D) Кожный рог
- E) Лейкоплакия

589. Дифференциальная диагностика саркомы Юинга

- *A) Ретикулярная саркома
- *B) Эозинофильная гранулема
- C) Фибросаркома
- D) Цементома
- E) Хондрома

590. В комплекс лечения больных детей с вторичным деформирующим остеоартрозом входит

- A) механотерапия
- B) ортодонтическое лечение
- *C) хирургическое лечение
- D) логопедическое лечение
- *E) физиолечение

591. Ограниченную лимфангиому языка необходимо дифференцировать

- *А) с папилломатозом
- *В) гемангиомой
- С) фибромой
- Д) кистой корня языка
- Е) ретенционной кистой подъязычной слюнной железы

592. Пигментные пятна на коже характерны для

- А) гемангиомы
- *В) нейрофиброматоза
- *С) синдрома Олбрайта
- Д) лимфангиомы
- Е) эозинофильной гранулемы

593. Остеомы по характеру роста делят на

- *А) центральные
- В) губчатые
- С) компактные
- Д) смешанные
- *Е) периферические

594. Пигментные пятна на коже характерны для:

- А) гемангиомы;
- *В) нейрофиброматоза;
- *С) синдрома Олбрайта;
- Д) лимфангиомы;
- Е) эозинофильной гранулемы.

6.5. Критерии оценки
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
БОЛАЛАР СТОМАТОЛОГИЯСИ КАФЕДРАСИДА ТАЛАБАЛАРНИНГ БИЛИМИНИ
БАҲОЛАШ РЕЙТИНГ ТИЗИМИ ТЎҒРИСИДА
Н И З О М

Болалар стоматологияси кафедраси “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанлар бўйича талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолаш учун “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида Низом ҳамда тиббиёт олий таълим муассасалари ректорлари Раёсати томонидан тавсия этилган низом асосида ишлаб чиқилди.

I. Умумий қондалар

1. Талабалар билимини назорат қилиш ва рейтинг тизими орқали баҳолашдан мақсад таълим сифатини бошқариш орқали рақобатбардош кадрлар тайёрлашга эришиш, талабаларнинг фанларни ўзлаштиришида бўшлиқлар ҳосил бўлишини олдини олиш, уларни аниқлаш ва бартараф этишдан иборат.

2. Рейтинг тизимнинг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат:

а) талабаларда Давлат таълим стандартларига мувофиқ тегишли билим, кўникма ва малакалар шаклланганлиги даражасини назорат қилиш ва таҳлил қилиб бориш;

б) талабалар билими, кўникма ва малакаларини баҳолашнинг асосий тамойиллари; Давлат таълим стандартларига асосланганлик, ҳаққонийлик, ишончлилик ва қулай шаклда баҳолашни таъминлаш;

в) фанларнинг талабалар томонидан тизимли тарзда ва белгиланган муддатларда ўзлаштиришни ташкил этиш ва таҳлил қилиш;

г) талабаларда мустақил ишлаш кўникмаларини ривожлантириш, ахборот ресурслари манбаларидан самарали фойдаланишни ташкил этиш;

д) талабалар билимини ҳолис ва адолатли баҳолаш ҳамда унинг натижаларини вақтида маълум қилиш;

с) талабаларнинг фанлар бўйича комплекс ҳамда узлуксиз тайёргарлигини таъминлаш;

ё) ўқув жараёнининг ташкилий ишларини компьютерлаштиришга шароит яратиш.

3. “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанларидан стоматология 3-4-5 курслар бўйича талабалар билимини семестрда баҳолаб бориш рейтинг назорати жадваллари ва баҳолаш мезонлари асосида амалга оширилади.

II. Назорат турлари ва уни амалга ошириш тартиби

4. Назорат турлари, уни ўтқизиш тартиби ва мезонлари кафедра мудири тавсияси билан факультет ўқув-услубий кенгашида муҳокама қилинди ва тасдиқланди ҳамда “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанларининг ишчи ўқув дастурида машғулот турлари билан биргаликда кўрсатилди.

Болалар стоматологияси кафедрасида талабаларнинг билимини баҳолашнинг рейтинг низоми ишлаб чиқилган бўлиб ундан меъёрий ҳужжат сифатида фойдаланилади. Баҳолаш талабанинг билим даражаси ва амалий билим даражаси ва амалий машғулот материални ўзлаштириш, назарий материаллар муҳокамасида ва таълимнинг интерактив усулларда қатнашишининг фаоллик даражаси, шунингдек амалий билим ва кўникмаларнинг ўзлаштириш даражаси ҳисобига олинади.

ОБда фаннинг бир нечта мавзуларини қамраб олган билими ёки қисми бўйича назарий машғулот ўтиб бўлинганидан сўнг талабанинг назарий билимлари баҳоланади ва ундан талабанинг муайян саволга жавоб бериш ёки муаммоли вазифаларни ечиш маҳорати ва қобилияти аниқланади. Блок тизимидаги фанларнинг хажми 72 соатдан кам бўлган ҳолда ОБ ўтказилмайди.

Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда кафедрада қуйидагича ОБ ўтказилади. Стоматологик касалликлар профилактикаси фанидан маъруза 6 соат, амалий машғулот 30 соат, клиник машғулот-36 соат, м/и 34 соат, умумий 106 соатни ташкил қилади, шуни ҳисобга олган ҳолда иккита ОБ режалаштирилган.

Болалар стоматологияси фанидан маъруза 8 соат, амалий машғулот 50 соат, клиник машғулот 60 соат м/и 58 соат, умумий 176 соатни ташкил қилади, шуни ҳисобга олган ҳолда 1 та ОБ ўтказилади.

4 курс талабалари учун Болалар жаррохлик стоматологияси фани учун маъруза - 8с, амалий машғулот-28с, клиник машғулот-36 с., м/и-26с, умумий -98 соатни ташкил қилади, шуни ҳисобга олган ҳолда 1 та ОБ ўтказилади.

5 курс талабаларида Госпитал болалар терапевтик стоматологияси фанидан машғулотлар цикл шаклида бўлиб маъруза - 16с, амалий машғулот-92с, клиник машғулот-108 соат, м/и – 126 с, умумий соат - 342с ни ташкил қилади. Бу фанда ҳам оралиқ баҳолаш 2 марта, цикл орасида ва охирида ўтказиш мақсадга мувофиқ.

5 курс Болалар жаррохлик фанидан маъруза – 6 соат, амалий машғулот–20 соат, клиник машғулот-31 соат, м/и-30соат, умумий 87 соатни ташкил қилади, шуни ҳисобга олган ҳолда 1-та ОБ режалаштирилган.

Институтда ишлаб чиқилган намунавий низомга асосан ЖБ ва ОБ турлари ҳар бир фаннинг хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда оғзаки, ёзма иш, тест, назорат иши, OSCE ва бошқа шаклда ҳам амалга оширилиши мумкин. Шуни ҳисобга олган ҳолда кафедрамизда ЖН - оғзаки, ОБ эса ёзма шаклда ўтказилади.

5. Рейтинг назорати жадваллари, назорат тури, шакли, сони ҳамда бир назоратга ажратилган максимал балл, шунингдек жорий ва оралиқ назоратларнинг саралаш баллари ҳақидаги маълумотлар

“Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жаррохлик стоматологияси” фанлари бўйича биринчи машғулотда талабаларга эълон қилинади.

6. Талабаларнинг билим савияси ва ўзлаштириш даражасининг Давлат таълим стандартларига мувофиқлигини таъминлаш учун қуйидаги назорат турларини ўтказиш назарда тутилади:

жорий баҳолаш - “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жаррохлик стоматологияси” - фанларидан стоматология факультети 3-4-5 курс талабаларини ҳар бир мавзуси бўйича билим ва амалий кўникма даражасини аниқлаш ва баҳолаш усули. Жорий назорат фаннинг хусусиятидан келиб чиққан ҳолда, семинар, амалий машғулотларида оғзаки сўров, тест ўтказиш, суҳбат, назорат иши, коллоквиум, уй вазифаларини текшириш ва шу каби бошқа шаклларда ўтказилиши мумкин;

оралиқ баҳолаш – V-VI-VII-VIII-IX-X семестрлар давомида ўқув дастурининг тегишли (фаннинг бир неча мавзуларини ўз ичига олган) бўлим тугаллангандан кейин талабанинг билим ва амалий кўникма даражасини аниқлаш ва баҳолаш усули.

яқуний баҳолаш – семестр якунида муайян фан бўйича назарий билим ва амалий кўникмаларни талабалар томонидан ўзлаштириш даражасини баҳолаш усули. Яқуний назорат асосан ТЕСТ ва ОТКС (объектив тизимлаштирилган клиник синов) шаклида ўтказилади.

7. Оралиқ назоратни ўтказиш жараёни кафедра мудири томонидан тузилган комиссия иштирокида даврий равишда ўрганиб борилади ва уни ўтказиш тартиблари бузилган

ҳолларда, оралиқ назорат натижалари бекор қилиниши мумкин. Бундай ҳолларда оралиқ назорат қайта ўтказилади.

8. Институт раҳбарининг буйруғи билан ички назорат ва мониторинг бўлими раҳбарлигида тузилган комиссия иштирокида якуний назоратни ўтказиш жараёни даврий равишда ўрганиб борилади ва уни ўтказиш тартиблари бузилган ҳолларда, якуний назорат натижалари бекор қилиниши мумкин. Бундай ҳолларда якуний назорат қайта ўтказилади.

III. Баҳолаш тартиби ва мезонлари

10. Талабаларнинг билим савияси, кўникма ва малакаларини назорат қилишнинг рейтинг тизими асосида талабаланинг “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанлари бўйича ўзлаштириш даражаси баллар орқали ифодаланади.

11. “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанлари бўйича талабанинг семестр давомидаги ўзлаштириш кўрсаткичи 100 баллик тизимда баҳоланади.

Ушбу балл назорат турлари бўйича қуйидагича тақсимланади:

Жорий баҳолаш – 45 балл;

Оралиқ баҳолаш - 20 балл;

Мустақил иш - 5 балл;

Якуний баҳолаш - 30 балл.

Стоматология факультети 3-4-5 курс “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанлари бўйича ўқитиш услубларини ўзига хослигини инобатга олган ҳолда талабалар билимини баҳолашда ЖБ,ТМИ,ОБ ва ЯБларнинг қийматини ҳисобга олиш учун кўрсатилган коэффициентлар қўлланилади.

№	Баҳолаш тури	Максимал балл	Саралаш бали	Коэффициент
1	Жорий баҳолаш	45	24,75	0,45
2	ТМИ	5	2,75	0,05
3	Оралиқ баҳолаш	20	11,0	0,2
4	Якуний баҳолаш	30	16,5	0,3
	Жами:	100 балл	55,0	1

13. Талабанинг “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” -фанлари бўйича ўзлаштириш кўрсаткичини назорат қилишда қуйидаги намунавий мезонлар тавсия этилади:

а) 86-100 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериш лозим:

- хулоса ва қарор қабул қилиш;
- ижодий фикрлай олиш;
- мустақил мушоҳада юрита олиш;
- олган билимларини амалда қўллай олиш;
- моҳиятини тушуниш;
- билиш, айтиб бериш;
- тасаввурга эга бўлиш;

б) 71-85 балл талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериш лозим:

- мустақил мушоҳада юрита олиш;
- олган билимларини амалда қўллай олиш;

моҳиятини тушуниш;
билиш, айтиб бериш;
тасаввурга эга бўлиш;

в) 56-70 балл талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериш лозим:

моҳиятини тушуниш;
билиш, айтиб бериш;
тасаввурга эга бўлиш;

г) қуйидаги ҳолларда талабанинг билим даражаси 0-55 балл билан баҳоланиши мумкин:
аниқ тасаввурга эга бўлмаслик;
билмаслик.

14. Намунавий мезонларга мувофиқ мутахассислик “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанлар бўйича таянч олий таълим муассаси (ТТА) томонидан якуний назорат учун баҳолаш мезонлари ва топшириқлари ишлаб чиқилиб, институт илмий-услубий кенгаши томонидан тасдиқланади ва турдош олий таълим муассасаларига етказилади.

15. Талабаларнинг “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанлари бўйича мустақил иши жорий, оралик ва якуний назоратлар жараёнида тегишли топшириқларни бажариши ва унга ажратилган баллардан келиб чиққан ҳолда баҳоланади.

16. Талабанинг “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фан бўйича рейтинги қуйидагича аниқланади:

$$R_f = \frac{V \cdot O'}{100}$$

Бу ерда: O^1 -фан бўйича ўзлаштириш даражаси (балларда).

V-VI семестрда Стоматологик касалликлар профилактикаси фанига ажратилган умумий ўқув юкламаси (106 соат)

VII-VIII семестрда Болалар стоматологияси фанига ажратилган умумий ўқув юкламаси (176 соат)

VII-VIII семестрда Болалар жарроҳлик стоматологияси фанига ажратилган умумий ўқув юкламаси (98 соат)

IX-X семестрда Болалар госпитал терапевтик стоматологияси фанига ажратилган умумий ўқув юкламаси (342 соат)

IX-X семестрда Болалар жарроҳлик стоматологияси фанига ажратилган умумий ўқув юкламаси (87 соат)

17. “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанлари бўйича жорий, оралик ва якуний назоратнинг ҳар бирига ажратилган балнинг 55 фоизи саралаш балли этиб белгиланади.

Жорий ва оралик назоратларнинг ҳар бирига ажратилган балнинг саралаш балини 55 фоизидан ортиқ балли тўплаган барча талабалар ушбу фан бўйича якуний назоратга киритилади.

Агар талаба якуний назоратда шу назорат тури бўйича саралаш балидан юқори балли тўпласа, бу балли жорий ва оралик назоратларда тўпланган балларга қўшилади. Акс ҳолда талаба “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанлари бўйича ўзлаштирмаган ҳисобланади.

IV. Назорат турларини ўтказиш муддати

18. Оралиқ ва якуний назорат турлари календар тематик режага мувофиқ деканат томонидан тузилган рейтинг назорат жадваллари асосида ўтказилади. Якуний назорат семестрнинг охириги 2 ҳафтаси мобайнида ўтказилади.

19. Жорий ва оралиқ назоратларда саралаш баллидан кам балл тўплаган ва узрли сабабларга кўра назоратларда қатнаша олмаган талабага қайта топшириш учун, навбатдаги шу назорат туригача сўнгги жорий ва оралиқ назоратлар учун якуний назоратгача бўлган муддат берилади.

Белгиланган муддатларда топширилмаган жорий ва оралиқ назорат баллари кейинги баҳолаш балларига қўшилмайди ва қайта топширишга рухсат берилмайди.

Касаллиги сабабли дарсларга қатнашмаган ҳамда белгиланган муддатларда жорий, оралиқ ва якуний назоратларни топшира олмаган талабаларга факультет декани фармойиш асосида, ўқишни бошлаганидан сўнг икки ҳафта муддатда топширишга рухсат берилади.

20. Семестр якунида “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанлари бўйича жорий, оралиқ, якуний ёки ТМИ назорат турларини ҳар бири бўйича саралаш баллидан кам балл тўплаган талабанинг ўзлаштириши кониқарсиз (академик қарздор) ҳисобланади.

Академик қарздор талабаларга семестр тугганидан кейин қайта ўзлаштириш учун 2 ҳафта муҳлат берилади. Шу муддат давомида “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанларини ўзлаштира олмаган талаба, факультет декани тавсиясига кўра белгиланган тартибда ректорнинг буйруғи билан талабалар сафидан четлаштирилади.

21. Талаба назорат натижаларидан норози бўлса, “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанлари бўйича назорат тури натижалари эълон қилинган вақтдан бошлаб бир кун мобайнида факультет деканига ариза билан мурожаат этиши мумкин. Бундай ҳолда факультет деканининг тақдимномасига кўра ректор буйруғи билан 3 (уч) аъзодан кам бўлмаган таркибда апелляция комиссияси ташкил этилади.

Апелляция комиссияси талабаларнинг аризаларини кўриб чиқиб, шу куннинг ўзида ҳулосасини билдиради.

22. Баҳолашнинг ўрнатилган талаблар асосида белгиланган муддатларда ўтказилиш ҳамда расмийлаштиришни факультет декани, кафедра мудири, ўқув ҳамда ички назорат ва мониторинг бўлими томонидан назорат қилинади.

V. Рейтинг натижаларини қайд қилиш ва таҳлил этиш тартиби

23. Талабанинг “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанлари бўйича назорат турларида тўплаган баллари семестр якунида рейтинг қайдномасига бутун сонлар билан қайд қилинади. Рейтинг дафтарчасининг “Ўқув режасида ажратилган соат” устунига семестр учун “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанларига ажратилган умумий ўқув юклама соатлари, “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанларидан олинган баҳо” устунига эса 100 баллик тизимдаги ўзлаштириш қуйилади. Талабанинг саралаш баллидан паст бўлган ўздаштириш рейтинг дафтарчасига қайд этилмайди.

24. “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанлари бўйича

Ўтказиладиган назорат турларининг натижалари гуруҳ ва профессор-ўқитувчи журналлари ҳамда қайдномада қайд этилади ва шу куннинг ўзида (назорат тури ёзма иш шаклида ўтказилган бўлса, 2(икки) кун муддат ичида) талабалар эътиборига етказилади.

25. Яқуний назорат натижаларига кўра деканат талабаларнинг “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанлари бўйича рейтингини аниқлайди ҳамда рейтинг дафтарча ва қайдноманинг тегишли қисмини тўлдиради.

26. Талабанинг рейтингини унинг билими, кўникма ва малакалари даражасини белгилайди. Талабанинг V-VI-VII-VIII-IX-X семестр (3-5 курс) бўйича умумий рейтингини барча фанлардан тўпланган рейтинг баллари йиғиндиси орқали аниқланади.

27. Талабалар умумий рейтингини ҳар бир V-VI-VII-VIII-IX-X семестр ва ўқув йили якунлангандан сўнг эълон қилинади.

28. Диплом иловаси ёки академик маълумотномани деканат томонидан расмийлаштиришда “Стоматологик касалликлар профилактикаси, Болалар стоматологияси, Болалар госпитал терапевтик стоматологияси, Болалар жарроҳлик стоматологияси” фанлари бир V-VI-VII-VIII-IX-X семестр давом этган бўлса, рейтинглар йиғиндиси олинади.

29. Талабаларнинг жорий, оралик ва яқуний назоратларда эришган ва тегишли ҳужжатлар (гуруҳ журнали, ўқитувчининг шахсий журнали, рейтинг қайдномасида қайд этилган ўзлаштириш кўрсаткичлари деканатлар ва ўқув-методик бошқармаларида компьютер хотирасига киритилиб, мунтазам равишда таҳлил қилиб борилади.

30. Жорий, оралик ва яқуний назорат натижалари Болалар стоматологияси кафедраси йиғилишлари, факультет ва институт илмий кенгашларида мунтазам равишда муҳокама этиб борилади ва тегишли қарорлар қабул қилинади.

VI. Яқуний қондалар

31. Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги ҳамда Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Давлат тест маркази тест баҳолари ва рейтинг балларининг ҳослигини текширишни ташкил этади ва назорат қилади.

32. Рейтинг экранини ташкил этиш ва уни белгиланган муддатларга тўлдириш масъулияти кафедра мудирини т.ф.н. Камалова Ф.Р. зиммасига юклатилади.

**БОЛАЛАР СТОМАТОЛОГИЯСИ КАФЕДРАСИДА
ТАЛАБАЛАР МУСТАҚИЛ ИШНИ ТАШКИЛ ЭТИШ
ВА НАЗОРАТ ҚИЛИШ БЎЙИЧА**

ЙЎРИҚНОМА

Кадрлар тайёрлаш миллий дастурида чуқур назарий ва амалий билимлар билан бир қаторда танлаган соҳаси бўйича мустақил фаолият кўрсата оладиган, ўз билими ва малакасини мустақил равишда ошириб борадиган, масалага ижобий ёндошган ҳолда муаммоли вазиятларни тўғри аниқлаб, таҳлил қилиб, шароитга тез мослаша оладиган мутахассисларни тайёрлаш асосий вазифалардан бири сифатида белгиланган.

Маълумки, ахборот ва билимлар доираси тез суръатлар билан кенгайиб бораётган ҳозирги шароитда барча маълумотларни фақат дарс машғулотлари пайтида талабаларга етказиш қийин.

Тажрибалар шуни кўрсатадики, талаба мустақил равишда шуғулланса ва ўз устида тинимсиз ишласагина билимларни чуқур ўзлаштириши мумкин. Талабаларни асосий билим, кўникма ва малакалари мустақил таълим жараёнидаги

на шаклланади, мустақил фаолият кўрсатиш қобилияти ривожланади ва уларда ижобий ишлашга қизиқиш пайдо бўлади.

Шунинг учун талабаларнинг мустақил таълим олишларини режалаштириш, ташкил қилиш ва бунинг учун барча зарурий шарт-шароитларни яратиш, дарс машғулотларида талабаларни ўқитиш билан бир қаторда уларни кўпроқ ўқишга ўргатиш, билим олиш йўллари кўрсатиш мустақил таълим олиш учун йўлланма бериш профессор-ўқитувчиларнинг асосий вазифаларидан бири ҳисобланади.

Ҳар бир профессор-ўқитувчи дастлаб талабада ўз қобилияти ва ақлий имкониятларига ишонч уйғотиш уларни сабр-тоқат билан, босқичма-босқич мустақил билим олишни тўғри ташкил қилишга ўргатиб бориши лозим бўлади.

Талабалар томонидан мустақил равишда ўзлаштириладиган билим ва кўникмаларнинг курсдан-курсга мураккаблашиб, кенгайиб боришини ҳисобга олган ҳолда уларнинг ташаббускорлиги ва ролини ошириб бориш зарур. Шунда мустақил таълимга кўника бошлаган талаба фақат ўқитувчи томонидан белгилаб берилган ишларни бажарибгина қолмай, ўзининг эҳтиёжи, қизиқиши ва қобилиятига қараб, ўзи зарур деб ҳисоблаган кўшимча билимларни ҳам мустақил равишда танлаб ўзлаштиришга ўрганиб боради.

Талаба мустақил иши (ТМИ) - муайян фандан ўқув дастурида белгиланган билим, кўникма ва малаканинг маълум бир қисмини талаба томонидан фан ўқитувчиси маслаҳати ва тавсиялари асосида аудитория ва аудиториядан ташқарида ўзлаштиришига йўналтирилган тизимли фаолиятдир.

Талабалар мустақил ишларининг шакли ва ҳажмини белгилашда қуйидаги жиҳатлар эътиборга олиниши лозим:

- ўқитиш босқичи;
- муайян фаннинг ўзига хос хусусияти ва ўзлаштиришдаги қийинчилик даражаси;
- талабанинг қобилияти ҳамда назарий ва амалий тайёргарлик даражаси (таянч билими);
- фаннинг ахборот манбалари билан таъминланганлик даражаси;
- талабанинг ахборот манбалари билан ишлай олиш даражаси.

Мустақил иш учун бериладиган топшириқларининг шакли ва ҳажми, қийинчилик даражаси семестрдан-семестрга кўникмалар ҳосил бўдишига мувофиқ равишда ўзгариб, ошиб бориши лозим. Яъни, талабаларнинг топшириқларни бажаришдаги мустақиллиги даражасини аста-секин ошириб, уларни топшириқларни бажаришга тизимли ва ижодий ёндошишга ўргатиб бориш керак бўлади.

ТМИни ташкил қилишда талабанинг академик ўзлаштириш даражаси ва қобилиятини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш мумкин:

- фаннинг айрим мавзуларини ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш, ўқув манбалари билан ишлаш;
- амалий, семинар ва лаборатория машғулотларига тайёргарлик кўриб келиш;
- маълум мавзу бўйича реферат тайёрлаш;
- ҳисоб-китоб ва график ишларини бажариш;
- макет, модел ва бадиий асарлар устида ишлаш;
- амалиётдаги мавжуд муаммонинг ечимини топиш, тест, мунозарали саволлар ва топшириқлар тайёрлаш;
- илмий мақола, тезислар ва маърузалар тайёрлаш;
- амалий мазмундаги ностандарт вазиятли масалаларни ечиш ва ижодий ишлаш;
- амбулатория картасини (043) тўлдириш ва касаллик тарихини ёзиш, уй вазифаларни бажариш ва бошқалар.

Фан хусусиятидан келиб чиққан ҳолда талабаларга мустақил иш учун бошқа шакллардаги вазифалар ҳам топширилиши мумкин. Талабаларга қайси турдаги топшириқларни бериш лозимлиги кафедра томонидан белгиланади. Топшириқлар пухта ўйлаб ишлаб чиқилган ва маълум мақсадга йўналтирилган бўлиб, талабаларнинг аудитория машғулотида олган билимларини мустақамлаш, чуқурлаштириш кенгайтириш ва тўлдиришга хизмат қилиши керак.

Мавзуни мустақил ўзлаштириш. Фаннинг хусусияти, талабаларнинг билим даражаси ва қобилиятига қараб ишчи ўқув дастурига киритилган алоҳида мавзулар талабаларга мустақил равишда ўзлаштириш учун топширилади. Бунда мавзунинг асосий мазмунини ифодалаш ва очиб беришга хизмат қиладиган саволларга эътибор қаратиш, асосий адабиётлар ва ахборот манбаларини кўрсатиш лозим.

Топшириқни бажариш жараёнида талабалар мустақил равишда ўқув адабиётларидан фойдаланиб ушбу мавзуни конспектлаштирадилар, таянч ибораларнинг моҳиятини англаган ҳолда мавзуга тааллуқли саволларга жавоб тайёрлайдилар. Зарур ҳолларда (ўзлаштириш қийин саволлар пайдо бўлса, адабиётлар етишмаса, мавзуни тизимли баён эта олмаса ва х.к.) ўқитувчидан маслаҳатлар оладилар. Мустақил ўзлаштирилган мавзу бўйича тайёрланган матн кафедрада ҳимоя қилинади.

Реферат тайёрлаш. Талабага қийинчилик даражаси унинг шахсий имкониятлари, қобилияти ва билим даражасига бўлган бирор мавзу бўйича реферат тайёрлаш топширилади. Бунда талаба асосий адабиётлардан ташқари кўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, интернетдан олинган маълумотлар, электрон кутубхона материаллари ва х.к.) фойдаланиб материаллар йиғади, таҳлил қилади, тизимга солади ва мавзу бўйича имкон даражасида тўлиқ, кенг маълумот беришга ҳаракат қилади. Зарур ҳолларда ўқитувчидан маслаҳат ва кўрсатмалар олади.

Кўргазмали воситалар тайёрлаш. Талабага муайян мавзуни баён қилиш ва яхшироқ ўзлаштириш учун ёрдам берадиган кўргазмали материаллар (жадваллар, чизмалар, расмлар, хариталар, макетлар, моделлар, графиклар, намуналар, фантомлар ва х.к.) тайёрлаш топширилади. Мавзу ўқитувчи томонидан аниқлаб талабага маълум кўрсатмалар, йўл-йўриқлар берилади. Кўргазмали воситаларнинг миқдори, шакли ва мазмуни талаба томонидан мустақил танланади. Бундай вазифани бир мавзу бўйича бир неча талабага топшириш ҳам мумкин.

Талаба кўргазмали материаллардан фойдаланиш бўйича ёзма равишда тавсиялар тайёрлайди ва кафедрада ҳимоя қилади.

Мавзу бўйича тестлар, мунозарали саволлар, вазиятли масалалар ва топшириқлар тайёрлаш. Талабага муайян мавзу бўйича тестлар, қийинчилик даражаси ҳар хил бўлган вазиятли масалалар ва топшириқлар, мунозарага асос бўладиган саволлар тузиш топширилади.

Бунда ўқитувчи томонидан талабага тестга қўйиладиган талаблар ва уни тузиш қонун-қоидалари қандай мақсад кўзга тутиладиганлиги, муаммоли саволлар тузишда мавзунинг мунозарали моментларини қандай ажратиш лозимлиги, топшириқларни тузиш

усуллари бўйича йўл-йўриқ берилади. Консултация пайтларида бажарилган ишларнинг қўйилган вазифа ва талабларга жавоб бериш даражаси назорат қилинади (қайта ишлаб келиш, аниқлаштириш ёки тўлдириш таклиф этилиши мумкин).

Тест, саволлар, вазиятли масала ва топшириқлар мажмуаси кафедрада экспертлар иштирокида ҳимоя қилинади.

Илмий мақола, тезислар ва мақолалар тайёрлаш. Талабага бирон бир мавзу бўйича (мавзуни талабанинг ўзи танлаши ҳам мумкин) илмий (рефератив) характерда мақола, тезис ёки маъруза тайёрлаш топширилиши мумкин. Бунда талаба ўқув адабиётлари, илмий тадқиқот ишлари, диссертациялар, мақола ва монографиялар ҳамда бошқа ахборот манбаларидан мавзуга тегишли материаллар тўплайди, таҳлил қилади, зарурларини ажратиб олиб, тартибга солади, шахсий тажрибаси ва билими, илмий натижаларига асосланган қўшимчалар, изоҳлар киритади, ўз нуқтаи-назарини баён этади ва асослайди. Бунда талаба ўқитувчи билан ҳамкорликда ишлайди.

Тайёрланган мақола, тезис ёки маъруза кафедрада ҳимоя қилинади.

Амалий мазмундаги ностандарт масалаларни ечиш ва ижодий ишлаш.

Бир мавзу ёки бўлим бўйича ностандарт алоҳида ёндошиш талаб қилинадиган назарий ахамиятга эга бўлган амалий топшириқлар, ижодий ёндошиш талаб қилинадиган илмий-ижодий вазифалар, моделлар, макетлар, намуналар яратиш вазифаси топширилиши мумкин. Амалий топшириқлар масалани ҳал қилишнинг оптимал вариантларни излашга ва топишга қаратилган бўлиши керак.

Талабанинг қизиқиш ва қобилиятига қараб, унга илмий характердаги топшириқлар бериш, ўқитувчи билан ҳамкорликда илмий мақолалар тайёрлаш ва чоп эттириш мумкин.

Амбулатория картасини (043) тўлдириш ва касаллик тарихини ёзиш. Болалар терапевтик стоматологияси фанидан талаба амбулаторияда беркитилган болалар стоматолог билан биргаликда қабулга келган бемор болаларнинг касаллигига қараб 043 амбулатория картасини тўлдиради. Врач назорати остида даволаш муолажаларида актив иштирок этиб, ҳар кунлик қилинган ишлари бўйича олинган маълумотлари кундаликка тўлдириб боради.

Болалар жаррохлик стоматологияси фанини ўтиш семестри (цикли) давомида бир ёки икки бемор учун касаллик тарихи ёзиб, кафедрада ҳимоя қилади. Касаллик тарихи ёзишда клиник фанининг ўзига хос хусусиятларидан келиб чиқиб, тартибга риоя қилиши эътиборга олинади.

Касаллик тарихи ҳимоясида талабанинг анализни тўла ёритиши, клиник ва лаборатор текширувларни таҳлил қила олишига, охириги диагнозни асослай олишига, даво режасини тўғри тузиб, асослашига ва бошқаларга эътибор берилади.

Талабалар мустақил ишини самарали ташкил этиш:

- тизимли ёндошиш;
- барча босқичларини мувофиқлаштириш ва узвийлаштириш;
- бажарилиши устидан катъий назорат қилиш;
- ташкил этиш ва назорат қилиш механизмларини такомиллаштириб бориш зарур.

Мустақил иш топшириқлари муваффиқиятли яқунланиши учун қуйидаги талаблар бажарилиши лозим:

- мақсад (билимни мустаҳкамлаш, янги билимларни ўзлаштириш, ижлдий фаолликни ошириш, амалий кўникма ва малакаларни шакллантириш) аниқ асосланиши;
- вазифа ва топшириқларини аниқ-равшан белгиланиши;
- топшириқларни бажариш алгоритми ва методларидан талабаларнинг етарли даражада хабардор бўлиши;

- маслахат ва бошқа ёрдам турларининг тўғри белгиланиши)йўлланма ва кўрсатма бериш, мавзунинг мазмуни ва моҳиятини тушунтириш, муаммоли топшириқларни бажариш усуллари бўйича тушунча бериш, айрим муаммоли моментларни биргаликда ҳал қилиш);

- ҳисобот шакли ва баҳолаш мезонини аниқ белгилаш;

- назорат вақти, шакли ва турларини аниқ белгилаб олиш (амалий семинар, лаборатория машғулоти, консультация ёки назорат учун махсус ажратилган вақт, маъруза ёки реферат матни, бажарилган топшириқлар дафтари, назорат ишлари, уй вазифаси дафтари, тест, мақола, ностандарт топшириқлар, саволлар, мақола, кўргазмали жиҳозлар ва ижодий ишлар, савол-жавоб, бажарилган иш мазмуни ва моҳиятини тушунтириб бериш, ёзма шаклда баён қилиш).

Талабалар мустақил ишини шартли равишда иккига ажратиш мумкин:

Аудиториядан ташқарида амалга оширилган ТМИлари. Ўқув дастуридаги айрим мавзуларни мустақил ҳолда ўзлаштириш уйга берилган вазифаларни бажариш, амалий ва лаборатория ишларига тайёргарлик кўриб келиш, ижодий ва илмий-тадқиқот характеридаги ишлар.

Биринчи тур ишлари талабаларнинг назарий ва амалий билимларини ўзлаштириб бориш даражаси, амалий машғулотларга (амалиёт, лаборатория, семинар дарслари) тайёргарлик савияси ва уй вазифаларнинг бажарилиш сифатини текшириш мақсадида, одатда назорат ишлари олиш, савол-жавоб, суҳбат, мунозара, амалий топшириқларни бажартириб кўриш ва х.к. усулларда асосан амалиёт дарсларида назорат (жорий назорат) қилинади.

Жорий назоратда талабанинг дарс пайтида ўтилган метриалларни ўзлаштириш ва уйга берилган вазифаларни бажаришдаги фаоллиги, бажариш савияси ва ўзлаштириш даражаси эътиборга олинади.

Иккинчи тур ишлар фаннинг ишчи ўқув дастурида аудиториядан ташқарида ўзлаштирилиши белгиланган мавзу бўйича маълумот ва ахборотларни мустақил равишда излаб топиш, таҳлил қилиш, конспектлаштириш (ёки реферат тарзида расмийлаштириш) ва ўзлаштириш, ижодий ёндашишни талаб қиладиган амалий топшириқларни бажариш кўринишида амалга оширилади. Бу турдаги ишларни бажариш жараёни ва ўзлаштириш сифатининг назорати дарсдан ташқари пайтларда, махсус белгиланган консультация соатларида амалга оширилади.

Талабалар мустақил ишини баҳолаш. ТМИ натижалари амалдаги “талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги Низом”га асосан баҳолаб борилади.

5 курс “Болалар жаррохлик стоматологияси” фанидан рейтинг ишланмаси ва баҳолаш мезонлари

Рейтинг ишланмаси

Назорат турлари	Сони	Мах.балл	Коэф.	Жами балл
Ж.Б.				
1.1. Амалий машғулот	10	100	0,45	45
1.2. Клиник машғулот	10	100		
1.3.Т.М.И.	8		0,05	5
О.Н.	1	100	0,20	20
Я.Б.	1			
3.1. Я.Б.				
3.1.2. ОТКС		100	0,15	15
3.1.3. Тест (30-га савол)		100	0,15	15
ЖАМИ:		100	1,0	100

Баҳолаш мезонлари

1. Амалий машғулотларда баҳолаш кафедра томонидан ҳар бир мавзу бўйича ишлаб чиқилган баҳолаш мезонлари асосида баҳоланади. Ҳар бир машғулот 100 баллик тизимда (86-100 аъло, 71-85 яхши, 55-70 қониқарли) баҳоланади. Ўртача қиймати ҳисобланиб 0,45 коэффициентга кўпайтирилади.

2. Талабалар мустақил ишларининг бажарилиш ҳажми ва сифатига қараб 100 баллик тизимда баҳоланади, ўртача қиймати топилиб 0,05 коэффициентга кўпайтирилади.

3. Оралиқ назорат талабани баҳолаш ёзма ва оғзаки олиниб 100 баллик тизимда баҳоланади ва 0,2 коэффициентга кўпайтирилади.

4. Якуний баҳолаш икки босқичга ўтказилади:

1. ОТКС амалий кўникма эгаллаш маҳорати 100 баллик тизимида баҳоланади ва 0,15 коэффициентга кўпайтирилади.

2. Тест синови тест марказида ўтказилади, 50-тадан савол берилиб 100 баллик тизимда баҳоланади ва 0,15 коэффициентга кўпайтирилади.

5. Талабанинг ҳар бир назорат туридан йиғган баллари кўшилиб умумий балл топилади ва ўзлаштириши баҳоланади.

$$ЖБ+0,45+ТМИ 0,05+ОН 0,2+ЯБ 0,3=УЎ$$

Талабалар мустақил иши бўйича консультациялар ташқил этиш тартиби

1. Талабалар мустақил иши (ТМИ) бўйича консультация дарси аудиториядан ташқарида амалга оширишга мўлжалланган мустақил ишларни бажариш юзасидан тегишли йўлланмалар бериш ва уни бажарилишини назорат қилиб бориш мақсадида ташқил қилинади.

2. ТМИ бўйича консультация дарси фаннинг календарь-тематик режасига мувофиқ ўтказилади.

3. Консультация дарси тегишли фан ўқитувчиси томонидан ўтказилади.

4. Фан ўқитувчиси консультация дарсида қуйидаги ишларни амалга оширади:

- ТМИ топшириқларини бажариш юзасидан тегишли йўлланма беради;
- топшириқни бажариш режасини тузишга ёрдамлашади;
- тегишли адабиётлар ва ахборот манбаларини тавсия қилади;
- ТМИ юзасидан тайёрланган ишланма, ҳисобот, реферат ҳисоб-китоб ва топшириқ натижаларини қабул қилади ҳамда баҳолайди.

5. ТМИ бўйича консультациялар ўқув жараёнининг ташқил этилишига қараб талабаларнинг дарсдан бўш вақтларида дарс жадвалига киритилади.

6.6 СПИСОК ЛИТЕРАТУР

Основная литература

1. Колесов А.А. – Стоматология детского возраста. М., 1991г. 463 бет.
2. Персин Л.П. Стоматология детского возраста 2003г
3. Харьков Л.В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста Год издания: 2005г.
4. Виноградова Т.Ф. – Стоматология детского возраста. М., 1987г. 425 бет.
5. By Henry B. Clark – Practical Oral Surgery. Philadelphia., 1980y.

Дополнительная литература

4. Бернадский М.И. – Травматология и восстановительная хирургия челюст-но-лицевой области. Киев. 2003г.
5. Бельченко В.А. Черепно-лицевая хирургия Год издания: 2006
Издательство: М МИА
6. Виноградова Т.Ф. - Диспансеризация детей у стоматолога М ,1998г.
7. Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н. Практическое руководство по поликлиническому разделу хирургической стоматологии Год издания: 2007 Издательство: Медицинское информационное агентство
8. Лукьяненко А.В. Ранения лица иллюстрированное руководство Год издания: 2003
Издательство: Москва: Медицинская книга Количество страниц: 160, с
9. Карапетян И.С. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи Год издания: 2004 Издательство: М.: ООО «Медицинское информационное агентство»
10. Колесов А.А. Новообразования лицевого скелета. М. 1989г
11. Малышев В. А., Б. Д. Кабаков. Переломы челюстей Год издания: 2005 Издательство: СПб.: СпецЛит
12. Пачес А.И. – Опухоли головы и шеи. М., 2004г.
13. Рабухина Н.А. – Рентгенодиагностика некоторых заболеваний зубочелюстной системы. М., 2006г.
14. Рогинский В.В. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области Москва 1998г.
15. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Год издания: 2006 Издательство: Киев: Книга плюс
16. Робустова Т. Г. Одонтогенные воспалительные заболевания Год издания: 2006
Издательство: М.: ОАО «Издательство Медицина»
17. Соловьев М.М. Пропедевтика хирургической стоматологии Год издания: 2007
Издательство: МЕДпресс-информ
18. Супиев Т. К. Травмы челюстно-лицевой области у детей Год издания: 2003
Издательство: М.: МЕДпресс-информ
20. Федяев И.М., Байриков И.М., Белова Л.П., Шувалова Т.В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области Год издания: 2000
Издательство: Москва: Медицинская книга.
21. Фролова Л.Е. Классификация расщелины верхней губы и неба. Актуальные проблемы стоматологии детского возраста. М., 1974г., стр.63-65.
22. Фролова Л.Э., Махкамов Э.У. – Способы пластики твердого неба при врожденных расщелинах неба. Стоматология, 1976г., №3, стр.56-58.
23. Фролова Л.Е. Методы оперативного лечения врожденных расщелин неба. Стоматология, 1977г. №5, стр.63-65.
24. 16. McKinzie J.P., Clinical Pearls: Fever and facial swelling. Buccal cellulitis. //Acad Emerg Med .-1998.- 5(4).- 347 P. 368-370.

25. Clancy C., Mehra P., Wu J. Formation of a facial hematoma during endodontic therapy //J. Am. Dent. Assoc. -2000.- 131(1).-P. 67-71.
26. Интернет ресурсы:
www.stomat-burg.ru,
www.authors.bookprice.ru/author-supiev.html,
www.detstom.narod.ru,
www.dentalservice.narod.ru,
www.detstom.org.ru