

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Методические указания для самостоятельной работы студентов
стоматологического факультета очно-заочной формы обучения
по специальности 31.05.03 Стоматология
к дисциплине
«Челюстно-лицевая хирургия»**

2018г.

Филимонова Л.Б., Журавлев А.Н.

Методические указания для самостоятельной работы студентов стоматологического факультета очно-заочной формы обучения по специальности 31.05.03 Стоматология к дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия» / Л.Б. Филимонова, А.Н. Журавлев. – Рязань, 2018. – 43 с.

ISBN

Методические указания подготовлены на кафедре хирургической стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Предназначены для самостоятельной подготовки студентов стоматологического факультета очно-заочной формы обучения по специальности 31.05.03- Стоматология к занятиям по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия».

Методические указания соответствуют ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 9 февраля 2016г. № 96, и способствуют освоению основных видов профессиональной деятельности и приобретению знаний, умений и навыков в рамках общепрофессиональных и профессиональных компетенций ПК 8, ПК 9, ОПК 10

Методические указания утверждены на заседании кафедры хирургической стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России № 1 от 24.08.2018г.

ISBN

© Коллектив авторов, 2018

9 семестр

Тема 1. «Поражение лицевого нерва. Парез и паралич мимической мускулатуры. Показания к оперативному лечению (декомпрессия, невролиз, сшивание нерва, фасциальная, мышечная, кожная пластика). Невралгия ветвей тройничного нерва, клинические проявления, дифференциальная диагностика»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Неврит лицевого нерва. Этиология, диагностика, клиника, лечение.
2. Парез и паралич мимической мускулатуры.
3. Показания к оперативному лечению (декомпрессия, невролиз, сшивание нерва, фасциальная, мышечная, кожная пластика).
4. Невралгия ветвей тройничного нерва, этиология, клинические проявления, дифференциальная диагностика.

Тесты

1. При осмотре больного у него возникли острые, режущие, приступообразные боли в течение 2-х минут. Боли возникли при начале разговора. Иррадиировали в нижнюю челюсть, шею. Больной застыл в определенной позе. Вегетативной симптоматики нет. Из анамнеза выяснено, что месяц назад у больного было атипичное удаление нижнего первого моляра с этой же стороны. Боли появились примерно через неделю после удаления зуба. Сначала они были длительностью 5-10 секунд, через неделю 30-60 секунд, а спустя три недели -1-2 минуты. Приступы повторялись часто, возникали при разговоре и приеме пищи. Врач сделал внутривидеофарингеальную анестезию новокаином со стороны поражения. Боли прекратились на 2,5 часа. Какой диагноз можно поставить обследуемому больному:

- 1) ганглионит крылонёбного узла;
- 2) ганглионит цилиарного узла.
- 3) невралгия III ветви тройничного нерва.
- 4) неврит нижнечелюстного нерва;
- 5) ганглионит ушного узла;
- 6) аурикуло - темпоральный синдром;
- 7) синдром Эглы.
- 8) ганглионит подчелюстного узла;
- 9) ганглионит подъязычного узла.

2. Клиническая картина поражения лицевого нерва характеризуется:

- 1) парезом мимической мускулатуры;
- 2) параличом мимической мускулатуры;
- 3) парезом и параличом мимической мускулатуры;
- 4) парезом и параличом мимической мускулатуры, чувствительными расстройствами;
- 5) парезом и параличом мимической мускулатуры, чувствительными расстройствами и вегетативными нарушениями.

3. Симптом Бергара-Вартенберга при неврите лицевого нерва - это:

- 1) при зажмуривании глаз ресницы полностью вбираются в веки на здоровой стороне, а на пораженной - ресницы четко видны;
- 2) при попытке закрыть глаз верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи;
- 3) больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;
- 4) при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются;
- 5) невозможно закрыть глаз на стороне поражения;
- 6) при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;
- 7) отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

4. Симптом Вартенберга при неврите лицевого нерва - это:

- 1) при зажмуривании глаз ресницы полностью вбираются в веки на здоровой стороне, а на пораженной - ресницы четко видны;
- 2) при попытке закрыть глаз верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи;
- 3) больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;
- 4) при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются;
- 5) невозможно закрыть глаз на стороне поражения;
- 6) при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;

7) отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

5. Симптом Равильо при неврите лицевого нерва - это:

- 1) при зажмуривании глаз ресницы полностью вбираются в веки на здоровой стороне, а на пораженной - ресницы четко видны;
- 2) при попытке закрыть глаз верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи;
- 3) больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;
- 4) при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются;
- 5) невозможно закрыть глаз на стороне поражения;
- 6) при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;
- 7) отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

6. Симптом Говерса при неврите лицевого нерва - это:

- 1) при зажмуривании глаз ресницы полностью вбираются в веки на здоровой стороне, а на пораженной - ресницы четко видны;
- 2) при попытке закрыть глаз верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи;
- 3) больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;
- 4) при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются;
- 5) невозможно закрыть глаз на стороне поражения;
- 6) при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;
- 7) отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

7. Симптом Цестана при неврите лицевого нерва - это:

- 1) при зажмуривании глаз ресницы полностью вбираются в веки на здоровой стороне, а на пораженной - ресницы четко видны;

- 2) при попытке закрыть глаз верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи;
- 3) больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;
- 4) при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются;
- 5) невозможно закрыть глаз на стороне поражения;
- 6) при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;
- 7) отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

8. Симптом Белла при неврите лицевого нерва - это:

- 1) при зажмуривании глаз ресницы полностью вбираются в веки на здоровой стороне, а на пораженной - ресницы четко видны;
- 2) при попытке закрыть глаз верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи;
- 3) больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;
- 4) при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются;
- 5) невозможно закрыть глаз на стороне поражения;
- 6) при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;
- 7) отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

9. Симптом "ресниц" при неврите лицевого нерва - это:

- 1) при зажмуривании глаз ресницы полностью вбираются в веки на здоровой стороне, а на пораженной - ресницы четко видны;
- 2) при попытке закрыть глаз верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи;
- 3) больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;
- 4) при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются;

- 5) невозможно закрыть глаз на стороне поражения;
- 6) при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;
- 7) отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

10. Синкинезии - это:

- 1) гиперкинезы мимических мышц лица;
- 2) рефлекторное содружественное движение группы мышц, которые сопутствуют движению определенной части лица;
- 3) прогрессирующая гемиатрофия половины лица;
- 4) гемигипертрофия части лица.

11. Веко - лобная синкинезия - это:

- 1) непроизвольное приподнимание угла рта при наморщивании лба;
- 2) при зажмуривании непроизвольно приподнимается ушная раковина;
- 3) при зажмуривании непроизвольно сокращается подкожная мышца шеи;
- 4) при закрывании глаз поднимается угол рта на той же стороне;
- 5) при закрывании глаз наморщивается лоб.

12. Тест мигания при диагностике неврита лицевого нерва - это:

- 1) глаза мигают асинхронно;
- 2) при закрытых глазах пациента вибрация век на больной стороне отсутствует;
- 3) больной слабо удерживает полоску бумаги углом губ пораженной стороны;
- 4) больной не может надуть щеки;
- 5) больной не может зажмурить глаз на больной стороне, хотя зажмурить оба глаза одновременно может.

13. Тест вибрации век при диагностике неврита лицевого нерва - это:

- 1) глаза мигают асинхронно;
- 2) при закрытых глазах пациента вибрация век на больной стороне отсутствует;
- 3) больной слабо удерживает полоску бумаги углом губ пораженной стороны;
- 4) больной не может надуть щеки;
- 5) больной не может зажмурить глаз на больной стороне, хотя зажмурить оба глаза одновременно может.

14. Тест надутых щек при обследовании больных невритом лицевого нерва – это:

- 1) глаза мигают асинхронно;
- 2) при закрытых глазах пациента вибрация век на больной стороне отсутствует;
- 3) больной слабо удерживает полоску бумаги углом губ пораженной стороны;
- 4) больной не может надуть щеки;
- 5) больной не может зажмурить глаз на больной стороне, хотя зажмурить оба глаза одновременно может.

15. Кантопластика - это:

- 1) вскрытие нагноившегося слезного мешка;
- 2) рассечение наружной спайки век;
- 3) пластическая операция удлинения, расширения или сужения глазной щели;
- 4) рассечение внутренней спайки век;
- 5) пластика встречными треугольными лоскутами (при иссечении рубцов) в области наружного угла глаза;
- 6) пластика встречными треугольными лоскутами (при иссечении рубцов) в области внутреннего угла глаза.

16. Паралич мимических мышц - это:

- 1) уменьшение силы и (или) амплитуды произвольных движений мышц;
- 2) увеличение силы и (или) амплитуды произвольных движений мышц;
- 3) полное отсутствие произвольных движений мышц;
- 4) полное отсутствие произвольных движений мышц одновременно их гиперкинезами.

17. Парез мимических мышц - это:

- 1) уменьшение силы и (или) амплитуды произвольных движений мышц;
- 2) увеличение силы и (или) амплитуды произвольных движений мышц;
- 3) полное отсутствие произвольных движений мышц,
- 4) полное отсутствие произвольных движений мышц с одновременными их гиперкинезами

Ситуационные задачи:

Задача №1

Больной, 55 лет, обратился в клинику с жалобами на приступообразные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к левой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд,

боли жгучего характера, распространяются в висок, затылок Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первым приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться 3-4 секунды. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отека левой половины. Пальпация точек выхода II-ой (инфраорбитальное отверстие) и III-ей (ментальное отверстие) ветвей тройничного нерва налицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

Задача №2

Больная, 43 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсивные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течение двух лет, лечилась у невропатолога по месту жительства по поводу невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомия в 1978 году. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области L45 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

Тема 2. «Аурикуло-темпоральный синдром (гемигидроз). Невралгия языкоглоточного нерва. Особенности лечения неврологических нарушений челюстно-лицевой области. Показания к применению хирургического лечения. Диагностическая и лечебная блокады.

Химическая невротомия инъекцией алкоголя, хирургические методы лечения, прогноз. Показания к применению физио- и рефлексотерапии»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса).

1. Аурикуло-темпоральный синдром (гемигидроз).
2. Невралгия языкоглоточного нерва. Диагностика. Клиническое течение.
3. Особенности лечения неврологических нарушений челюстно-лицевой области.
4. Показания к применению хирургического лечения.
5. Диагностическая и лечебная блокады.
6. Химическая невротомия инъекцией алкоголя, хирургические методы лечения, прогноз.
7. Показания к применению физио- и рефлексотерапии.

Тесты

1. Как можно прекратить боли при аурикуло - темпоральном синдроме:

- 1) при проведении инфраорбитальной анестезии;
- 2) при проведении аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости,
- 3) при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости,
- 4) при проведении внутрикожной анестезии впереди козелка уха;
- 5) при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти

2. Жалобы больного сводятся к жгучим болям в околоушно – жевательной области. Во время приступа боли появляется покраснение кожи и гипергидроз в этой области. Возникает приступ боли во время приема острой пищи. Из анамнеза выявлено, что два года назад больной перенес операцию на околоушной железе по поводу удаления доброкачественной опухоли. Через год начали появляться ноющие, а затем жгучие боли во время еды, которые сопровождались потоотделением в области околоушной железы (со стороны ранее проведенной операции). Какой диагноз можно установить данному больному на основании клинической симптоматики:

- 1) неврит лицевого нерва;
- 2) невралгия тройничного нерва,
- 3) неврит тройничного нерва:

- 4) ганглионит ушного узла;
- 5) синдром поражения позвоночного нерва;
- 6) аурикуло - темпоральный синдром;
- 7) синдром удлинённого шиловидного отростка,
- 8) невралгия барабанного нерва

3. Приступ невралгии языкоглоточного нерва прекращается при:

- 1) смазывании корня языка, миндалина и задней стенки глотки анестетиком (дикаином, пиромекаином полным)
- 2) новокаиновая блокада проекции нерва

4. Доказал, что доказал, что анестезия нерва(блокада) оказывает определенное терапевтическое действие на болезненный очаг благодаря снятию болевого раздражения:

- 1) Семченко Г.И.
- 2) Тимофеев А.А.
- 3) Вишневский А.В.

Тема 3. «Острый и хронический височно-нижнечелюстной артрит (гнойный, негнойный, ревматоидный). Диагноз и лечение. Артрозы (деформирующий, склерозирующий). Клиническая, рентгенологическая и лабораторная диагностика. Медикаментозное, хирургическое и ортопедическое лечение»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Острый и хронический височно-нижнечелюстной артрит (гнойный, негнойный, ревматоидный). Диагноз и лечение.
2. Артрозы (деформирующий, склерозирующий). Клиническая, рентгенологическая и лабораторная диагностика. Медикаментозное, хирургическое и ортопедическое лечение.

Тестовые задания

1. Туберкулез может ли вызвать возникновение артрита височно - нижнечелюстного сустава:

- 1) практически всегда;
- 2) может, но не во всех случаях;
- 3) практически не может.

2. Может ли остеомиелит ветви нижней челюсти стать причиной развития артрита ВНЧС:

- 1) практически всегда;
- 2) может, но не во всех случаях;
- 3) практически не может

3. Может ли сифилис стать причиной развития артрита ВНЧС:

- 1) практически всегда;
- 2) может, но не во всех случаях;
- 3) практически не может.

4. Может ли удаление нижнего зуба мудрости вызвать развитие артрита височно нижнечелюстного сустава:

- 1) практически всегда;
- 2) может, но не во всех случаях;
- 3) практически не может.

5. Однократная перегрузка ВНЧС вызывает ли развитие артрита:

- 1) да;
- 2) нет.

6. Клиническая симптоматика, характерная для острого артрита височно – нижнечелюстного сустава:

- 1) ноющие боли в суставе, усиливаются при движении нижней челюсти, усиливаются при приеме твердой пищи и открывании рта, головная боль, головокружение;
- 2) резкие боли в суставе, усиливающиеся при движении нижней челюсти; постоянные, при покое нижней челюсти боли уменьшаются, ограничение открывания рта, впереди козелка уха болезненность, слабость, недомогание;
- 3) хруст, крепитация, боли в суставе, смещение челюсти при открывании рта, ограничение открывания рта, головная боль, головокружение.

7. Каким путем распространяется инфекция в ВНЧС:

- 1) Контактным
- 2) Лимфогенным
- 3) Гематогенным
- 4) Контактным и гематогенным

8. Длительность течения острого артрита:

- 1) 1-2 недели;
- 2) 1 месяц;
- 3) 2-3 месяца;
- 4) 4-5 месяцев.

- 5) 6-7 месяцев;
- 6) до 1 года.

9. Характерная рентгенологическая картина острого артрита височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) всегда наблюдается расширение суставной щели,
- 2) обычно изменений нет, редко наблюдается расширение суставной щели;
- 3) вначале наблюдается расширение суставной щели, а через неделю ее сужение;
- 4) наблюдается сужение суставной щели.

10. Длительность течения хронического артрита:

- 1) 1-2 месяца.
- 2) 2-4 месяца,
- 3) 6-8 месяцев;
- 4) от нескольких месяцев до нескольких лет.

11. Рентгенологическая симптоматика хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) изменений нет;
- 2) расширение суставной щели;
- 3) сужение суставной щели;
- 4) расширение или сужение суставной щели, остеопороз.

12. Для ревматоидного артрита височно-нижнечелюстного сустава характерно:

- 1) одностороннее поражение;
- 2) двустороннее поражение;
- 3) в равной степени встречается как одностороннее, так и двустороннее

13. Для контактного артрита височно-нижнечелюстного сустава характерно:

- 1) одностороннее поражение;
- 2) двустороннее поражение;
- 3) в равной степени встречается как одностороннее, так и двустороннее.

14. При лечении артритов обязательно ли создавать покой в суставе:

- 1) обязательно;
- 2) не обязательно, но в некоторых случаях нужно;
- 3) не обязательно.

15. Что наблюдается в суставе при потере премоляров и моляров:

- 1) головка нижней челюсти выдвигается из суставной ямки;
- 2) головка нижней челюсти глубже продвигается в суставную ямку;
- 3) подвывих нижней челюсти;
- 4) вывих нижней челюсти.

16. Первичный артроз височно – нижнечелюстных суставов возникает при:

- 1) потере премоляров и моляров;
- 2) как исход травматических повреждений челюсти;
- 3) как исход других заболеваний (эндокринных и др.).

17. Какое течение имеет артроз височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) острое;
- 2) обострившееся;
- 3) хроническое;
- 4) острое, обострившееся и хроническое;
- 5) обострившееся и хроническое.

18. Каким путем распространяется инфекция в ВНЧС:

- 1) контактным;
- 2) лимфогенным;
- 3) гематогенным;
- 4) контактным и гематогенным.

19. Укорочение и утолщение шейки нижней челюсти наблюдается при следующих заболеваниях ВНЧС:

- 1) остром артрите;
- 2) хроническом артрите;
- 3) первичном артрите;
- 4) вторичном артрите,
- 5) артрозе,

20. Стадия полной потери конгруэнтности сочленяющихся поверхностей - это рентгенологическая _____ стадия вторичного деформирующего артроза ВНЧС:

- 1) первая;
- 2) вторая,
- 3) третья;
- 4) четвертая.

Ситуационные задачи

Задача №1

Больной, 34 лет, жалуется на ограниченное открывание рта, отечность и боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) слева, которые возникли 3 дня назад после перенесенного гриппа. При осмотре отмечается отечность мягких тканей в области ВНЧС слева, пальпируются увеличенные и болезненные предушные лимфатические узлы. Открывание рта болезненное на 1,2 см. Пальпация ВНЧС слева через наружный слуховой ход также болезненная. При рентгенологическом исследовании ВНЧС определяется расширение левой суставной щели.

1. О каком заболевании идет речь?
2. План лечения.

Задача №2

Больной, 43 лет, в течение 3-х месяцев отмечает ноющую боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа, усиливающуюся при движении нижней челюсти, появившуюся после проведенного 8 месяцев назад протезирования.

1. На что следует обратить внимание при обследовании и тактике лечения больного?

Задача №3

Больной, 25 лет, обратился с жалобами на боль в области (ВНЧС) справа, ограничение открывания рта до 1,5 см, попытка более широко открыть рот вызывает резкое усиление боли. Из анамнеза выявлено, что острая боль возникла при нанесении удара в область ВНЧС справа, больной сознание не терял, тошноты, рвоты не было. В течение нескольких часов постепенно начал нарастать отек мягких тканей околоушной области справа и ограничение подвижности нижней челюсти, боль сконцентрировалась в височно-нижнечелюстном суставе справа. Из перенесенных заболеваний пациент отмечает коклюш, дифтерию, ОРЗ. В настоящее время по общему статусу здоров. При осмотре определяется асимметрия лица за счет отека мягких тканей правой околоушной области, ближе к козелку уха имеется небольшая ссадина и подкожная гематома, размером 2,0х 1,5 см, пальпация этой зоны болезненная. В полости рта: ортогнатический прикус. Возможное открывание рта осуществляется без перемещений нижней челюсти в стороны. Симптом нагрузки положительный. Целостность альвеолярных отростков не нарушена. При рентгенологическом исследовании отмечается расширение суставной щели справа при сомкнутых

челюстях. Костные структуры, образующие сустав, в норме.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Тема 4. «Контрактура нижней челюсти. Причины и виды контрактур (рубцы слизистой оболочки рта, мышц, кожи, костная контрактура). Профилактика, методы консервативного и хирургического лечения»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Контрактура нижней челюсти. Классификация.
2. Причины контрактур (рубцы слизистой оболочки рта, мышц, кожи, костная контрактура). Клиническое течение.
3. Профилактика и методы консервативного и хирургического лечения.

Тестовые задания

1. Контрактура - это:

- 1) стойкое ограничение движения в суставе;
- 2) отсутствие движения в суставе;
- 3) периодически появляющаяся боль и ограничение движения в суставе

2. Артrogenная контрактура - это заболевание:

- 1) обусловленное изменениями в капсуле сустава или его связках;
- 2) возникающее при болезненности движения в суставе;
- 3) в результате изменений в мышцах или после обездвиживания нижней челюсти (при переломах);
- 4) при нарушении нервной регуляции;
- 5) обусловленное грубыми изменениями в тканях, окружающих сустав.

3. Болевая контрактура - это заболевание:

- 1) обусловленное изменениями в капсуле сустава или его связках;
- 2) возникающее при болезненности движения в суставе;
- 3) в результате изменений в мышцах или после обездвиживания нижней челюсти (при переломах);
- 4) при нарушении нервной регуляции;
- 5) обусловленное грубыми изменениями в тканях, окружающих сустав.

4. Миогенная контрактура - это заболевание:

- 1) обусловленное изменениями в капсуле сустава или его связках;
- 2) возникающее при болезненности движения в суставе;
- 3) в результате изменений в мышцах или после обездвиживания нижней челюсти (при переломах);
- 4) при нарушении нервной регуляции;
- 5) обусловленное грубыми изменениями в тканях, окружающих сустав.

5. Неврогенная контрактура - это заболевание:

- 1) обусловленное изменениями в капсуле сустава или его связках;
- 2) возникающее при болезненности движения в суставе;
- 3) в результате изменений в мышцах или после обездвиживания нижней челюсти (при переломах);
- 4) при нарушении нервной регуляции;
- 5) обусловленное грубыми изменениями в тканях, окружающих сустав

6. Рубцовая контрактура - это заболевание:

- 1) обусловленное изменениями в капсуле сустава или его связках;
- 2) возникающее при болезненности движения в суставе,
- 3) в результате изменений в мышцах или после обездвиживания нижней челюсти (при переломах);
- 4) при нарушении нервной регуляции;
- 5) обусловленное грубыми изменениями в тканях, окружающих сустав

7. Воспалительная контрактура мышц II степени - это:

- 1) открывание рта свободное;
- 2) небольшое ограничение открывания рта;
- 3) рот открывается на 1 см;
- 4) рот открывается на 2 см;
- 5) челюсти плотно сведены, самостоятельное открывание рта невозможно.

8. Воспалительная контрактура мышц I степени - это:

- 1) открывание рта свободное;
- 2) небольшое ограничение открывания рта;
- 3) рот открывается на 1 см;
- 4) рот открывается на 2 см;
- 5) челюсти плотно сведены, самостоятельное открывание рта невозможно.

9. Воспалительная контрактура III степени - это:

- 1) открывание рта свободное;
- 2) небольшое ограничение открывания рта;
- 3) рот открывается на 1 см;
- 4) рот открывается на 2 см;
- 5) челюсти плотно сведены, самостоятельное открывание рта невозможно.

10. Укажите правильную последовательность формирования рубца:

- 1) набухание, уплотнение, эпителизация, размягчение;
- 2) уплотнение, эпителизация, набухание, размягчение;
- 3) эпителизация, набухание, уплотнение, размягчение;
- 4) эпителизация, уплотнение, набухание, размягчение.

11. Контрактура обусловлена:

- 1) внесуставными изменениями;
- 2) внутрисуставными изменениями;
- 3) как вне-, так и внутрисуставными изменениями.

Ситуационные задачи:

Задача №1

В клинику обратился больной 32 лет с жалобами на затрудненное открывание рта. Два дня назад больному с целью плановой санации под мандибулярной анестезией удалены корни 7 зуба. При осмотре: асимметрии лица нет. Открывание рта - на 2,5 см, лунки 7 зуба под сгустком, пальпация в области снаружи от крыловидно-нижнечелюстной складки болезненна, температура нормальная.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. План лечения.

Тема 5. «Рассечение и иссечение рубцов, закрытие дефектов, физиотерапия и ЛФК»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Рассечение и иссечение рубцов, способы хирургического иссечения рубцов. Показания, техника выполнения.
2. Закрытие дефектов, физиотерапия и ЛФК.

Тема 6. «Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Проявление, диагностика, лечение. Применение физио- и рефлексотерапии. Показания к ортопедическим методам лечения»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.
2. Проявление, диагностика, лечение.
3. Применение физио- и рефлексотерапии.
4. Показания к ортопедическим методам лечения.

Тестовые задания

- 1. Что является пусковым механизмом в развитии болевой дисфункции височно – нижнечелюстного сустава:**
 - 1) давление головки нижней челюсти на свод суставной ямки;
 - 2) давление головки нижней челюсти на ушно - височный нерв;
 - 3) давление головки нижней челюсти на барабанную струну;
 - 4) нарушения в зубочелюстной системе.
- 2. Симптом головной боли в большей степени характерен для какого заболевания ВНЧС:**
 - 1) болевой дисфункции;
 - 2) острого артрита;
 - 3) хронического артрита.
- 3. Максимальное ограничение открывания рта наблюдается при:**
 - 1) болевой дисфункции;
 - 2) острым артритом;
 - 3) хроническом артритом;
 - 4) артрозе

- 4. Щелканье в суставе наблюдается при:**
- 1) болевой дисфункции;
 - 2) остром артрите;
 - 3) хроническом артрите;
 - 4) артрозе.
- 5. Хруст в височно-нижнечелюстном суставе наиболее выражен при каком заболевании:**
- 1) болевой дисфункции;
 - 2) остром артрите;
 - 3) хроническом артрите;
 - 4) артрозе.
- 6. Снижение слуха наиболее часто встречается при:**
- 1) болевой дисфункции;
 - 2) остром артрите;
 - 3) хроническом артрите;
 - 4) артрозе.
- 7. В течение дня нижняя челюсть «разрабатывается» при каком заболевании:**
- 1) болевой дисфункции;
 - 2) остром артрите;
 - 3) хроническом артрите;
 - 4) артрозе.
- 8. Крепитация – это симптом, характерный для:**
- 1) болевой дисфункции;
 - 2) остром артрите;
 - 3) хроническом артрите;
 - 4) артрозе.
- 9. Наличие болезненных и спазмированных участков в мышцах встречается при:**
- 1) болевой дисфункции;
 - 2) остром артрите;
 - 3) хроническом артрите;
 - 4) артрозе.

10. Костные структуры сустава при рентгенологическом исследовании не изменены при:

- 1) болевой дисфункции;
- 2) остром артрите;
- 3) хроническом артрите;
- 4) артрозе.

Семестр 10

Тема 1 «Классификация неогнестрельной травмы лица. Статистика. Методы обследования больных с травмой лица. Неогнестрельные повреждения мягких тканей лица. Клиника, диагностика, лечение. Особенности первичной хирургической обработки ран мягких тканей лица. Вывихи зубов. Переломы зубов. Перелом альвеолярного отростка. Вывих нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Неогнестрельные переломы нижней и верхней челюстей. Классификация, клиника, диагностика»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Классификация неогнестрельной травмы лица. Статистика.
2. Методы обследования больных с травмой лица.
3. Неогнестрельные повреждения мягких тканей лица. Клиника, диагностика, лечение.
4. Особенности первичной хирургической обработки ран мягких тканей лица.
5. Вывихи зубов. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
6. Переломы зубов. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
7. Перелом альвеолярного отростка. Клиника, диагностика, лечение.
8. Вывих нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
9. Неогнестрельные переломы нижней и верхней челюстей. Классификация, клиника, диагностика.

Тестовые задания

1. Сочетанная травма - это:

- 1) одновременная травма (бытовая, транспортная, уличная и др.);

- 2) одновременно возникшая травма двух и более органов, принадлежащих к различным анатомо - функциональным системам;
- 3) одновременная уличная и дорожная травма;
- 4) одновременная травма костной системы и мягких тканей челюстно - лицевой области, а также органов полости рта.

2. Как часто встречаются изолированные травмы мягких тканей, по отношению ко всем повреждениям челюстно - лицевой области:

- 1) в 16-20%;
- 2) в 30-50%;
- 3) в 50 - 70%;
- 4) в 80 - 90%.

3. Дезоксигемоглобин окрашивает кожу при кровоизлиянии в:

- 1) желтый цвет;
- 2) зеленый цвет;
- 3) желто - зеленый цвет;
- 4) бурый цвет;
- 5) синий цвет.

4. В какой цвет вердогемоглобин окрашивает кожу при кровоизлиянии:

- 1) желтый;
- 2) желто - зеленый;
- 3) зеленый;
- 4) бурый;
- 5) синий.

5. В какой цвет гемосидерин окрашивает кожу при кровоизлиянии:

- 1) желтый;
- 2) желто - зеленый;
- 3) зеленый;
- 4) бурый;
- 5) синий.

6. Ссадина - это:

- 1) закрытое механическое повреждение мягких тканей без видимого нарушения их анатомической целостности;

- 2) механическое повреждение поверхностных слоев кожи или слизистой оболочки;
- 3) нарушение целостности кожи или слизистой оболочки на всю их толщину, вызванное механическим воздействием.

7. Как называется рана, при которой произошло раздавливание и разрыв тканей:

- 1) ушибленная;
- 2) резаная;
- 3) колотая;
- 4) укушенная;
- 5) размозженная;
- 6) скальпированная.

8. Имеется ли несоответствие величины раны на коже и слизистой оболочке при сквозных повреждениях мягких тканей:

- 1) нет, несоответствия нет;
- 2) раны на коже всегда больших размеров, чем на слизистой оболочке;
- 3) рана на слизистой оболочке всегда больших размеров, чем на коже.

9. Укушенные раны языка покрываются налетом фибрина уже через:

- 1) 1 - 2 часа после ранения;
- 2) 3 - 6 часов после ранения;
- 3) 10-12 часов после ранения;
- 4) 24 часа после ранения;
- 5) 48 часов после ранения.

10. Вывих зуба – это:

- 1) смещение зуба в лунке в любую из сторон (в различных направлениях) или же в губчатую ткань челюсти, которое сопровождается разрывом тканей окружающих зуб.
- 2) смещение, возникающее при механических воздействиях (падение, удар), при неправильном использовании элеватора или щипцов во время удаления зубов

11. Вколоченный вывих зуба - это разновидность:

- 1) неполного вывиха
- 2) полного вывиха
- 3) самостоятельная разновидность

12. Полный перелом зуба - это:

- 1) перелом зуба без вскрытия пульпы
- 2) перелом зуба со вскрытием пульпы

13. Полный перелом корня зуба - это:

- 1) открытый перелом
- 2) закрытый перелом

14. Перелом зуба не бывает:

- 1) неполным
- 2) полным
- 3) открытым
- 4) закрытым
- 5) вколоченным
- 6) поперечным
- 7) косым
- 8) продольным

15. Зуб подлежит удалению при:

- 1) поперечном его переломе;
- 2) продольном его переломе;
- 3) косом его переломе.

16. Зуб подлежит удалению при переломе корня:

- 1) выше шейки зуба;
- 2) на уровне шейки зуба;
- 3) ниже шейки зуба.

17. Основой причиной вывихов нижней челюсти является

- 1) нижняя макрогнатия;
- 2) артрит височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС);
- 3) слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС);
- 4) снижение высоты прикуса.

18. Противопоказано удаление постоянного зуба у больных с вколоченным вывихом зуба при:

- 1) хроническом периодонтите;
- 2) острых воспалительных явлениях;
- 3) смещении зуба в мягкие ткани;
- 4) смещении зуба в носовую или верхнечелюстную полости.

19. Ведущим симптомом при вывихе нижней челюсти является

- 1) невозможность сомкнуть зубы;
- 2) слезотечение;
- 3) снижение высоты прикуса;
- 4) заложенность в ухе.

20. Обязательным условием при вправлении вывиха нижней челюсти является оттягивание челюсти

- 1) книзу;
- 2) в сторону;
- 3) вверх;
- 4) в сторону вывиха.

21. Большие пальцы рук врач при вправлении вывиха нижней челюсти устанавливает на:

- 1) фронтальную группу зубов;
- 2) углы нижней челюсти;
- 3) моляры справа и слева или альвеолярные отростки;
- 4) моляры верхней челюсти.

22. При вывихе нижней челюсти показано

- 1) прошивание суставной капсулы;
- 2) проведение иммобилизации;
- 3) проведение резекции суставного бугорка;
- 4) вправление головки в суставную впадину.

23. При вправлении вывиха нижней челюсти применяется

- 1) общее обезболивание (наркоз);
- 2) обезболивание по Дубову;
- 3) нейролептаналгезия;
- 4) сочетанное обезболивание.

24. Найдите метод вправления нижней челюсти по Гиппократу:

- 1) больной лежит, врач между молярами вводит тугой марлевый валик, давит на подбородок снизу вверх, а затем спереди назад;
- 2) больной сидит, врач в полости рта находит место расположения венечных отростков, указательными пальцами надавливает на них в направлении вниз и кзади;
- 3) больной сидит, врач пальпаторно через кожу щек ниже скуловых костей определяет положение верхушек венечных отростков и надавливает на них большими пальцами в направлении вниз и назад;
- 4) больной сидит, врач внеротовым путем надавливает большими пальцами в направлении вниз и назад на вывихнутые головки нижней челюсти;

- 5) больной сидит, врач вводит в полость рта большие пальцы обеих рук и накладывает на жевательные поверхности моляров, остальными пальцами обхватывается нижняя челюсть, давит на моляры и приподнимает подбородок снизу вверх, смещает челюсть кзади;
- 6) больной лежит, врач накладывает пальцы на жевательные поверхности зубов с обеих сторон, а большими пальцами упирается в нижний край подбородка, оттягивает угол челюсти книзу, а большими пальцами смещает ее кзади;
- 7) больной сидит, врач накладывает большие пальцы на альвеолярный отросток нижней челюсти с вестибулярной стороны, остальные обхватывают угол и тело челюсти, большими пальцами смещают челюсть вниз, а остальными пальцами - кпереди.

25. Периодически повторяющиеся вывихи нижней челюсти - это:

- 1) травматические;
- 2) привычные;
- 3) патологические.

Тема 2 «Лечение переломов челюстей. Консервативные и хирургические методы иммобилизации. Показания к наложению шин. Питание и уход за больными. Медикаментозные и физические методы лечения пострадавших. Переломы скуловой кости, скуловой дуги, костей носа. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения неогнестрельных переломов челюстей: травматический остеомиелит, замедленная консолидация, ложный сустав, неправильное сращение отломков. Этиология, клиника, диагностика, общие принципы лечения»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Лечение переломов челюстей.
2. Консервативные и хирургические методы иммобилизации. Показания к наложению шин.
3. Питание и уход за больными.
4. Медикаментозные и физические методы лечения пострадавших.
5. Переломы скуловой кости, скуловой дуги, костей носа. Клиника, диагностика, лечение.
6. Осложнения неогнестрельных переломов челюстей: травматический остеомиелит, замедленная консолидация, ложный сустав, неправильное сращение отломков. Этиология, клиника, диагностика, общие принципы лечения.

Тестовые задания

- 1. К основным симптомам перелома костей носа относятся**
 - 1) патологическая подвижность костей носа, деформация;
 - 2) подкожная эмфизема, кровотечение;
 - 3) затруднение носового дыхания, гематома;
 - 4) деформация носа, гематома;
 - 5) деформация носа, кровотечение из носовых ходов.

- 2. К основным симптомам перелома скуловой кости относят**
 - 1) уплощение скуловой области, диплопия
 - 2) гематому скуловой области
 - 3) кровоизлияние в нижнее веко
 - 4) кровотечение из носа, головокружение

- 3. Основным симптомом перелома скуловой кости является**
 - 1) гематома скуловой области;
 - 2) деформация носа;
 - 3) «симптом ступени», диплопия;
 - 4) кровоизлияние в нижнее веко.

- 4. Причиной возникновения диплопии при переломе скуловой кости является**
 - 1) воспалительная реакция;
 - 2) смещение глазного яблока;
 - 3) травма глазного яблока;
 - 4) травма зрительного нерва.

- 5. При переломе скуловой кости парестезия крыла носа и верхней губы возникает вследствие повреждения _____ нерва**
 - 1) II ветви тройничного
 - 2) I ветви тройничного
 - 3) III ветви тройничного
 - 4) лицевого

- 6. При значительном смещении скуловой кости в каком направлении возможна диплопия?:**
 - 1) вверх;
 - 2) вниз;

- 3) кнаружи;
- 4) вперед.

7. При травматическом повреждении скуловой кости в каком направлении смещается ее тело:

- 1) вниз и вперед
- 2) кнутри и кзади
- 3) вверх и вперед
- 4) кнаружи и кзади

8. При травме скуловой кости может ли последняя разворачиваться по оси:

- 1) нет, такого не бывает
- 2) может
- 3) может, но если будет мелкооскольчатый перелом

9. Подкожная крепитация при повреждении костей носа свидетельствует о переломе:

- 1) верхней челюсти с разрывом слизистой оболочки
- 2) решетчатой кости с разрывом слизистой оболочки
- 3) клиновидной кости
- 4) перегородки носа
- 5) лобной кости

10. Носовая ликворея свидетельствует о переломе:

- 1) решетчатой кости или клиновидной кости
- 2) лобной кости
- 3) верхней челюсти
- 4) височной кости
- 5) теменной кости

11. Какое осложнение наиболее часто встречается при переломе нижней челюсти:

- 1) нагноение костной раны;
- 2) посттравматический остеомиелит;
- 3) замедленная консолидация отломков;
- 4) несросшийся перелом;
- 5) ложный сустав.

- б) заболевания височно - нижнечелюстного сустава,
- 7) деформация челюсти.

12. К каким осложнениям при переломе верхней челюсти следует отнести эмфизему мягких тканей:

- 1) ранним;
- 2) поздним.

13. Нагноение костной раны при переломе нижней челюсти возникает:

- 1) в первые часы после травмы;
- 2) в первые 3-7 дней после травмы;
- 3) спустя две недели после травмы;
- 4) не ранее 3-4 недель после травмы.

14. Могут ли влиять выраженные повреждения мягких тканей в области перелома на развитие посттравматического остеомиелита:

- 1) могут;
- 2) могут, но очень редко;
- 3) не могут.

15. Повреждение сосудисто-нервного пучка нижней челюсти способствует ли возникновению посттравматического остеомиелита:

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) очень редко.

16. Острая стадия посттравматического остеомиелита нижней челюсти развивается:

- 1) только в первые дни после травмы;
- 2) как в первые дни, так и спустя 10 дней после травмы;
- 3) только спустя 7-10-14 дней после травмы;
- 4) спустя 3 недели после травмы.

17. На рентгенограмме при развитии посттравматического остеомиелита щель перелома нижней челюсти:

- 1) равномерно расширяется;
- 2) расширяется неравномерно, у альвеолярного края она меньше, чем у края нижней челюсти;

- 3) расширяется неравномерно, у альвеолярного края она больше, чем у края нижней челюсти.

18. В острой стадии посттравматический остеомиелит лечится по следующей схеме:

- 1) вскрытие гнойника, удаление зуба из линии перелома, иммобилизация подвижных отломков, противовоспалительное и общеукрепляющее лечение;
- 2) мероприятия, направленные на ускорение регенеративных процессов в костной ране, секвестрэктомия, общеукрепляющее лечение.

19. В хронической стадии посттравматический остеомиелит лечится по следующей схеме:

- 1) вскрытие гнойника, удаление зуба из линии перелома, иммобилизация подвижных отломков, противовоспалительное и общеукрепляющее лечение;
- 2) мероприятия, направленные на ускорение регенеративных процессов в костной ране, секвестрэктомия, общеукрепляющее лечение.

20. Нарушение репаративной регенерации костной ткани нижней челюсти не проявляется в виде:

- 1) замедленной консолидации отломков;
- 2) образования дефекта челюсти;
- 3) развития посттравматического остеомиелита
- 4) несросшегося перелома;
- 5) ложного сустава.

Ситуационные задачи

Задача №1

Больной, 27 лет, обратился в клинику с жалобами на покраснение кожи и припухлость в нижнем отделе щечной области слева, болезненность в этой области, онемение кожи левой половины губы и зубов на нижней челюсти слева, боли в области нижней челюсти при приеме пищи, общее недомогание, слабость, плохой аппетит. Из анамнеза выяснено, что месяц назад больной получил травму в области нижней челюсти справа и лечился в течение 10 дней в стационаре по поводу

перелома нижней челюсти справа в области ментального отверстия, затем амбулаторно лечился и в поликлинике по месту жительства. Через 3 недели после шинирования сняли бимаксилярные шины, выписали на работу. Через неделю после этого появилась припухлость в области нижней челюсти слева, болезненность, обратился к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. При местном осмотре: лицо несколько асимметрично за счет припухлости в нижнем отделе щечной области слева. Кожа над припухлостью гиперемирована, уплотнена, пальпация несколько болезненна. Клинически подвижность фрагментов нижней челюсти слева в области предшествовавшего перелома не определяется. При рентгенологическом исследовании определяется тень в верхней трети линии перелома нижней челюсти слева в области ментального отверстия в стадии консолидации, по краю нижней челюсти слева определяется тень секвестра, размером 0,8x0,9 см, свободнолежащего и с окружающей костной тканью неспаивающегося.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

Задача №2

Больной, 23 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость в подчелюстной области слева, покраснение кожи над ней, болезненность в области угла нижней челюсти слева, усиливающуюся при жевании. Из анамнеза выяснено, что месяц назад во время драки получил травму в области нижней челюсти слева. К врачу не обращался, боли снимал анальгином. Твердую пищу принимать не мог. Неделю назад появилась припухлость в подчелюстной области слева, озноб, температура до 37,5°C, больной самостоятельно принимал антибиотики дома. Из перенесенных заболеваний: детские инфекции, ОРЗ, аппендэктомия. При местном осмотре: лицо асимметрично за счет припухлости в подчелюстной области слева, кожа гиперемирована, в складку не собирается, определяется плотный болезненный при пальпации инфильтрат, размером 6,0x7,0 см. Пальпация болезненна. В полости рта: наличие множественных кариозных полостей зубов, определяется подвижность фрагментов в области угла нижней челюсти слева, из десневого кармана в области третьего моляра слева гнойное отделяемое. При рентгенологическом исследовании определяется тень

линии перелома в области угла нижней челюсти слева, расхождение фрагментов нижней челюсти 0,6 см, в области перелома видны тени трех свободнолежащих секвестров, размером 0,3x0,4 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Задача №3

Больной, 27 лет, обратился в клинику с жалобами на подвижность фрагментов нижней челюсти слева. Из анамнеза выявлено, что месяц назад, и течение недели лечился в стационаре по поводу перелома в области угла нижней челюсти слева, затем амбулаторно наблюдался в поликлинике по месту жительства, где были сняты шины на пятой неделе после травмы, была обнаружена подвижность фрагментов нижней челюсти. Направлен на оперативное лечение. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, гепатит В. При осмотре конфигурация лица не изменена, признаков воспаления в области перелома нет. В полости рта: отмечается подвижность фрагментов в области угла нижней челюсти слева, пальпация безболезненна. При рентгенологическом исследовании определяется линия перелома в области угла нижней челюсти слева, расхождение фрагментов челюсти до 1,5 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какая операция показана больному?

Задача №4

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на боли и чувство тяжести в области верхней челюсти, затруднение носового дыхания, гнойное отделяемое из носа, наличие свищевого хода в подглазничной области слева. Из анамнеза выявлено, что полтора месяца назад получил огнестрельное ранение лица, в госпитале проведена первичная хирургическая обработка и репозиция скуловерхнечелюстного комплекса, послеоперационный период осложнился присоединением вторичной инфекции, была вскрыта флегмона подглазничной области. При местном осмотре отмечается инфильтрат в подглазничной области слева со свищевым ходом в центре с гнойным отделяемым, кожа гиперемирована, несколько болезненна при пальпации. При рентгенологическом исследовании

наблюдается значительное понижение прозрачности верхнечелюстной пазухи слева. При передней риноскопии обнаружена гипертрофия носовых раковин, гнойное отделяемое под средней носовой раковиной слева.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.

Тема 3 «Пластика с применением свободной пересадки тканей. Современные представления о биологических процессах, происходящих при свободной пересадке тканей и органов. Возможности применения ауто-, аллотрансплантации различных тканей, имплантатов, эндопротезов в челюстно-лицевой хирургии. Свободная пересадка кожи. Биологическое обоснование. Применение для устранения раневых и гранулирующих поверхностей на лице и в полости рта различных видов кожных лоскутов (тонкий, расщепленный, во всю толщину). Пересадка хряща в качестве опорного материала и для исправления контуров разных участков лица. Применение аутохряща, трупного консервированного хряща»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Пластика с применением свободной пересадки тканей.
2. Современные представления о биологических процессах, происходящих при свободной пересадке тканей и органов.
3. Возможности применения ауто-, аллотрансплантации различных тканей, имплантатов, эндопротезов в челюстно-лицевой хирургии.
4. Свободная пересадка кожи. Биологическое обоснование. Применение для устранения раневых и гранулирующих поверхностей на лице и в полости рта различных видов кожных лоскутов (тонкий, расщепленный, во всю толщину).
5. Пересадка хряща в качестве опорного материала и для исправления контуров разных участков лица. Применение аутохряща, трупного консервированного хряща

Тестовые задания

1. Толщина тонкого расщепленного трансплантата кожи (по Тришу) в среднем равна:

- 1) 0,5 мм.;
- 2) 0,2 – 0,3 мм.;
- 3) 0,8 мм..

2. Тонкие расщепленные кожные лоскуты (лоскуты по Тиршу) состоят из:

- 1) эпидермиса и сосочкового слоя дермы;
- 2) эпидермиса и сетчатого слоя дермы.

3. При гладком течении послеоперационного периода тонкие кожные лоскуты приживаются через:

- 1) 4-5 дней;
- 2) 6-7 дней;
- 3) 7-8 дней;
- 4) 8-9 дней.

4. Автором пересадки полнослойной кожи является:

- 1) К.П. Суслов;
- 2) Н.А. Плотников;
- 3) А.С. Яценко;
- 4) Г.В. Кручинский.

5. Полнослойные лоскуты хорошо приживаются на:

- 1) жировой клетчатке, надкостнице, кости;
- 2) грануляционной ткани;
- 3) рыхлой соединительной ткани, фасциях и мышцах.

6. Аутотрансплантация — это:

- 1) пересадка собственной костной ткани;
- 2) пересадка кости от одного человека другому;
- 3) вживление в ткани чуждых организму материалов (пластмасс, биологически неактивных металлов и др.).

7. Аллотрансплантация – это:

- 1) пересадка собственной костной ткани;
- 2) пересадка кости от одного человека другому;
- 3) вживление в ткани чуждых организму материалов (пластмасс, биологически неактивных металлов и др.).

8. Имплантация – это:

- 1) пересадка собственной костной ткани;
- 2) пересадка кости от одного человека другому;
- 3) вживление в ткани чуждых организму материалов (пластмасс, биологически неактивных металлов и др.).

Тема 4 «Применение сложных тканевых комплексов на микрососудистом анастомозе. Виды лоскутов. Характеристика донорских зон. Показания, противопоказания, преимущества, недостатки. Возможности метода. Применение материалов (биокомпозитов) в восстановительной хирургии лица. Контурная пластика для исправления наружных очертаний лица при его дефектах и деформациях»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Применение сложных тканевых комплексов на микрососудистом анастомозе. Виды лоскутов.
2. Характеристика донорских зон. Показания, противопоказания, преимущества, недостатки. Возможности метода.
3. Применение материалов (биокомпозитов) в восстановительной хирургии лица.
4. Контурная пластика для исправления наружных очертаний лица при его дефектах и деформациях.

Тестовые задания

1. **Способ пересадки сложных трансплантатов для устранения дефектов носа различной формы разработал:**
 - 1) К.П. Суслов;
 - 2) Н.А. Плотников;
 - 3) А.С. Яценко;
 - 4) Г.В. Кручинский.
2. **Разновидности кожных лоскутов, используемых для пластики в челюстно-лицевой области делят на следующие группы (по А.Э. Рауэр и Н.М. Михельсону):**
 - 1) однослойные, двухслойные, мостовидные с двумя ножками;
 - 2) однослойные, двухслойные, трехслойные;

- 3) однослойные, удвоенные (двуслойные), лоскуты на заранее подготовленном круглом стебле;

3. Соотношение длины и ширины однослойного лоскута составляет:

- 1) 4:1;
- 2) 2:1;
- 3) 3:1.

4. Лоскут, имеющий своим основанием край дефекта и поворачивающийся примерно на 180° внутрь его, называется:

- 1) опрокидывающимся;
- 2) перевернувшимся;
- 3) обратным.

5. Артериализованный лоскут — это:

- 1) кожно-жировые лоскуты на ножке;
- 2) однослойный лоскут, в толще которого при выкраивании сохраняются магистральные сосуды (артерии и вены), образующие в лоскуте отдельную систему кровообращения;
- 3) однослойный лоскут с сохранившейся системой кровообращения.

6. Артериализованный лоскут может выкраиваться в соотношении:

- 1) 4:1;
- 2) 3:1;
- 3) 2:1;
- 4) 1:1.

7. Мостовидный лоскут:

- 1) готовится из двух однослойных лоскутов, сложенных и сращенных между собой раневыми поверхностями;
- 2) имеет вид полоски кожи, отслоенной от подлежащих тканей в среднем отделе и прикрепленный на концах.

8. Удвоенный (сдвоенный) кожный лоскут:

- 1) готовится из двух однослойных лоскутов, сложенных и сращенных между собой раневыми поверхностями;
- 2) имеет вид полоски кожи, отслоенной от подлежащих тканей в среднем отделе и прикрепленный на концах.

9. Кожный круглый стебель может быть сформирован на любом месте, где:

- 1) кожа не имеет поддающуюся смещению подкожную жировую клетчатку и не собирается в складку;

- 2) кожа имеет поддающуюся смещению подкожную жировую клетчатку, т.е. в том месте, где кожа легко берется в складку.

10. При формировании стебля лоскут является наиболее жизнеспособным при условии, если длина его превышает ширину:

- 1) не менее чем в 2-3 раза;
- 2) не более чем в 3-4 раза;
- 3) не более чем в 3-4 раза;
- 4) не более чем в 2-3 раза.

Ситуационные задачи

Задачи №1

Больной, 28 лет, обратился в клинику на 5-е сутки после травмы в челюстно-лицевой области острым предметом. Имеется дефект кожи щечной области слева и частично подкожно-жировой клетчатки, размером 5,0х4,0 см. Верхний край дефекта находится на 1,5 см ниже и латеральной от медиального угла глаза.

1. Составьте план лечения.
2. Близость каких анатомических образований и какие возможные осложнения следует учитывать при проведении операции?
3. Не является ли срок обращения больного противопоказанием к пластической операции?

Задача №2

У больного 35 лет имеется посттравматический дефект верхней и нижней губ слева, мягких тканей щечной области слева. Края дефекта рубцово изменены, плотные. Через дефект видны L543 и альвеолярный отросток верхней челюсти этой области. L6543 неподвижны, в прикусе. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. Рот открывается на 1,5 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Задача №3

Больной, 34 лет, обратился в клинику с последствиями полуторагодовой травмы. Имеется выраженная рубцовая деформация в области угла рта слева, распространяющаяся на кожу подбородочной области слева. Угол рта опущен.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой необходим вид местной пластики?

Тема 5 «Костная пластика челюстей. Виды и причины дефектов нижней челюсти. Показания к костной пластике. Биологическое обоснование

костной пластики. Виды трансплантатов. Возможности применения консервированной кости и методы консервации. Пересадка аутокости для устранения дефектов нижней челюсти. Подготовка к операции»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Костная пластика челюстей.
2. Виды и причины дефектов нижней челюсти.
3. Показания к костной пластике.
4. Биологическое обоснование костной пластики. Виды трансплантатов.
5. Возможности применения консервированной кости и методы консервации.
6. Пересадка аутокости для устранения дефектов нижней челюсти.
7. Подготовка к операции.

Тестовые задания

1. При первичной костной пластике:

- 1) остеопластику выполняют через определенный срок после образования дефекта;
- 2) дефект замещают сразу после ранения, удаления опухоли или другого опухолеподобного состояния.

2. При вторичной костной пластике:

- 1) дефект замещают сразу после ранения, удаления опухоли или другого опухолеподобного состояния;
- 2) остеопластику выполняют через определенный срок после образования дефекта.

3. Аутотрансплантация — это:

- 1) пересадка собственной костной ткани;
- 2) пересадка кости от одного человека другому;
- 3) вживление в ткани чуждых организму материалов (пластмасс, биологически неактивных металлов и др.).

4. Аллотрансплантация – это:

- 1) пересадка собственной костной ткани;
- 2) пересадка кости от одного человека другому;
- 3) вживление в ткани чуждых организму материалов (пластмасс, биологически неактивных металлов и др.).

5. Имплантация – это:

- 1) пересадка собственной костной ткани;
- 2) пересадка кости от одного человека другому;
- 3) вживление в ткани чуждых организму материалов (пластмасс, биологически неактивных металлов и др.).

Тема 6 «Методы фиксации трансплантатов и фрагментов нижней челюсти при костно-пластических операциях (титановые минипластины, титановые реконструктивные штанги, металл с памятью формы, спленты, позиционеры, бимаксилярные назубные шины, внеротовые аппараты). Послеоперационное ведение больного, его реабилитация. Особенности костной пластики нижней челюсти при свежих огнестрельных ранениях и удалении опухолей (первичная костная пластика). Комбинированная костная пластика»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Методы фиксации трансплантатов и фрагментов нижней челюсти при костно-пластических операциях (титановые минипластины, титановые реконструктивные штанги, металл с памятью формы, спленты, позиционеры, бимаксилярные назубные шины, внеротовые аппараты).
2. Послеоперационное ведение больного, его реабилитация.
3. Особенности костной пластики нижней челюсти при свежих огнестрельных ранениях и удалении опухолей (первичная костная пластика).
4. Комбинированная костная пластика.

Тема 7 «Хирургическое лечение деформации челюстей. Аномалии развития и деформации челюстей. Основные виды деформаций челюстей: недоразвитие (микрогнатия) или чрезмерное развитие (макрогнатия) верхней или нижней челюсти или отдельных их участков (прогнатия и ретрогнатия), открытый прикус. Клинические проявления дефектов и деформаций, функциональные и эстетические нарушения. Показания к хирургическому лечению. Анализ деформации, уточненная диагностика с помощью телерентгенографии»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Хирургическое лечение деформации челюстей.
2. Аномалии развития и деформации челюстей.
3. Основные виды деформаций челюстей: недоразвитие (микрогнатия) или чрезмерное развитие (макрогнатия) верхней или нижней челюсти или отдельных их участков (прогнатия и ретрогнатия), открытый прикус.
4. Клинические проявления дефектов и деформаций, функциональные и эстетические нарушения.
5. Показания к хирургическому лечению.
6. Анализ деформации, уточненная диагностика с помощью телерентгенографии.

Тестовые задания

1. Синоним прогении - это:

- 1) нижняя прогнатия;
- 2) верхняя прогнатия;
- 3) нижняя ретрогнатия;
- 4) верхняя ретрогнатия.

2. Синоним прогнатии - это:

- 1) нижняя прогнатия;
- 2) верхняя прогнатия;
- 3) нижняя ретрогнатия;
- 4) верхняя ретрогнатия.

3. Синонимом микрогении является:

- 1) нижняя прогнатия;
- 2) верхняя прогнатия;
- 3) нижняя ретрогнатия;
- 4) верхняя ретрогнатия.

4. Синонимом макрогнатии является:

- 5) нижняя прогнатия;
- 6) верхняя прогнатия;
- 7) нижняя ретрогнатия;
- 8) верхняя ретрогнатия.

5. Прогения - это:

- 1) аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперёд, вследствие её чрезмерного развития;
- 2) недоразвитие нижней челюсти;
- 3) аномалия развития челюсти, которая характеризуется выдвинутым положением верхней челюсти вперёд, вследствие её чрезмерного развития;
- 4) недоразвитие верхней челюсти.

6. Микрогения - это:

- 1) аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперёд, вследствие её чрезмерного развития;
- 2) недоразвитие нижней челюсти;
- 3) аномалия развития челюсти, которая характеризуется выдвинутым положением верхней челюсти вперёд, вследствие её чрезмерного развития;
- 4) недоразвитие верхней челюсти.

7. Прогнатия - это:

- 1) аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперёд, вследствие её чрезмерного развития;
- 2) недоразвитие нижней челюсти;
- 3) аномалия развития челюсти, которая характеризуется выдвинутым положением верхней челюсти вперёд, вследствие её чрезмерного развития;
- 4) недоразвитие верхней челюсти.

8. Прогения - это:

- 1) аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперёд, вследствие её чрезмерного развития;
- 2) недоразвитие нижней челюсти;
- 3) аномалия развития челюсти, которая характеризуется выдвинутым положением верхней челюсти вперёд, вследствие её чрезмерного развития;
- 4) недоразвитие верхней челюсти.

9. Для прогении нехарактерен следующий прикус:

- 1) обратный;
- 2) мезиальный;
- 3) прогенический;
- 4) прямой.

10. Прогения бывает:

- 1) истинной, ложной;
- 2) верхней и нижней челюсти;
- 3) фронтальных и боковых зубов.

11. Ложная прогения – это когда:

- 1) в прогеническом (обратном) прикусе находятся только отдельные фронтальные зубы, а на всем протяжении обоих зубных рядов взаимное расположение зубов правильное;
- 2) в прогеническом (обратном) прикусе находятся не только фронтальные, но и боковые зубы.

12. Истинная прогения – это когда:

- 1) в прогеническом (обратном) прикусе находятся только отдельные фронтальные зубы, а на всем протяжении обоих зубных рядов взаимное расположение зубов правильное;
- 2) в прогеническом (обратном) прикусе находятся не только фронтальные, но и боковые зубы.

13. Может ли наблюдаться ложная прогения у людей в молодом возрасте без наличия у них врожденных заболеваний челюстно-лицевой области:

- 1) не может;
- 2) может, но очень редко;
- 3) может быть лишь в том случае, если имеется полная потеря зубов на верхней и нижней челюсти.

14. Может ли микрогения быть односторонней:

- 1) может;
- 2) не может.

Тема 8 «Основные методы операций для исправления размеров и формы нижней челюсти. Оперативное исправление формы и положения верхней челюсти. Особенности оперативной техники, иммобилизации и послеоперационного ведения, протезирования и реабилитации больных после вмешательства по поводу деформаций челюстей. Контурная пластика для исправления формы лица и челюстей»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Основные методы операций для исправления размеров и формы нижней челюсти.
2. Оперативное исправление формы и положения верхней челюсти.
3. Особенности оперативной техники, иммобилизации и послеоперационного ведения, протезирования и реабилитации больных после вмешательства по поводу деформаций челюстей.
4. Контурная пластика для исправления формы лица и челюстей.