

Министерство здравоохранения ДНР
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
(методические указания для самостоятельной подготовки к практическим занятиям
для студентов 4 курса стоматологического факультета)

Донецк – 2016

УДК 617.52-001-089(075.8)

Авторы: Музычина А.А., Иващенко А.Л., Хахелева Т.Н., Кальней Е.О.

Травматические повреждения челюстно-лицевой области (методические указания для самостоятельной подготовки к практическим занятиям по хирургической стоматологии для студентов 4 курса стоматологического факультета ДонНМУ). Методические указания отвечают рабочей программе по хирургической стоматологии для специальности 31.05.03 - стоматология. - Донецк, 2016. - 43с.

Методические указания разработаны в соответствии со стандартами, принятыми в Донецком национальном медицинском университете им. М. Горького и реализуют систему программно-целевого управления качеством подготовки специалистов. Методические указания позволяют студентам при подготовке к практическим занятиям определить их цель, а также оценить степень своей готовности к занятиям, исходя из результатов решения тестовых заданий. С целью управления внеаудиторной подготовкой студентов в методических указаниях приведен перечень основных теоретических вопросов и рекомендованной литературы. Все это позволяет в полной мере использовать теоретические знания в практической деятельности и формирует профессиональные навыки. Методические указания касаются всех тем практических занятий, которые проводятся на кафедре хирургической стоматологии ДонНМУ в соответствии с рабочими программами.

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

1. Косарева Л.И. – кандидат медицинских наук, профессор кафедры терапевтической стоматологии ДонНМУ

2. Гонтарь Е.А. - кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии ДонНМУ им. М. Горького, методист по стоматологическим дисциплинам.

Утверждено Ученым Советом Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького (протокол № 6 от 30 . 08 . 2016)

СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ МОДУЛИ

1	Травматические повреждения мягких тканей лица: классификация, особенности клинического течения. Сроки, виды и методы хирургической обработки ран мягких тканей лица и органов полости рта. Вывихи, переломы зубов, перелом альвеолярного отростка: классификация, клиника, диагностика, лечение.	3
2	Травматические повреждения нижней челюсти: классификация, механизм, клиника, диагностика, лечение. Временная (эвако-транспортная иммобилизация при повреждениях костей лицевого черепа: требования, задачи, виды, возможные осложнения). Постоянная (лечебная) иммобилизация челюстей назубными шинами и каппами. Травматический вывих нижней челюсти: патогенез, классификация клиника, диагностика, лечение, профилактика.	11
3	Травматические повреждения верхней челюсти: классификация, клиника, диагностика, лечение. Травматические повреждения скуловых костей и костей носа: классификация, клиника, диагностика, лечение.	18
4	Хирургические методы лечения травматических повреждений костей лицевого черепа, показания к их применению. Регенерация костной ткани челюстей. Методы оптимизации регенерации костной раны. Сочетанные повреждения челюстно-лицевой области (черепно-челюстно-лицевая травма, перелом основания черепа): диагностика, особенности оказания медицинской помощи.	24
5	Огнестрельные повреждения челюстно-лицевой области: классификация, морфологические и клинические особенности, течение и принципы лечения, осложнения. Оказание врачебной помощи пострадавшим в случае экстремальных ситуаций. Термические, химические, радиационные и комбинированные повреждения тканей челюстно-лицевой области: классификация, особенности течения, лечение, профилактика осложнений.	31
6	Осложнения при травматических повреждениях челюстно-лицевой области (ранние и поздние). Травматический остеомиелит челюстей: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.	38

1. Травматические повреждения мягких тканей лица: классификация, особенности клинического течения. Сроки, виды и методы хирургической обработки ран мягких тканей лица и органов полости рта. Вывихи, переломы зубов, перелом альвеолярного отростка: классификация, клиника, диагностика, лечение.

Актуальность темы. Проблемы челюстно-лицевой травматологии остаются актуальными и в настоящее время в связи с ростом числа и тяжести травматических повреждений. Практически все открытые повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области (раны) сопровождаются значительным кровотечением, в особенности в первые часы после травмы. Наиболее трудными являются ранения мягких тканей дна полости рта и языка, в особенности его корня. Отек мягких тканей лица и шеи, который быстро развивается, может послужить причиной возникновения асфиксии.

Повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области (ЧЛО) имеют ряд особенностей, которые отличают их от повреждений других частей тела. В то же время, клинические проявления и особенности тактики лечения ран лица различаются в зависимости от их локализации.

При повреждениях лица могут возникать ранения с сочетанным повреждением органов шеи, раневой канал может сообщаться с полостью рта, носа, гайморовой пазухой. Во всех этих случаях особое значение приобретает значение тактики хирургической обработки ран мягких тканей лица с учетом анатомо-физиологического строения ЧЛО и требований эстетики.

В практике хирурга-стоматолога часто встречаются вывихи и переломы зубов, альвеолярных отростков челюстей, а также вывихи нижней челюсти. Студенты должны научиться диагностировать указанные повреждения, а в дальнейшем уметь предоставить квалифицированную помощь этому контингенту больных.

Цели обучения.

Общая цель. Уметь установить характер и степень повреждения мягких тканей лица, распознавать клинические симптомы повреждения мягких тканей различной локализации, определить тактику медицинской помощи и послеоперационного ведения больного. Уметь распознавать клинические симптомы, обосновать и составить план диагностического обследования и лечения пострадавших с вывихами зубов, нижней челюсти, переломами зубов и альвеолярных отростков челюстей, а также с вывихом нижней челюсти.

Конкретные цели	Исходный уровень знаний-умений
Уметь:	
1. Выделить основные этиологические факторы травм ЧЛО, распознавать клинические симптомы повреждений мягких тканей лица и интерпретировать их классификацию.	1. Интерпретировать данные нормальной и топографической анатомии мягких тканей лица, характеризовать общий патогенез раневого процесса (кафедра анатомии, кафедра топографической анатомии, кафедра патологической физиологии, кафедра общей хирургии).
2. Выделить особенности клинических проявлений ран мягких тканей ЧЛО в зависимости от их локализации.	2. Характеризовать анатомо-функциональные нарушения травматических повреждений в общей хирургической практике (кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии, кафедра общей хирургии).

3. Определить степень анатомо-функциональных нарушений при травматических повреждениях ЧЛО разной локализации.	3. Собрать и оценить жалобы, анамнез травмы, состояние пострадавшего (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
4. Составить и обосновать план обследования больного с травмой ЧЛО.	4. Определить объем и последовательность клиничко-функциональных, лабораторных, рентгенологических и инструментальных исследовательских приемов (кафедра патологической анатомии, кафедра патологической физиологии, кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии, кафедра рентгенологии).
5. Определить тактику предоставления медпомощи больным с учетом разной локализации, характера и степени повреждения мягких тканей лица.	5. Интерпретировать организационные принципы предоставления медпомощи больным с травматическими повреждениями в общехирургической практике (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
6. Составить план лечебных мероприятий по устранению и предупреждению осложнений повреждений мягких тканей лица.	6. Обосновать метод обезболивания на основе общих принципов обезболивания, определить показания к выбору шовного материала (кафедра топографической анатомии, кафедра общей хирургии).
7. Распознать клинические симптомы вывихов зубов, переломов зубов и альвеолярного отростка.	7. Провести обследование челюстно-лицевых больных (кафедра хирургической стоматологии).
8. Оценивать данные рентгенологических исследований при травме зубов и альвеолярного отростка.	8. Ориентироваться в методах рентгенологического обследования костей лицевого черепа (кафедра рентгенологии).
9. Определить показания к разным видам лечения травм зубов и альвеолярного отростка.	9. Интерпретировать принципы методов лечение вывихов и переломов костей (кафедра общей хирургии).
10. Выделить этиологические и патогенетические факторы развития разных форм вывиха височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).	10. Интерпретировать данные топографической анатомии ВНЧС (кафедра топографической анатомии).
11. Определить тактику лечения больных с острыми и привычными вывихами ВНЧС	11. Собрать и оценить жалобы, анамнез травмы и состояние больного (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии)

**Определение и обеспечение исходного уровня знаний-умений.
Задания для проверки исходного уровня.**

Задание №1. В челюстно-лицевое отделение поступил пострадавший с ушибленно-рваной раной в правом боковом отделе лица, которое сопровождается обильным кровотечением. Какие из ниже перечисленных областей относятся к боковому отделу лица?

- A. Околоушно-жевательная, скуловая, щечная.
- B. Околоушно-жевательная, скуловая.
- C. Подглазничная, щечная, скуловая.
- D. Околоушно-жевательная, скуловая, сосцевидная.
- E. Скуловая, щечная.

Задание №2. Травма какого нерва может привести к параличу или парезу мимических мышц?

- A. Лицевого.
- B. Блуждающего.
- C. Лобного.
- D. Тройничного.
- E. Подглазничного.

Задание №3. Где пальпируют лицевую артерию?

- A. У переднего края жевательной мышцы и нижнего края нижней челюсти.
- B. Немного выше ушной раковины.
- C. У крыла носа.
- D. У мочки уха.
- E. У козелка уха

Задание №4. Какой метод анестезии показан при хирургической обработке изолированной раны мягких тканей?

- A. Инфильтрационная анестезия.
- B. Масочный наркоз.
- C. Внутривенный наркоз.
- D. Нейролептаналгезия.
- E. Метод аппликационной анестезии.

Задание №5. На основании каких данных делаются предварительные выводы о степени тяжести состояния потерпевшего?

- A. Клинических данных: опрос, анамнез, данные объективного обследования.
- B. Данных рентгенологического исследования.
- C. Данных ультразвукового исследования.
- D. Лабораторных данных.
- E. Функционально-аппаратных методов.

Эталоны ответов:

- Задание №1 - А
- Задание №2 - А
- Задание №3 - А
- Задание №4 - А
- Задание №5 - А

Источники информации.

1. Долгих В.Т. Клиническая патологическая физиология для стоматологов в вопросах и ответах. Учебное пособие. М.: Медкнига. 2001. - 115 с.
2. Литвицкий П.Ф. Патофизиология. – 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-МЕД. 2003. – Т1. С.586-624.
3. Лучевая диагностика: Учебник Т.1. / под ред. Г.Е. Труфанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2007. - 416с.
4. Анатомия человека. В двух томах. Т.1 / под ред. М.Р. Сапина. – М.: Медицина. – 2001. – 640с.
5. Общая патологическая анатомия (общий курс). Учебное пособие к практическим занятиям по патологической анатомии. Стоматологический факультет. / под ред. О.В. Зайратьянца. – М.: МГМСУ. - 2007. - 264с.

Содержание обучения в соответствии с целями.

Теоретические вопросы темы.

1. Классификация повреждений мягких тканей лица и органов полости рта в зависимости от этиологии и тяжести повреждения.
2. Анатомо-топографические и функциональные особенности челюстно-лицевой области, которые определяют разнообразие клинического течения повреждений мягких тканей лица разной локализации.
3. Организация и тактика лечения больных с повреждениями мягких тканей челюстно-лицевого участка разной локализации и меры тяжести.
4. Особенности первичной хирургической обработки ран мягких тканей лица различной локализации.
5. Виды швов, которые применяются при хирургической обработке ран лица.
6. Сроки наложения первичных и вторичных глухих швов при хирургической обработке ран лица.
7. Вывихи зубов, клиника, диагностика, лечение.
8. Переломы зубов клиника, диагностика, лечение.
9. Переломы альвеолярных отростков челюстей: клиника, диагностика, лечение.
10. Этиология, патогенез и клиника вывихов нижней челюсти.
11. Принципы и методы лечения острых и обычных вывихов височно-нижнечелюстного сустава.

Источники информации.

Основная литература.

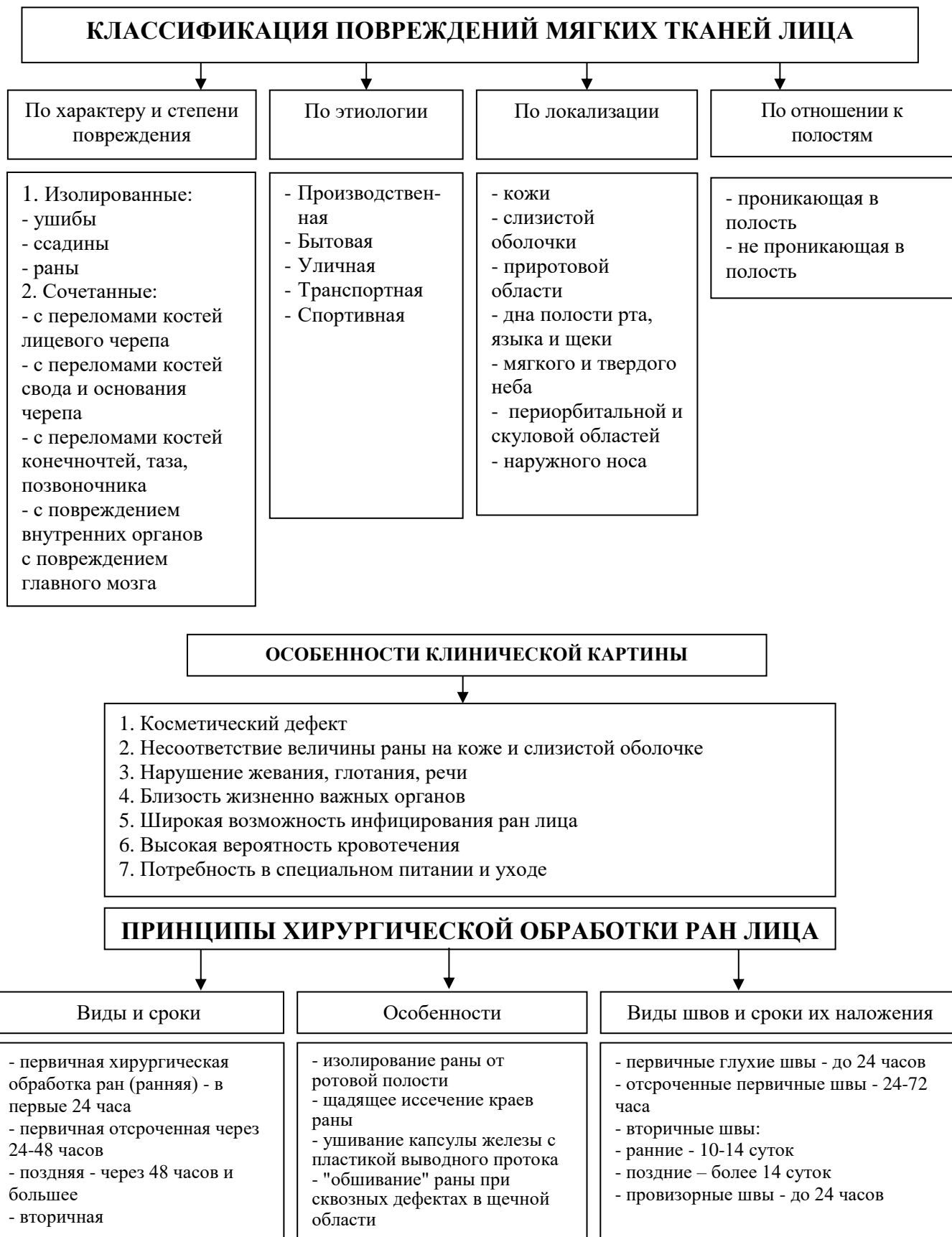
1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 4-е изд. – Киев.: ООО Червона-Рута-Турс. 2002 – С.384-484.
2. Хирургическая стоматология / под ред. Т.Г. Робустовой, М.: Медицина. 2003 – С.268-281.
3. Хирургическая стоматология / под ред. В.В. Афанасьева, М.: ГЭОТАР-Медиа. 2011 – С.448-564.

Дополнительная литература.

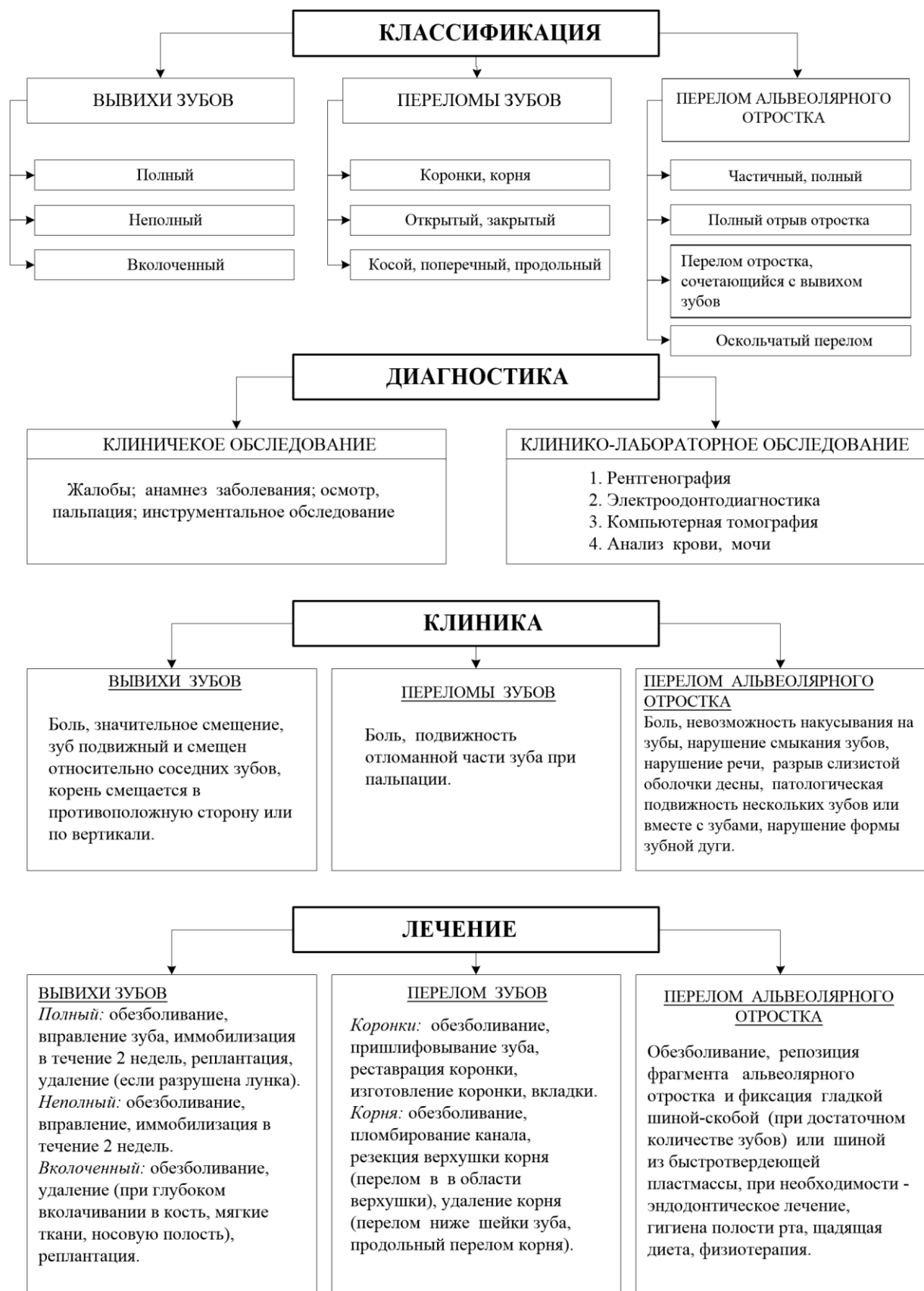
1. Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология / Под ред. В.А. Козлова, М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014 – 539с.
2. Швырков М.Б., Афанасьев В.В, Стародубцев В.С. Неогнестрельные переломы челюстей. М: Медицина. – 1999 – С.47-73
3. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Рентгенодиагностика в стоматологии. М.: ООО "Медицинское информационное агентство". – 1999. – С.204-252.

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ

Травматические повреждения мягких тканей лица: классификация, особенности клинического течения. Сроки, виды и методы хирургической обработки ран мягких тканей лица и органов полости рта. Вывихи, переломы зубов, перелом альвеолярного отростка: классификация, клиника, диагностика, лечение.



ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ (продолжение)



Набор заданий для проверки достижения конкретных целей обучения.

Задание №1. Мужчина упал с мотоцикла. Обстоятельства травмы не помнит. Жалуется на головную боль, тошноту, была однократная рвота. На лице - ссадины, в левой височной области гематома. Пульс 72 удара в минуту, артериальное давление 130/80 мм.рт.ст. К какому виду нужно отнести травму височной области у больного?

- А. Ушиб мягких тканей.
- В. Резаная рана.
- С. Ушибленная рана.
- Д. Рваная рана.
- Е. Скальпированная рана.

2. У больного Н., 45 лет, с ушиблено-рваной раной в правой околоушно-жевательной области появились симптомы сглаживания носо-щечной складки и опускание угла рта справа. Диагностирован парез мимической мускулатуры справа. Какой нерв был поврежден вследствие травмы?

- А. Лицевой нерв.
- В. Первая ветвь тройничного нерва.
- С. Вторая ветвь тройничного нерва.
- Д. Третья ветвь тройничного нерва.
- Е. Ушно-височный нерв.

3. Машиной скорой помощи в травмпункт доставлен мужчина по поводу производственной травмы левой половины лица, из анамнеза выяснено, что травму получил около 3-х часов назад. Сознание не терял. Объективно: в области левой щеки определяется рана 5х3 см, неправильной формы с неровными краями. При разведении краев раны видны зубы. Последние не повреждены. Со стороны полости рта – разрыв слизистой оболочки щеки. Прикус не нарушен. Какой вид хирургической обработки будет проводиться у данного больного?

- А. Первичная ранняя хирургическая обработка
- В. Первичная поздняя хирургическая обработка
- С. Первичная отсроченная хирургическая обработка
- Д. Вторичная поздняя хирургическая обработка
- Е. Вторичная ранняя хирургическая обработка

4. Больной 20 лет три часа назад получил ножевое ранение в области левой щеки, было кровотечение, которое на момент осмотра прекратилось. Объективно: в области левой щеки рана с ровными краями, размером 4х1 см, выполненная сгустком, не проникающая в полость рта. Наложение каких швов показано больному?

- А. Первичные глухие
- В. Первичные сближающие
- С. Первичные направляющие
- Д. Ранние вторичные
- Е. Первичные разгружающие.

5. Больной 22 лет 12 часов назад получил проникающее ранение левой щеки острым металлическим предметом. Рана на коже 3 см длиной, линейного характера. Со стороны слизистой оболочки рана достигает в длину 2 см. Какой вариант первичного шва наиболее целесообразный в данном случае?

- А. Глухой шов на слизистую оболочку щеки, направляющий шов на кожу
- В. Глухой шов на кожу, на слизистую оболочку
- С. Послойный глухой шов, дренирование со стороны слизистой оболочки

D. Послойный глухой шов

E. Послойный глухой шов, дренирование со стороны кожи

Эталоны ответов:

Задание №1 - А

Задание №2 - А

Задание №3 - А

Задание №4 - А

Задание №5 – А

Краткие методические указания для работы студентов на практическом занятии.

В начале практического занятия проводится контроль и коррекция исходного уровня знаний студентов по тестовым заданиям. Затем занятие продолжается в отделении стационара, где под контролем преподавателя студенты проводят курацию тематических больных. При курации больных обращают внимание на правильность сбора жалоб, анамнеза, оценку общего и местного статуса больных с травматическими повреждениями мягких тканей челюстно-лицевой области, определяют дополнительные методы обследования таких больных. Затем студенты с преподавателем оценивают имеющиеся данные клинико-лабораторных, рентгенологических обследований, которые имеют важное значение в постановке диагноза. Студенты составляют план хирургического и медикаментозного лечения таких больных, план мероприятий по диспансеризации данного контингента больных, берут участие в выполнении лечебных и диагностических манипуляций. Студенты решают клинические ситуационные задачи по теме занятия. В конце занятия подводится итоговый контроль и коррекция результатов усвоения темы при помощи тестовых заданий. Подводится итог, анализируются действия студентов во время курации больных и выполнения диагностических манипуляций. Дается задание к следующему занятию.

2. Травматические повреждения нижней челюсти: классификация, механизм, клиника, диагностика, лечение. Временная (транспортная иммобилизация при повреждениях костей лицевого черепа: требования, задачи, виды, возможные осложнения). Постоянная (лечебная) иммобилизация челюстей назубными шинами и каппами. Травматический вывих нижней челюсти: патогенез, классификация клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Актуальность темы. Изолированные переломы нижней челюсти составляют около 80% переломов всех костей лицевого черепа и часто сопровождаются черепно-мозговой травмой. Все переломы нижней челюсти в пределах зубного ряда являются открытыми, а значит инфицированными содержимым полости рта, которое создает реальную угрозу развития воспалительных осложнений.

Методы лечения переломов нижней челюсти должны обеспечить не только жесткость фиксации репонированных отломков, но и полное устранение их вертикального и горизонтального смещения с целью быстрее преобразования открытого перелома в закрытый. Кроме того, необходимо проведение комплекса физиотерапевтических и медикаментозных мероприятий, направленных на уменьшение боли, улучшение микроциркуляции в зоне перелома, предотвращение воспалительных осложнений, стимулирование регенерации и т.п.

Своевременно начатое и правильно проведенное лечение переломов нижней челюсти оказывает содействие сокращению их осложнений и достижению хороших анатомических, функциональных и косметических результатов.

Цели обучения.

Общая цель. Уметь распознать клинические симптомы переломов нижней челюсти разной локализации, определить тактику лечения больных с переломами нижней челюсти.

Конкретные цели	Исходный уровень знаний-умений
Уметь:	
1. Распознать клинические симптомы переломов нижней челюсти разной локализации. Определить механизм возникновения переломов нижней челюсти.	1. Оценивать и интерпретировать данные, полученные при сборе жалоб, анамнеза, оценке общего состояния больного с травматическими повреждениями (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
2. Выделить этиологические, патогенетические и анатомические факторы, которые определяют смещение отломков при различных локализациях переломов нижней челюсти, определить смещение отломков челюстей.	2. Интерпретировать влияние величины, направления, продолжительности действия силы, которая вызвала перелом, а также направление плоскости перелома и действия мышц, которые прикрепляются к нижней челюсти (кафедра анатомии человека, кафедра топографической анатомии).
3. Оценить данные рентгенологического исследования в двух взаимно перпендикулярных проекциях в больных с переломами нижней челюсти.	3. Интерпретировать рентгенологическую картину повреждений челюстей, рентгенологические укладки для нижней челюсти (кафедра рентгенологии).
4. Использовать классификацию переломов нижней челюсти для определения способа иммобилизации отломков.	4. Интерпретировать правила применения средств временной иммобилизации при переломах нижней челюсти (кафедра общей хирургии).

<p>5. Составить и обосновать схему ведения больного с переломом нижней челюсти. Обосновать применение разных видов временной и лечебной иммобилизации при переломах нижней челюсти.</p>	<p>5. Интерпретировать принципы применения неоперативных методов лечения переломов челюстей (кафедра общей хирургии).</p>
---	---

**Определение и обеспечение исходного уровня знаний-умений.
Задания для проверки исходного уровня.**

Задание №1. Выберите из ниже перечисленных признаков, характерные для перелома бедра.

- A. Боль, гематома, деформация и нарушение функции конечности.
- B. Гипертермия, лейкопения, сдвиг рН в сторону ацидоза.
- C. Гипотермия, лейкоцитоз, сдвиг рН в сторону алкалоза.
- D. Увеличение СОЭ, анемия, гипопропротеинемия.
- E. Гипергликемия, гиперкоагуляция крови, повышенное содержание трансаминаз.

Задание №2. Выберите из нижеперечисленных мышц те, которые поднимают нижнюю челюсть.

- A. Собственно жевательная, подбородочно-язычная, височная.
- B. Собственно жевательная, крыловидные, височная.
- C. Височная, челюстно-подъязычная, собственно жевательная.
- D. Собственно жевательная, подбородочно-язычная, височная.
- E. Крыловидные, височная, двубрюшная.

Задание №3. Выберите из ниже перечисленных мышцы те, которые опускают нижнюю челюсть.

- A. Крыловидные, подбородочно-язычная, двубрюшная.
- B. Височная, челюстно-подъязычная, собственно жевательная.
- C. Двубрюшная, подбородочно-подъязычная, челюстно-подъязычная.
- D. Двубрюшная, подъязычно-язычная.
- E. Челюстно-подъязычная, подъязычно-язычная.

Задание №4. Больной Н., 22 лет, обратился в клинику по поводу двустороннего перелома нижней челюсти в области углов со смещением отломков. Для уточнения характера смещения отломков необходимо выполнить рентгенологическое исследование. Выберите правильную рентгенологическую укладку.

- A. В боковой проекции справа и слева.
- B. Прямая рентгенограмма в переднезадней проекции.
- C. В полуаксиальной проекции.
- D. В переднезадней проекции и две боковых.
- E. В аксиальной проекции.

Задание №5. Выберите повязку для проведения временной иммобилизации при переломе ключицы.

- A. Працевидная.
- B. Т-образная.
- C. Крестообразная или 8-образная.
- D. Косыночная.
- E. По Гиппократу.

Эталоны ответов:

- Задание №1 - А
- Задание №2 - В
- Задание №3 - С
- Задание №4 - D
- Задание №5 - С

Источники информации.

1. Долгих В.Т. Клиническая патологическая физиология для стоматологов в вопросах и ответах. Учебное пособие. М.: Медкнига. 2001. - 115 с.
2. Литвицкий П.Ф. Патофизиология. – 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-МЕД. 2003. – Т1. С.586-624.
3. Лучевая диагностика: Учебник Т.1. / под ред. Г.Е. Труфанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2007. - 416с.
4. Анатомия человека. В двух томах. Т.1 / под ред. М.Р. Сапина. – М.: Медицина. – 2001. – 640с.
5. Общая патологическая анатомия (общий курс). Учебное пособие к практическим занятиям по патологической анатомии. Стоматологический факультет. / под ред. О.В. Зайратьянца. – М.: МГМСУ. - 2007. - 264с.

Содержание обучения в соответствии с целями.

Теоретические вопросы темы.

1. Механизм возникновения переломов нижней челюсти.
2. Классификация переломов нижней челюсти.
3. Клиническое течение переломов нижней челюсти.
4. Методы диагностики переломов нижней челюсти.
5. Временная иммобилизация при переломах нижней челюсти.
6. Проволочные назубные шины для лечебной иммобилизации переломов нижней челюсти.
7. Зубо-десневые и десневые шины для лечебной иммобилизации переломов нижней челюсти.

Источники информации.

Основная литература.

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 4-е изд. – Киев.: ООО Червона-Рута-Турс. 2002 – С.433-484.
2. Хирургическая стоматология / под ред. Т.Г. Робустовой, М.: Медицина. 2003 – С.283-295.
3. Хирургическая стоматология / под ред. В.В. Афанасьева, М.: ГЭОТАР-Медиа. 2011 – С.468-479.

Дополнительная литература.

1. Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология / Под ред. В.А. Козлова, М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014 – 539с.
2. Швырков М.Б., Афанасьев В.В, Стародубцев В.С. Неогнестрельные переломы челюстей. М: Медицина. – 1999 – С.126-203.
3. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Рентгенодиагностика в стоматологии. М.: ООО "Медицинское информационное агентство". – 1999. – С.204-252.

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ

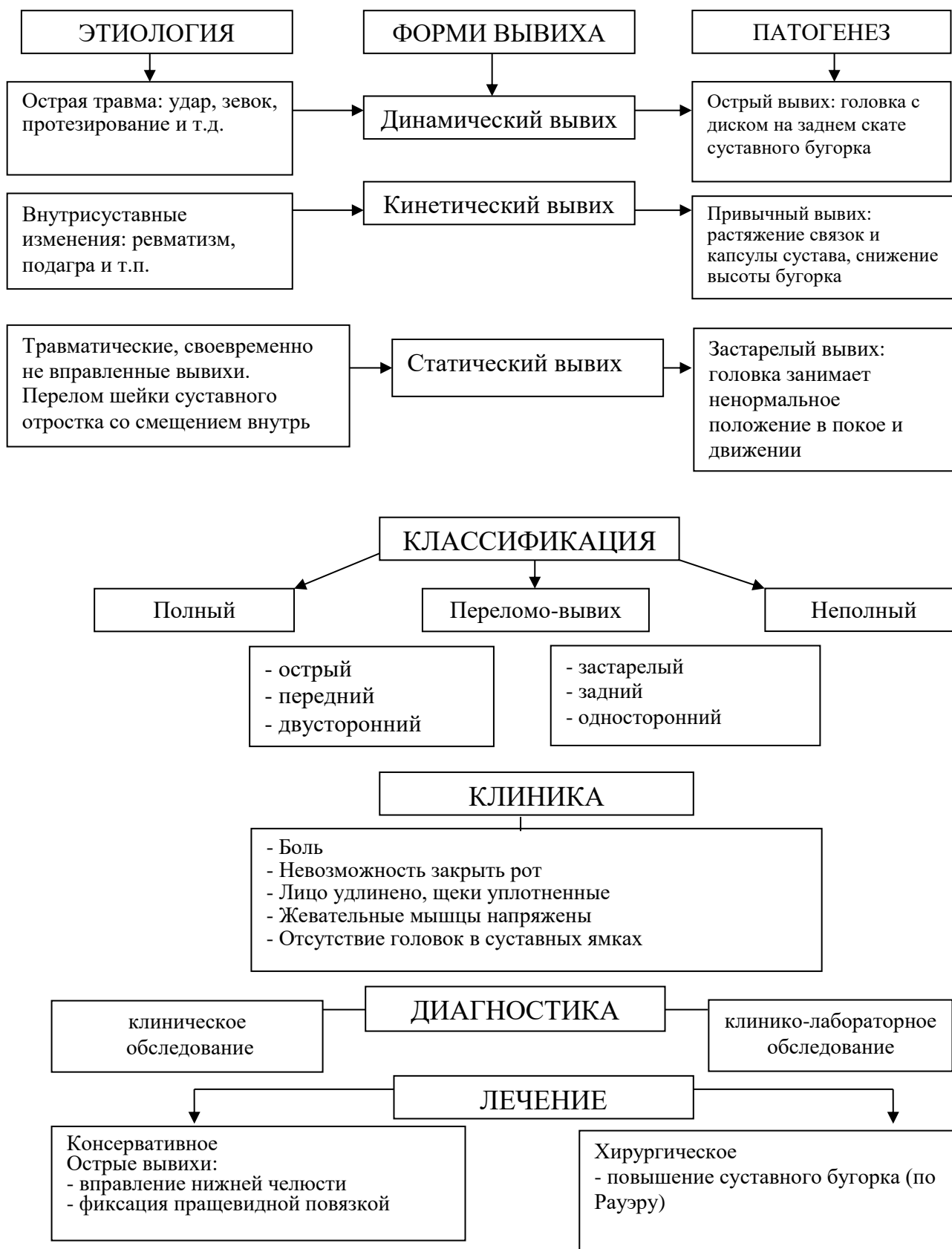
Травматические повреждения нижней челюсти: классификация, механизм, клиника, диагностика, лечение. Временная (транспортная иммобилизация при повреждениях костей лицевого черепа: требования, задачи, виды, возможные осложнения).

Постоянная (лечебная) иммобилизация челюстей назубными шинами и каппами.

Травматический вывих нижней челюсти: патогенез, классификация клиника, диагностика, лечение, профилактика.



ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ (продолжение)



Набор заданий для проверки достижения конкретных целей обучения.

Задание №1. Пациент Ж., 29 лет, поступил в стационар с диагнозом: "Открытый перелом нижней челюсти между 41, 31 зубами без смещения отломков". Объективно: рот открывает в полном объеме, зубные ряды интактные, прикус ортогнатический. Между 41, 31 зубами определяется щель до 2мм. Симптом не прямой нагрузки положительный. Какой метод иммобилизации показан для этого пациента?

- А. Назубная гладкая шина-скоба.
- В. Назубная шина С.С. Тигерштедта с зацепными петлями.
- С. Назубная шина С.С. Тигерштедта с наклонной плоскостью.
- Д. Назубная шина С.С. Тигерштедта с распорочным изгибом.
- Е. Назубная шина В.С. Васильева.

Задание №2. В челюстно-лицевое отделение поступил больной 20 лет. При осмотре больного был поставлен диагноз: травматический перелом нижней челюсти в области левого угла без смещения. Объективно: зубы интактные, прикус ортогнатический. Какой вид лечебной помощи требуется в данном случае?

- А. Назубная проволочная шина с распорочным изгибом.
- В. Назубная двучелюстная проволочная шина с зацепными петлями.
- С. Назубная проволочная гладкая шина-скоба.
- Д. Фиксация фрагментов челюсти аппаратом В.Ф. Рудько.
- Е. Назубная шина Г.А. Васильева.

Задание №3. У больного 62 лет диагностирован открытый травматический перелом нижней челюсти слева на уровне 37, 38 зубов с выраженным смещением фрагментов. Объективно: полное отсутствие зубов, больной пользуется съемными протезами, на уровне 37, 38 зубов - разрыв слизистой оболочки десен. Малый костный фрагмент обнажен, смещенный вверх, кнаружи. Какой вид лечения необходимо провести данному больному?

- А. Остеосинтез отломков нижней челюсти.
- В. Шина Гунига-Порта и подбородочная праща.
- С. Шина Вебера.
- Д. Фиксация отломков с помощью аппарата Рудько.
- Е. Фиксация отломков с помощью аппарата Бернадского.

Задание №4. У больного А., 22 лет, диагностирован перелом нижней челюсти в области отсутствующего 42 зуба. 41, 42, 43 зубы отсутствуют. На панорамной рентгенограмме диагностирован линейный перелом без смещения в области отсутствующего 42 зуба. Какую шину целесообразно использовать для фиксации отломков.

- А. Шину с распорочным изгибом.
- В. Гладкую шину-скобу.
- С. Назубную шину Васильева.
- Д. Шину-скобу с наклонной плоскостью.
- Е. Проволочную шину с зацепными петлями.

Задание №5. У больного 22 лет с двухсторонним ментальным переломом нижней челюсти наблюдается типичное смещение фрагментов. Что вызывает смещение центрального фрагмента книзу?

- А. Тяга жевательной и височной мышц.
- В. Тяга мышц супрагиоидной группы.
- С. Собственный вес нижней челюсти.
- Д. Тяга крыловидных мышц.
- Е. Тяга мимических мышц.

Эталоны ответов:

Задание №1 - А

Задание №2 - В

Задание №3 - А

Задание №4 - А

Задание №5 - В

Краткие методические указания для работы студентов на практическом занятии.

В начале проводится контроль исходного уровня знаний студентов по тестовым заданиям. После подведения итогов контроля исходного уровня знаний и их коррекции занятия продолжается в отделении стационара, где под контролем преподавателя студенты проводят курацию больных с переломами нижней челюсти. Во время курации больных обращают внимание на важность правильного сбора жалоб и анамнеза, осмотра и пальпации больных с переломами нижней челюсти, чтение рентгенограмм, профилактики воспалительных осложнений переломов. Студенты на фантоме накладывают назубные проволочные шины, потом решают клинические ситуационные задачи по теме занятия. В конце занятия проводится итоговый контроль и коррекция результатов усвоения изучаемой темы при помощи тестовых заданий. Подводится итог, анализируются действия студентов во время курации больных. Дается задание к следующему занятию.

3. Травматические повреждения верхней челюсти: классификация, клиника, диагностика, лечение. Травматические повреждения скуловых костей и костей носа: классификация, клиника, диагностика, лечение.

Актуальность темы. В практике врача-стоматолога встречаются переломы верхней челюсти, скуловых костей, костей носа, которые составляют 2-8% всех переломов костей лицевого черепа. Студенты-стоматологи должны научиться диагностировать переломы верхней челюсти, а в дальнейшем уметь предоставлять квалифицированную помощь этому контингенту пострадавших.

Цели обучения.

Общая цель. Уметь распознавать клинические симптомы, обосновать и составить план диагностического обследования и лечения пострадавших с переломами верхней челюсти, скуловых костей, костей носа.

Конкретные цели	Исходный уровень знаний-умений
Уметь:	
1. Выделить этиологические и патогенетические факторы переломов верхней челюсти, скуловых костей, костей носа.	1. Интерпретировать анатомо-топографические особенности верхней челюсти, скуловых костей, костей носа и близлежащих мягких тканей (кафедра нормальной анатомии, топографической анатомии).
2. Выделить клинические симптомы, характерные для переломов верхней челюсти, скуловых костей, костей носа.	2. Оценивать и интерпретировать данные, полученные при сборе жалоб, анамнеза, оценке общего состояния больного с травматическими повреждениями (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
3. Определить клинические и рентгенологические симптомы, характерные для переломов верхней челюсти, скуловых костей, костей носа.	3. Ориентироваться в методах рентгенологического обследования пострадавших с переломами костей лицевого черепа (кафедра рентгенологии).
4. Составить и обосновать план местного и общего лечения пострадавших с переломами верхней челюсти скуловых костей, костей носа.	4. Интерпретировать данные клинических и лабораторных методов обследования при переломах (кафедра пропедевтической внутренних болезней, кафедра общей хирургии).
5. Определить показания к срокам и методам различных видов лечения при переломах верхней челюсти, скуловых костей, костей носа.	5. Интерпретировать механизм действия лечебных препаратов, которые используются при лечении травм и их последствий (кафедра фармакологии).

**Определение и обеспечение исходного уровня знаний-умений.
Задания для проверки исходного уровня.**

Задание №1. Из каких костных образований складывается верхняя челюсть?

- A. Тела верхней челюсти.
- B. Лобного ростка.
- C. Скулового отростка.
- D. Альвеолярного, небного отростков
- E. Из всех выше перечисленных.

Задание №2. Какой механизм переломов костей встречается?

- A. От сжатия.
- B. От изгиба.
- C. От сдвига.
- D. От разрыва, скручивания.
- E. Все выше перечисленные.

Задание №3. Какой типичный рентгенологический симптом при переломах костей?

- A. Остеопороз.
- B. Остеосклероз.
- C. Остеолиз.
- D. Остеодеструкция.
- E. Нарушение целостности костной ткани, наличие линии перелома.

Задание №4. Какие клинические симптомы переломов?

- A. Боль.
- B. Припухлость, гематомы, патологическая подвижность.
- C. Изменение формы органа.
- D. Нарушение функции.
- E. Все выше перечисленные.

Задание №5. Какие медикаментозные средства назначают при переломах костей?

- A. Антибактериальные.
- B. Ненаркотические анальгетики.
- C. Десенсебилизирующие средства.
- D. Стимулирующие средства.
- E. Все выше перечисленные.

Эталоны ответов:

- Задание №1 - E
- Задание №2 - E
- Задание №3 - E
- Задание №4 - E
- Задание №5 - E

Источники информации.

1. Долгих В.Т. Клиническая патологическая физиология для стоматологов в вопросах и ответах. Учебное пособие. М.: Медкнига. 2001. - 115 с.
2. Литвицкий П.Ф. Патофизиология. – 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-МЕД. 2003. – Т1. С.586-624.
3. Лучевая диагностика: Учебник Т.1. / под ред. Г.Е. Труфанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2007. - 416с.
4. Анатомия человека. В двух томах. Т.1 / под ред. М.Р. Сапина. – М.: Медицина. – 2001. – 640с.
5. Общая патологическая анатомия (общий курс). Учебное пособие к практическим занятиям по патологической анатомии. Стоматологический факультет. / под ред. О.В. Зайратьянца. – М.: МГМСУ. - 2007. - 264с.

Содержание обучения в соответствии с целями.

Теоретические вопросы темы.

1. Статистика и классификация переломов верхней челюсти.
2. Общие признаки переломов верхней челюсти.
3. Переломы верхней челюсти за Ле Фор-I (нижний): клиника, диагностика, лечение.
4. Переломы верхней челюсти за Ле Фор-II (средний): клиника, диагностика, лечение.
5. Переломы верхней челюсти за Ле Фор-III (верхний): клиника, диагностика, лечение.
6. Атипичные переломы верхней челюсти: клиника, диагностика, лечение.
6. Переломы скуловой кости и дуги: клиника, диагностика, лечение.
7. Переломы костей носа: клиника, диагностика, лечение.

Источники информации.

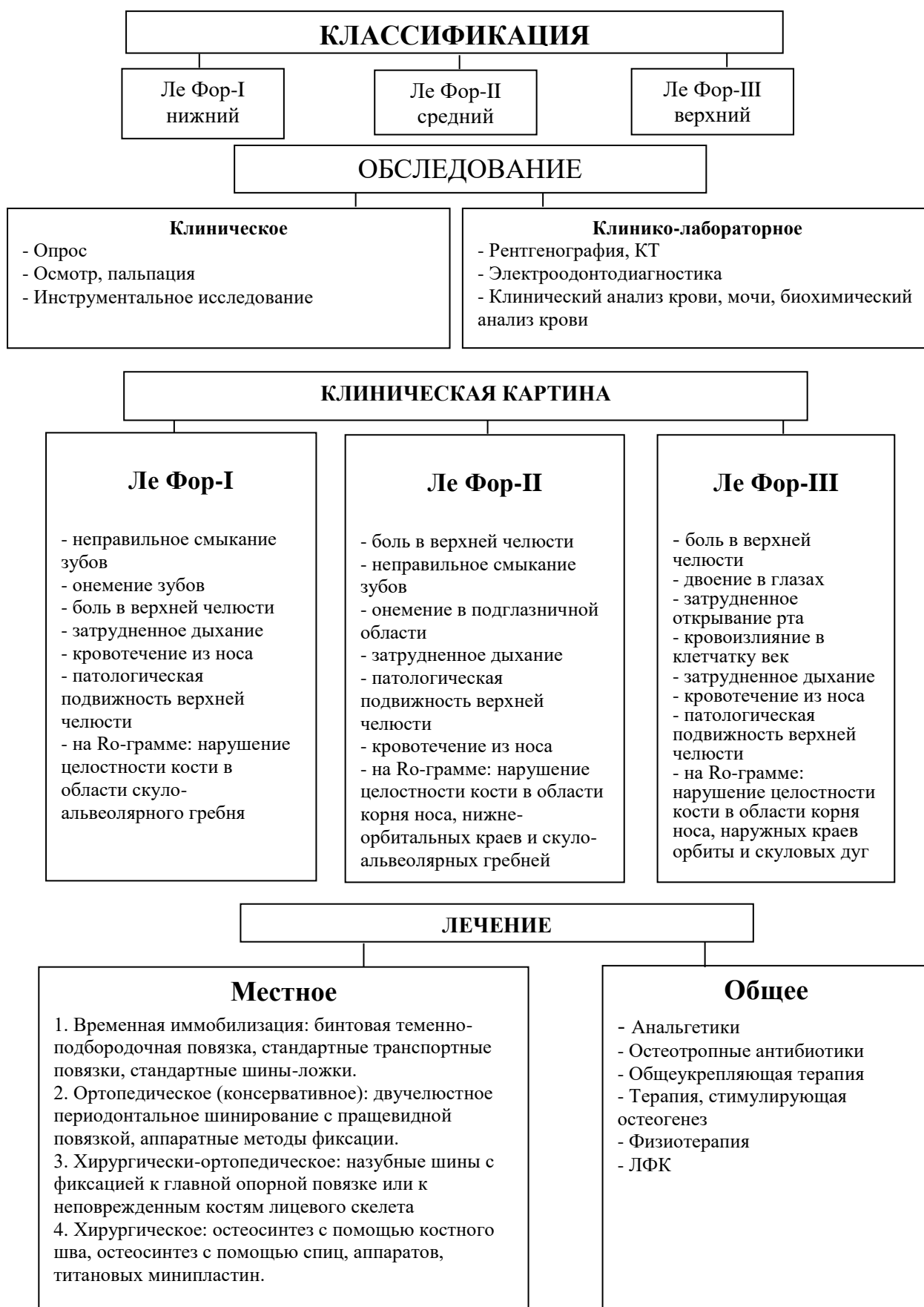
Основная литература.

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 4-е изд. – Киев.: ООО Червона-Рута-Турс. 2002 – С.403-433.
2. Хирургическая стоматология / под ред. Т.Г. Робустовой, М.: Медицина. 2003 – С.295-324.
3. Хирургическая стоматология / под ред. В.В. Афанасьева, М.: ГЭОТАР-Медиа. 2011 – С.479-538.

Дополнительная литература.

1. Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология / Под ред. В.А. Козлова, М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014 – 539с.
2. Швырков М.Б., Афанасьев В.В, Стародубцев В.С. Неогнестрельные переломы челюстей. М: Медицина. – 1999 – С.73-126.
3. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Рентгенодиагностика в стоматологии. М.: ООО "Медицинское информационное агентство". – 1999. – С.204-252.

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ
Травматические повреждения верхней челюсти: классификация, клиника, диагностика, лечение. Травматические повреждения скуловых костей и костей носа: классификация, клиника, диагностика, лечение.



Набор заданий для проверки достижения конкретных целей обучения.

Задание №1. У больного в результате травмы отмечаются подвижность костей носа, припухлость мягких тканей левой скуловой области, кровоизлияние в склеру левого глаза, симптом «ступеньки» по нижнеглазному краю с обеих сторон и в области скуло-челюстного шва, носовое кровотечение, открытый прикус. Установите предварительный диагноз.

- А. Перелом костей носа.
- В. Перелом верхней челюсти по Ле Фор II.
- С. Перелом верхней челюсти по Ле Фор I.
- Д. Перелом верхней челюсти по Ле Фор III.
- Е. Перелом скуловых костей.

Задание №2. Больной 19 лет обратился в травм-пункт с жалобами на асимметрию лица, парестезию верхней губы справа, кровотечение из носа. Объективно: выраженная асимметрия лица за счет отека и гематомы правого нижнего века и подглазничной области. Открывание рта ограничено незначительно. Прикус не нарушен. Пальпаторно определяется симптом ступеньки в области правого скуло-верхнечелюстного шва, деформация в области наружного края правой орбиты и скуло-альвеолярного гребня, газовая крепитация в правой подглазничной области; перкуторно – симптом "треснувшего ореха". Каков наиболее вероятный диагноз?

- А. Перелом верхней челюсти по Ле Фор II.
- В. Перелом верхней челюсти по Ле Фор III.
- С. Перелом верхней челюсти по Ле Фор I.
- Д. Перелом костей носа.
- Е. Перелом правой скуловой кости.

Задание №3. Больной 28 лет жалуется на боль в подглазничной и околоушной областях слева. При осмотре: кровоизлияние в нижнее веко и конъюнктиву левого глаза, отмечаются симптомы крепитации и ступеньки по нижнему краю глазницы. Рот открывает на 1 см. Каков наиболее вероятный диагноз?

- А. Перелом скуловой кости.
- В. Перелом скуловой дуги.
- С. Перелом суставного отростка слева.
- Д. Травматический артрит ВНЧС.
- Е. Гематома подглазничной области.

Задание №4. Больной 32 лет, травму получил во время работы в шахте. Объективно: удлинение средней трети лица, значительные гематомы и отек, которые увеличиваются в области корня носа, век обоих глаз. Верхняя челюсть смещена книзу и кзади, свободно подвижна вместе с костями носа, скуловыми костями и глазными яблоками. Пальпаторно определяется деформация, боль и патологическая подвижность в области корня носа, наружных краев орбит, крыловидных отростков основной кости. Из носа незначительное кровотечение с примесью ликвора. Поставьте правильный диагноз.

- А. Перелом верхней челюсти по Ле Фор III.
- В. Перелом верхней челюсти по Ле Фор II.
- С. Перелом верхней челюсти по Ле Фор I.
- Д. Перелом скуловых костей.
- Е. Перелом костей носа.

Задание №5. Больной 25-ти лет обратился в травмпункт с жалобами на боль в правой половине лица, ограниченное открывание рта. Объективно: умеренно выраженный отек и гематома в области правой скуловой дуги. Пальпаторно в области правой скуловой дуги определяется западение костной ткани, умеренная болезненность. Прикус не нарушен. Открывание полости рта - 1.5 см. При попытке дальнейшего открывания рта ощущает механическое препятствие и усиление боли. Поставьте правильный диагноз.

- A. Перелом правой скуловой дуги.
- B. Перелом правой скуловой кости.
- C. Травматический артрит височно-нижнечелюстного сустава.
- D. Перелом верхней челюсти по Ле Фор III.
- E. Перелом верхней челюсти по Ле Фор II.

Эталоны ответов:

- Задание №1 - B
- Задание №2 - E
- Задание №3 - A
- Задание №4 - A
- Задание №5 – A

Краткие методические указания для работы студентов на практическом занятии.

В начале занятия проводится контроль и коррекция начального уровня знаний студентов. После контроля начальных знаний и их коррекции занятия продолжается в клиническом зале (отделении стационара, травмпункте), где студенты принимают участие (совместно с преподавателем) в приеме и курации больных. Во время курации больных обращают внимание на важность правильного сбора анамнеза и характера жалоб больного. Под контролем преподавателя студент проводит обследование больного, выделяет основные симптомы и назначает дополнительные методы обследования. Преподаватель представляет данные клинического обследования больного, студенты их оценивают, в частности описывают рентгенологическую картину повреждений костей средней зоны лица у пострадавшего. Высказывают мысль по поводу патогенеза травмы и диагноза. Составляют план местного лечения. Преподаватель методически правильно выполняет фиксацию шины на зубах, фиксируя внимание студентов на каждом этапе операции. После операции студенты наблюдают за больным, оценивают общее состояние и местные изменения, составляют план медикаментозного лечения. В конце занятия проводится итоговый тестовый контроль усвоения темы, которая изучается. Анализируются действия студентов во время приема (курации) больных. Подводится итог. Дается задание к следующему занятию.

4. Хирургические методы лечения травматических повреждений костей лицевого черепа, показания к их применению. Регенерация костной ткани челюстей. Методы оптимизации регенерации костной раны. Сочетанные повреждения челюстно-лицевой области (черепно-челюстно-лицевая травма, перелом основания черепа): диагностика, особенности оказания медицинской помощи.

Актуальность темы. В основе современного лечения переломов костей лежит необходимость создания оптимальных условий для ускорения процессов репаративной регенерации, обеспечивающих первичное заживление костной раны. Принципы, которыми следует руководствоваться состоят в следующем: точное сопоставление отломков; приведение отломков по всей поверхности излома в положение плотного соприкосновения; прочная фиксация репонированных и соприкасающихся поверхностями излома отломков, исключающая или почти исключающая всякую видимую глазом подвижность между ними на весь период, необходимый для полного сращения перелома. Соблюдение указанных положений обеспечивает первичное костное сращение в ближайшие сроки. Наиболее полно отвечает современным требованиям, предъявляемым к лечению переломов костей вообще и челюстей в частности, оперативный метод закрепления отломков-остеосинтез, лишенный ряда недостатков, присущих ортопедическим методам. В настоящее время остеосинтез получил широкое распространение в челюстно-лицевой травматологии. Положение упрочилось благодаря разрешению ряда проблем: изысканию индифферентных материалов (амагнитные сорта хромоникелевой нержавеющей стали, титан, синтетические нити и др.), применению антибиотиков, усовершенствованию оперативной техники и методик различных видов остеосинтеза.

Цели обучения.

Общая цель. Уметь определять показания и противопоказание к хирургическим методам лечения больных с переломами костей лицевого скелета, тактику послеоперационного ведения больных.

Конкретные цели	Исходный уровень знаний-умений
Уметь:	
1. Распознать клинические симптомы переломов костей лицевого скелета.	1. Оценивать и интерпретировать данные, полученные при сборе жалоб и анамнеза травмы, осмотре и обследовании больного при подозрении на перелом костей лицевого скелета (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
2. Определить показания к хирургическим методам лечения переломов костей лицевого скелета.	2. Оценивать и интерпретировать данные, полученные при осмотре, обследовании больного, применении нагрузочных проб при подозрении на перелом челюстей, интерпретировать характер смещения отломков (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
3. Составить и обосновать план ведения больного, которому показан хирургический метод лечения перелома костей лицевого скелета.	3. Ориентироваться в принципах ведения больного в послеоперационном периоде (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии)..
4. Составить и обосновать план обследования	4. Определить объем и последовательность

пострадавшего с травмой челюстно-лицевой области и возможными сочетанными повреждениями черепа и головного мозга, органа зрения, ЛОР - органов.	клинико-функциональных, лабораторных, рентгенологических и инструментальных диагностических приемов при сочетанной травме (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
5. Определить тактику, объем и содержимое стоматологической помощи пострадавшим с повреждениями костей средней зоны лица при сочетанной травме.	5. Интерпретировать организационные принципы предоставления медицинской помощи больным с травматическими повреждениями в общей хирургической практике (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).

Определение и обеспечение исходного уровня знаний-умений. Задания для проверки исходного уровня.

Задание №1. Больной А., 19 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в области правого угла нижней челюсти, невозможность жевания, ограниченное открывание рта. Из анамнеза: упал, ударившись правым углом нижней челюсти. При осмотре определяется отек и гематома в области правого угла челюсти, открывание рта ограничено до 3,5 см, прикус не нарушен, болезненность при пальпации правого угла нижней челюсти. Определяется патологическая подвижность в области правого угла нижней челюсти. Необходимо дифференцировать перелом нижней челюсти. Укажите наиболее важный диагностический признак без учета данных рентгенологического исследования.

- A. Наличие локальной гематомы, отек.
- B. Ограничение открывания рта.
- C. Невозможность жевания.
- D. Патологическая подвижность фрагментов.
- E. Боль при смыкании зубов.

Задание №2. Больной А., 70 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в области подбородка, которая усиливается при движениях нижней челюсти, боль при глотании. Из анамнеза: упал, ударившись подбородком. При осмотре определяется гематома в подбородочной области и в переднем отделе дна полости рта. Обе челюсти беззубые. Слизистая оболочка в области альвеолярного отростка нижней челюсти без видимых повреждений. Деформации альвеолярного отростка нет. Необходимо дифференцировать перелом нижней челюсти в подбородочном отделе без смещения отломков с ушибом. Укажите наиболее важный диагностический признак без учета данных рентгенологического исследования.

- A. Наличие локальной гематомы, отека.
- B. Боль при глотании.
- C. Результат нагрузочной пробы при надавливании на углы нижней челюсти.
- D. Результат нагрузочной пробы при надавливании на подбородок.
- E. Боль при движениях нижней челюсти.

Задание №3. Больной Б., 20 лет, поступил в челюстно-лицевое отделение с жалобами на боль в области правого угла нижней челюсти, нарушение смыкания зубов, онемение правой половины нижней губы и подбородка, невозможность жевания. При обследовании больного выявлен перелом в области правого угла нижней челюсти со

значительным смещением отломков. Укажите наиболее возможный характер смещения отломков и вид интерпонированных мягких тканей.

А. Ветвь челюсти смещена кверху и кнаружи, интерпозиция медиальной крыловидной мышцы.

В. Ветвь челюсти смещена кверху и кнутри, интерпозиция собственно жевательной мышцы.

С. Ветвь челюсти смещена книзу и кнаружи, интерпозиция медиальной крыловидной мышцы.

Д. Ветвь челюсти смещена книзу и кнутри, интерпозиция собственно жевательной мышцы.

Е. Ветвь челюсти смещена книзу и кзади, интерпозиция латеральной крыловидной мышцы.

Задание №4. Больной В., 22 года, поступил в челюстно-лицевое отделение с жалобами на боль в области нижней челюсти, невозможность жевания. В анамнезе – травма. При обследовании больного установлен диагноз: двусторонний ангулярный перелом нижней челюсти. Во рту у больного определяются корни разрушенных зубов. В какой срок показана хирургическая санация очагов хронической инфекции в полости рта у больного с переломом нижней челюсти?

А. При первичном осмотре.

В. На протяжении первых 5-6 суток после хирургической обработки.

С. Через 3-4 недели после хирургической обработки и после повторной электроодонтометрии.

Д. Санацию проводить не требуется.

Е. Через полгода после травмы.

Задание №5. У потерпевшего в ДТП на основании жалоб и опроса заподозрен перелом костей средней зоны лица. Какой клинический метод обследования необходим для подтверждения диагноза перелом?

А. Пальпация и осмотр.

В. Пальпация.

С. Осмотр.

Д. Рентгенография.

Е. Перкуссия.

Эталоны ответов:

Задание №1 - D

Задание №2 - E

Задание №3 - A

Задание №4 - A

Задание №5 - D

Источники информации.

1. Долгих В.Т. Клиническая патологическая физиология для стоматологов в вопросах и ответах. Учебное пособие. М.: Медкнига. 2001. - 115 с.
2. Литвицкий П.Ф. Патофизиология. – 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-МЕД. 2003. – Т1. С.586-624.
3. Лучевая диагностика: Учебник Т.1. / под ред. Г.Е. Труфанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2007. - 416с.
4. Анатомия человека. В двух томах. Т.1 / под ред. М.Р. Сапина. – М.: Медицина. – 2001. – 640с.
5. Общая патологическая анатомия (общий курс). Учебное пособие к практическим занятиям по патологической анатомии. Стоматологический факультет. / под ред. О.В. Зайратьянца. – М.: МГМСУ. - 2007. - 264с.

Содержание обучения в соответствии с целями.

Теоретические вопросы темы.

1. Показания к применению хирургических методов лечения переломов челюстей.
2. Виды остеосинтеза, показания к применению.
3. Профилактика осложнений операций остеосинтеза при переломах челюстей.
4. Характер и объем помощи пострадавшим с сочетанной травмой челюстно-лицевой области на догоспитальном этапе.
6. Специализированная помощь пострадавшим с сочетанной травмой челюстно-лицевой области.

Источники информации.

Основная литература.

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 4-е изд. – Киев.: ООО Червона-Рута-Турс. 2002 – С.384-484.
2. Хирургическая стоматология / под ред. Т.Г. Робустовой, М.: Медицина. 2003 – С.301-324.
3. Хирургическая стоматология / под ред. В.В. Афанасьева, М.: ГЭОТАР-Медиа. 2011 – С.499-534.

Дополнительная литература.

1. Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология / Под ред. В.А. Козлова, М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014 – 539с.
2. Швырков М.Б., Афанасьев В.В, Стародубцев В.С. Неогнестрельные переломы челюстей. М: Медицина. – 1999 – С.203-275.
3. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Рентгенодиагностика в стоматологии. М.: ООО "Медицинское информационное агентство". – 1999. – С.204-252.

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ

Хирургические методы лечения травматических повреждений костей лицевого черепа, показания к их применению. Регенерация костной ткани челюстей. Методы оптимизации регенерации костной раны. Сочетанные повреждения челюстно-лицевой области (черепно-челюстно-лицевая травма, перелом основания черепа): диагностика, особенности оказания медицинской помощи.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ, ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

ПОКАЗАНИЯ

1. Невозможность применения или отсутствие эффекта ортопедических методов лечения.
2. Переломы за пределами зубного ряда со значительным смещением отломков и интерпозицией мягких тканей.
3. Переломы челюстей при выраженной вторичной адентии и значительным смещением отломков.
4. Переломы с дефектом костной ткани.
5. Переломы со смещением отломков и недостаточным количеством зубов для наложения шин или заболеваниями, которые приводят к нарушению их устойчивости.
6. Переломо-вывих суставного отростка.
7. Переломы нижней челюсти у лиц с психическими заболеваниями и слабоумием.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Костный шов

- Противопоказан при оскольчатых переломах и переломах с дефектом кости
- Требуется полное скелетирование фрагментов перелома

Костный шов в комбинации со спицей-стержнем

- Противопоказан при переломах собственно ветви челюсти
- Требуется полное скелетирование фрагментов перелома
- Много инородных тел в области перелома

Внутрикостные методы

- Технические трудности при введении спицы и при переломах собственно ветви челюсти – малое количество губчатого вещества

Накостные методы

- Ограничено показаны при переломах суставного отростка

Аппараты

- Угроза инфицирования перелома вдоль фиксирующих к кости стержням.
- Не показан при высоких переломах мышечкового отростка.

Набор заданий для проверки достижения конкретных целей обучения.

Задание №1. Больной 28 лет поставлен диагноз: перелом нижней челюсти в области угла справа за пределами зубного ряда со смещением. Каким будет план лечения?

- A. Наложение шин Тигерштедта с зацепными петлями.
- B. Применение шины Ванкевич.
- C. Остеосинтез нижней челюсти.
- D. Применение шины Вебера.
- E. Применение аппарата Рудько.

Задание №2. Остеосинтез по М.А. Макиенко проводится

- A. Спицей.
- B. Минипластинами.
- C. Стальной проволокой.
- D. Бронзо-алюминиевой лигатурой.
- E. Компрессионно-дистракционным аппаратом.

Задание №3 Какой метод не относится к непрямому остеосинтезу нижней челюсти?

- A. Подвешивание фрагментов нижней челюсти к костям лицевого или мозгового черепа.
- B. Окружающий шов с надсневными шинами или протезами.
- C. Костный шов.
- D. Накостные фиксирующие аппараты.
- E. Репонирующие - фиксирующие аппараты.

Задание №4. Какой из методов остеосинтеза нижней челюсти следует признать наиболее перспективным в настоящее время?

- A. Костный шов проволокой.
- B. Введение спицы Киршнера.
- C. Титановыми минипластинами.
- D. П-образными металлическими скобами.
- E. Окружающий шов из металлической проволоки.

Задание №5. Назовите показания к проведению операции остеосинтез при переломах нижней челюсти?

- A. Интерпозиция мягких тканей в щель перелома.
- B. Беззубая челюсть с наличием перелома со смещением.
- C. Перелом вне зубного ряда со смещением.
- D. Перелом с дефектом костной ткани.
- E. Все перечисленные.

Эталоны ответов:

- Задание №1 - C
- Задание №2 - A
- Задание №3 - C
- Задание №4 - C
- Задание №5 - E

Краткие методические указания для работы студентов на практическом занятии.

В начале практического занятия проводится контроль и коррекция исходного уровня знаний студентов по тестовым заданиям. Затем занятие продолжается в отделении стационара, где под контролем преподавателя студенты проводят курацию тематических больных. При курации больных обращают внимание на правильность сбора жалоб, анамнеза, оценку общего и местного статуса больных с переломами челюстей, определяют дополнительные методы обследования таких больных. Затем студенты с преподавателем оценивают имеющиеся данные клинико-лабораторных, рентгенологических обследований, которые имеют важное значение в постановке диагноза. Студенты составляют план хирургического и медикаментозного лечения таких больных, берут участие в выполнении лечебных и диагностических манипуляций. В операционной и перевязочной обращают внимание на возможные доступы при удалении злокачественных опухолей нижней губы и варианты закрытия дефектов после удаления опухоли, а также осложнения, которые могут возникнуть во время операции и после нее. Студенты решают клинические ситуационные задачи по теме занятия. В конце занятия подводится итоговый контроль и коррекция результатов усвоения темы при помощи тестовых заданий. Подводится итог, анализируются действия студентов во время курации больных и выполнения диагностических манипуляций. Дается задание к следующему занятию.

5. Огнестрельные повреждения челюстно-лицевой области: классификация, морфологические и клинические особенности, течение и принципы лечения, осложнения.

Оказание врачебной помощи пострадавшим в случае экстремальных ситуаций.

Термические, химические, радиационные и комбинированные повреждения тканей челюстно-лицевой области: классификация, особенности течения, лечение, профилактика осложнений.

Актуальность темы. В последние десятилетия, несмотря на стратегическое значение ракетно-ядерного потенциала, которым располагают многие страны, обычные виды вооружения, в том числе ручное стрелковое оружие, как показывает опыт многочисленных локальных войн и вооруженных конфликтов, играют значимую роль в ходе боевых действий. Проведенные исследования показывают, что частота огнестрельных ранений челюстно-лицевой области в военных конфликтах последнего десятилетия составляет 4,36-5,19% (изолированные и ведущие по тяжести), из них доля пулевых ранений - 23,97%. Кроме того, боевое стрелковое оружие (включая новейшее) активно используется террористическими организациями и криминальными структурами, что приводит к возрастанию числа огнестрельных ранений и в мирное время. Поэтому эффективное лечение огнестрельных повреждений - проблема как военных, так и гражданских челюстно-лицевых хирургов. Кроме того, немаловажными для врачей-хирургов остаются термические повреждения челюстно-лицевой области, которые зачастую сопровождаются огнестрельными повреждениями и соответственно требуют особого подхода к лечению.

Цели обучения.

Общая цель. Уметь выделить основные клинические признаки огнестрельных, термических, радиационных, комбинированных повреждений челюстно-лицевой области, определить тактику обследования и лечения.

Конкретные цели	Исходный уровень знаний-умений
Уметь:	
1. Распознать клинические симптомы огнестрельных повреждений челюстно-лицевой области.	1. Оценивать и интерпретировать данные, полученные при сборе жалоб и анамнеза травмы, осмотре и обследовании больного при огнестрельном повреждении (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
2. Составить и обосновать план лечения больного с огнестрельными повреждениями челюстно-лицевой области.	2. Оценивать и интерпретировать данные, полученные при осмотре, обследовании больного, применении дополнительных методов обследования при огнестрельном повреждении (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
3. Распознать клинические симптомы термических, химических, радиационных повреждений челюстно-лицевой области.	3. Оценивать и интерпретировать данные, полученные при сборе жалоб и анамнеза заболевания, осмотре и обследовании больного при термических, химических, радиационных повреждениях (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).

4. Составить и обосновать план лечения больного с термическими, химическими, радиационными повреждениями челюстно-лицевой области.	4. Оценивать и интерпретировать данные, полученные при осмотре, обследовании больного, применении дополнительных методов обследования при термических, химических, радиационных повреждениях (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
4. Составить и обосновать план обследования пострадавшего с комбинированными повреждениями челюстно-лицевой области.	4. Определить объем и последовательность клинично-функциональных, лабораторных, рентгенологических и инструментальных диагностических приемов при комбинированных повреждениях (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
5. Определить тактику, объем и содержимое стоматологической помощи пострадавшим с комбинированными повреждениями челюстно-лицевой области.	5. Интерпретировать организационные принципы предоставления медицинской помощи больным с травматическими повреждениями в общей хирургической практике (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).

Определение и обеспечение исходного уровня знаний-умений.

Задания для проверки исходного уровня.

Задание №1. IV степень термического ожога пламенем характеризуется?

- A. Наличием пузырей.
- B. Некрозом кожи.
- C. Поражением мышечной и костной тканей.
- D. Появлением гиперемии.
- E. Появлением лимфостаза.

Задание №2. Период мнимого благополучия при крайне тяжелой форме острой лучевой болезни длится?

- A. 3-4 дня.
- B. Вовсе отсутствует.
- C. 5-6 дней.
- D. 9 дней.
- E. 7-8 дней.

Задание №3. У пострадавшего - огнестрельный перелом ветви нижней челюсти, рана загрязнена радиоактивными веществами. Это ранение называется?

- A. Изолированное.
- B. Комбинированное.
- C. Сочетанное.
- D. Множественное.
- E. Лучевое.

Задание №4. Не подвергнутая ПХО огнестрельная рана мягких тканей заживает натяжением?

- A. Первичным, медленнее неогнестрельной.

- В. Первичным, быстрее неогнестрельной.
- С. Вторичным, быстрее неогнестрельной.
- Д. Вторичным, медленнее неогнестрельной.
- Е. Первичным, в одни сроки с неогнестрельной.

Задание №5. Сочетанное повреждение лица – это?

- А. Одновременное повреждение кожи, мышц и костей лица.
- В. Возникшее в результате воздействия различных повреждающих факторов.
- С. Повреждения, имеющие входное и выходное отверстия, раневой канал.
- Д. Ранение двух анатомических областей и более.
- Е. Одновременное ранение верхней и нижней челюстей.

Эталоны ответов:

- Задание №1 – А
- Задание №2 – В
- Задание №3 – В
- Задание №4 – D
- Задание №5 – D

Источники информации.

1. Долгих В.Т. Клиническая патологическая физиология для стоматологов в вопросах и ответах. Учебное пособие. М.: Медкнига. 2001. - 115 с.
2. Литвицкий П.Ф. Патофизиология. – 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-МЕД. 2003. – Т1. С.586-624.
3. Лучевая диагностика: Учебник Т.1. / под ред. Г.Е. Труфанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2007. - 416с.
4. Анатомия человека. В двух томах. Т.1 / под ред. М.Р. Сапина. – М.: Медицина. – 2001. – 640с.
5. Общая патологическая анатомия (общий курс). Учебное пособие к практическим занятиям по патологической анатомии. Стоматологический факультет. / под ред. О.В. Зайратьянца. – М.: МГМСУ. - 2007. - 264с.

Содержание обучения в соответствии с целями.

Теоретические вопросы темы.

1. Классификация огнестрельных повреждений челюстно-лицевой области.
2. Клиническая картина огнестрельных повреждений челюстно-лицевой области.
3. Принципы лечения пострадавших с огнестрельными ранениями челюстно-лицевой области.
4. Термические ожоги: классификация, клиническая картина, диагностика.
5. Химические ожоги: классификация, клиническая картина, диагностика.
6. Радиационные ожоги: классификация, клиническая картина, диагностика.
7. Принципы лечения пострадавших с комбинированными повреждениями челюстно-лицевой области.

Источники информации.

Основная литература.

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 4-е изд. – Киев.: ООО Червона-Рута-Турс. 2002 – С.484-500.
2. Хирургическая стоматология / под ред. Т.Г. Робустовой, М.: Медицина. 2003 – С.324-341.
3. Хирургическая стоматология / под ред. В.В. Афанасьева, М.: ГЭОТАР-Медиа. 2011 – С.564-647.

Дополнительная литература.

1. Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология / Под ред. В.А. Козлова, М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014 – 539с.
2. Лукьяненко А.В. Ранения лица. М.: Медицинская книга. 2003. – 160с.
3. Швырков М.Б., Буренков Г.И., Деменков В.Р. Огнестрельные ранения лица, ЛОР-органов и шеи: Руководство для врачей. М.: Медицина. 2001. – 400с.

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ

Огнестрельные повреждения челюстно-лицевой области: классификация, морфологические и клинические особенности, течение и принципы лечения, осложнения. **Оказание врачебной помощи пострадавшим в случае экстремальных ситуаций.** **Термические, химические, радиационные и комбинированные повреждения тканей челюстно-лицевой области:** классификация, особенности течения, лечение, профилактика осложнений.

Характеристика повреждений



По механизму повреждения

Механические: - огнестрельные: пулевые, осколочные	Физические: - термические, - радиационные	Химические	Комбинированные
---	---	------------	-----------------



По виду повреждения

Огнестрельные ранения: - Мягких тканей - С повреждением костей: в/челюсти; н/челюсти; обеих челюстей; скуловой кости; нескольких костей	Ожоги: - Химические: кислотами; щелочами, солями тяжелых металлов, фосфором - Термические: пламенем; жидкостью; предметами; паром; газообразными веществами - Радиационные Обморожения	Комбинированные
--	---	-----------------



По виду ранения

Соотношение с другими органами -Проникающее, непроникающее; - С дефектом, без дефекта; - С повреждением костей, без повреждения.	Вид ранящего снаряда: - Пулевые; - Оскольчатые; - Прочие.	Характер повреждения: - Сквозное; - Слепое; - Касательное.	Количество ранений: - Одиночное - Множественное
---	---	--	--

Набор заданий для проверки достижений конкретных целей обучения.

Задание №1. I степень ожога включает?

- A. Повреждение эпидермиса.
- B. Поражение эпидермиса, дермы и подкожно-жировой клетчатки.
- C. Повреждение эпидермиса и дермы с волосными фолликулами.
- D. Повреждение эпидермиса, сосочкового и сетчатого слоёв дермы.
- E. Повреждение эпидермиса и сосочкового слоёв дермы.

Задание №2. Раненый получил огнестрельный перелом нижней челюсти и облучение в дозе 2,5 Гр. Такое ранение называется?

- A. Лучевое.
- B. Сочетанное.
- C. Изолированное.
- D. Комбинированное.
- E. Множественное.

Задание №3. Огнестрельные переломы костей лица?

- A. Всегда закрытые.
- B. Открытые и закрытые.
- C. Всегда открытые.
- D. Чаще открытые.
- E. Чаще закрытые.

Задание №4. У бойца, раненного осколком снаряда, диагностирован огнестрельный перелом нижней челюсти с дефектом кости в области подбородка более 3 см. Какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти показан в данном случае?

- A. Аппаратный остеосинтез (Рудько, Бернадский).
- B. Назубные шины Тигирштедта.
- C. Шина Гунинга-Порта.
- D. Прямой остеосинтез.
- E. Межчелюстное лигатурное связывание по Айви.

Задание №5. Больной 36 лет доставлен в травмпункт с ожогами лица и шеи. Объективно: глазные щели закрыты вследствие отёка век. На коже подбородка, щёк, носа, лба, верхних отделов передней поверхности шеи, на фоне гиперемии кожи, отмечаются большие напряжённые пузыри. Определите степень ожога:

- A. Ожог I степени.
- B. Ожог III-а степени.
- C. Ожог IV степени.
- D. Ожог III-б степени.
- E. Ожог II степени.

Задание №6. У больного, доставленного в специализированный госпиталь, имеется огнестрельный перелом нижней челюсти (без смещения обломков и дефекта) на уровне ее правого угла с ложным дефектом мягких тканей. На коротком фрагменте зубы отсутствуют, на длинном – зубы интактные, устойчивые. Какой метод фиксации обломков следует использовать?

- A. Межчелюстное лигатурное связывание зубов.
- B. Двучелюстное шинирование шинами с зацепными петлями.
- C. Остеосинтез нижней челюсти.
- D. Лигатурное связывание зубов.
- E. Подбородочная жесткая праща.

Эталоны ответов:

Задание №1 – А

Задание №2 – D

Задание №3 – С

Задание №4 – А

Задание №5 – E

Задание №6 – B

Краткие методические указания для работы студентов на практическом занятии.

В начале практического занятия проводится контроль и коррекция исходного уровня знаний студентов по тестовым заданиям. Затем занятие продолжается в отделении стационара, где под контролем преподавателя студенты проводят курацию тематических больных. При курации больных обращают внимание на правильность сбора жалоб, анамнеза, оценку общего и местного статуса больных с опухолями челюстно-лицевой области определяют дополнительные методы обследования таких больных. Затем студенты с преподавателем оценивают имеющиеся данные клинико-лабораторных, рентгенологических обследований, которые имеют важное значение в постановке диагноза. Студенты составляют план хирургического и медикаментозного лечения таких больных, берут участие в выполнении лечебных и диагностических манипуляций. В операционной и перевязочной обращают внимание на варианты хирургического лечения пациентов с огнестрельными, термическими, радиационными повреждениями, а также осложнения, которые могут возникнуть во время операции и после нее. Студенты решают клинические ситуационные задачи по теме занятия. В конце занятия подводится итоговый контроль и коррекция результатов усвоения темы при помощи тестовых заданий. Подводится итог, анализируются действия студентов во время курации больных и выполнения диагностических манипуляций. Дается задание к следующему занятию.

6. Осложнения при травматических повреждениях челюстно-лицевой области (ранние и поздние). Травматический остеомиелит челюстей: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Актуальность темы. Несмотря на значительный прогресс, лечение больных с переломами костей лицевого скелета и профилактика осложнений является труднейшей и далеко не решенной проблемой. Серьезность проблемы обусловлена значительной долей больных пожилого и старческого возраста, больных с хроническими сопутствующими заболеваниями, пациентов с низким социальным статусом. Поэтому столь высоким остается процент пострадавших с осложнениями и неудовлетворительными результатами лечения, что заставляет искать новые пути повышения эффективности лечения больных с травмами челюстно-лицевой области. При наличии травматического остеомиелита вдвое увеличивается продолжительность лечения, а также нарушается репаративный остеогенез, приводящий к замедленному сращению отломков, а в ряде случаев - к формированию ложного сустава. В этой связи большое значение имеет разработка критериев прогноза осложненного течения переломов костей лицевого скелета, ибо патогенетически обоснованное и раннее проведение адекватного комплексного лечения в группах высокого риска бесспорно будет способствовать профилактике гнойно-воспалительных осложнений и оптимизации лечения таких больных.

Цели обучения.

Общая цель: Уметь выделить основные клинические признаки осложнений травматических повреждений челюстно-лицевой области, определить тактику обследования и лечения.

Конкретные цели	Исходный уровень знаний-умений
Уметь:	
1. Выделить основные этиологические и патогенетические факторы возникновения ранних осложнений травматических повреждений челюстно-лицевой области.	1. Интерпретировать механизм возникновения ранних осложнений травматических повреждений мягких и костных тканей (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
2. Выделить основные этиологические и патогенетические факторы возникновения поздних осложнений травматических повреждений челюстно-лицевой области	2. Интерпретировать механизм возникновения поздних осложнений травматических повреждений мягких и костных тканей (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
3. Выделить основные клинические симптомы ранних и поздних осложнений травматических повреждений челюстно-лицевой области	3. Оценивать жалобы, общий и местный статус больного с травматическими повреждениями мягких и костных тканей (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
4. Обосновать основные принципы лечебных мероприятий при осложнениях травматических повреждений челюстно-лицевой области	4. Определять объем и последовательность методов обследования и лечения травматических повреждений мягких и костных тканей (кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).

Определение и обеспечение исходного уровня знаний-умений.

Задания для проверки исходного уровня.

Задание №1. Обтурационная асфиксия развивается вследствие?

- A. При попадании твердых предметов в верхние дыхательные пути.
- B. При попадании жидкости в нижние дыхательные пути.
- C. При сдавлении трахеи гематомой, отеком.
- D. Вследствие нарушения функции дыхательной мускулатуры.
- E. Вследствие наличия у пациента обструктивного заболевания легких.

Задание № 2. Аспирационная асфиксия развивается вследствие?

- A. При попадании твердых предметов в верхние дыхательные пути.
- B. При попадании жидкости в нижние дыхательные пути.
- C. При сдавлении трахеи гематомой, отеком.
- D. Вследствие нарушения функции дыхательной мускулатуры.
- E. Вследствие наличия у пациента обструктивного заболевания легких.

Задание №3. Наиболее часто встречающиеся переломы костей лицевого скелета это?

- A. Верхняя челюсть.
- B. Нижняя челюсть.
- C. Носовые кости.
- D. Скуловая кость.
- E. Скуловая дуга.

Задание №4. Наиболее грозный симптом при травмах языка?

- A. Нарушение речи.
- B. Нарушение жевания.
- C. Нарушение чувствительности и вкуса.
- D. Выраженный отек с признаками асфиксии.
- E. Возможность инфицирования раны.

Задание №5. Какие переломы нижней челюсти чаще нагнаиваются?

- A. Перелом суставного отростка нижней челюсти.
- B. Перелом венечного отростка нижней челюсти.
- C. Перелом ветви нижней челюсти.
- D. Открытые переломы тела нижней челюсти.
- E. Ни один из них.

Эталоны ответов:

Задание №1 - А

Задание №2 - В

Задание №3 - В

Задание №4 – D

Задание №5 – D

Источники информации.

1. Долгих В.Т. Клиническая патологическая физиология для стоматологов в вопросах и ответах. Учебное пособие. М.: Медкнига. 2001. - 115 с.
2. Литвицкий П.Ф. Патофизиология. – 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-МЕД. 2003. – Т1. С.586-624.
3. Лучевая диагностика: Учебник Т.1. / под ред. Г.Е. Труфанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2007. - 416с.
4. Анатомия человека. В двух томах. Т.1 / под ред. М.Р. Сапина. – М.: Медицина. – 2001. – 640с.
5. Общая патологическая анатомия (общий курс). Учебное пособие к практическим занятиям по патологической анатомии. Стоматологический факультет. / под ред. О.В. Зайратьянца. – М.: МГМСУ. - 2007. - 264с.

Содержание обучения в соответствии с целями.

Теоретические вопросы темы.

1. Классификация осложнений травматических повреждений челюстно-лицевой области.
2. Ранние осложнения при повреждениях мягких тканей челюстно-лицевой области.
3. Поздние осложнения при повреждениях мягких тканей челюстно-лицевой области.
4. Ранние осложнения при повреждениях костей лицевого черепа.
5. Поздние осложнения при повреждениях костей лицевого черепа.
6. Виды асфиксий, этиология, клиническая картина, неотложная помощь.
7. Нагноение котной раны: этиология, клиническая картина, диагностика, лечение.
8. Травматический остеомиелит: этиология, клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика.
9. Нарушение процессов регенерации костной ткани, ложный сустав: этиология, клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика.

Источники информации.

Основная литература.

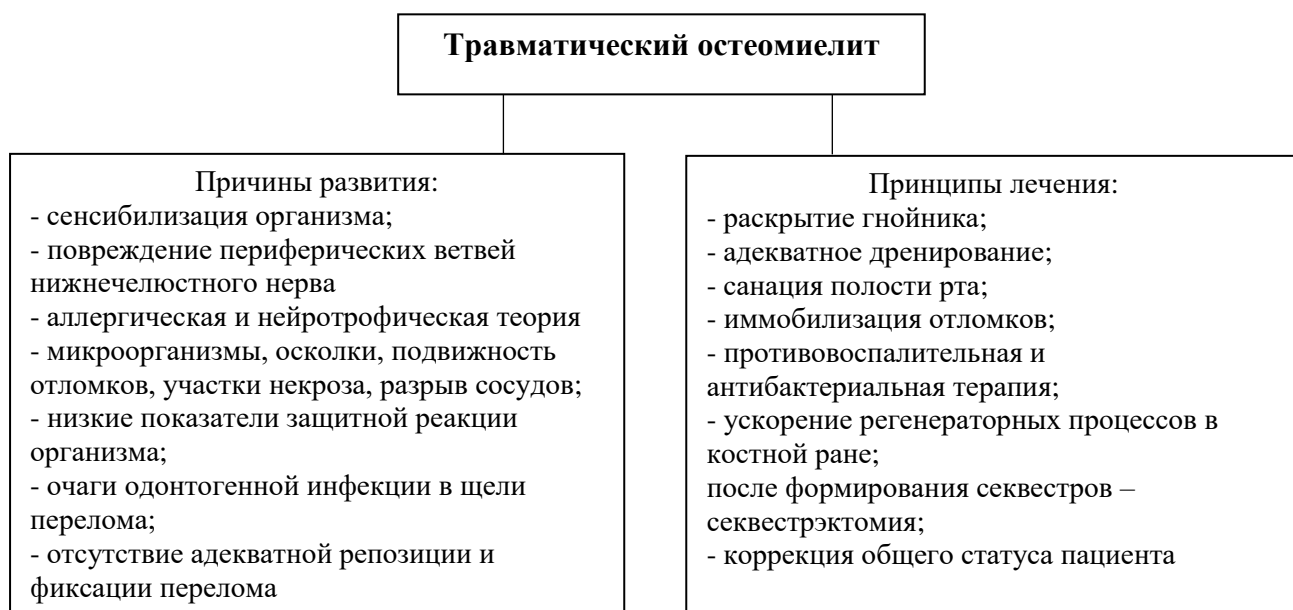
1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 4-е изд. – Киев.: ООО Червона-Рута-Турс. 2002 – С.500-518.
2. Хирургическая стоматология / под ред. Т.Г. Робустовой, М.: Медицина. 2003 – С.341-351.
3. Хирургическая стоматология / под ред. В.В. Афанасьева, М.: ГЭОТАР-Медиа. 2011 – С.538-547.

Дополнительная литература.

1. Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология / Под ред. В.А. Козлова, М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014 – 539с.
2. Лукьяненко А.В. Ранения лица. М.: Медицинская книга. 2003. – 160с.
3. Швырков М.Б., Буренков Г.И., Деменков В.Р. Огнестрельные ранения лица, ЛОР-органов и шеи: Руководство для врачей. М.: Медицина. 2001. – 400с.

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ

Осложнения при травматических повреждениях челюстно-лицевой области (ранние и поздние). Травматический остеомиелит челюстей: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.



Набор заданий для проверки достижений конкретных целей обучения.

Задание №1. У больного 42 лет с огнестрельным ранением полости рта, разрывом тканей неба и глотки, нарастает дыхательная недостаточность. Свисающий лоскут раны во время дыхания частично, а иногда полностью закрывает вход в гортань. Какой вид асфиксии можно ожидать в этом случае?

- А. Обтурационная.
- В. Аспирационная.
- С. Дислокационная.
- Д. Стенотическая.
- Е. Клапанная.

Задание №2. Мужчина 20 лет получил удар в область подбородка. Сознания не теряет. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре: отек и гематома в области нижней челюсти с обеих сторон. Челюсть при пальпации резко болезненная. Открывание рта ограниченное. Разрыв слизистой оболочки полости рта в области 44,43 и 34,35 зубов. Прикус нарушен. Какой тип асфиксии может развиваться у данного больного?

- А. Аспирационная.
- В. Стенотическая.
- С. Клапанная.
- Д. Дислокационная.
- Е. Обтурационная.

Задание №3. Больной доставлен в травмпункт челюстно-лицевого стационара с пулевым ранением мягких тканей нижней трети лица, оскольчатый перелом нижней челюсти в ментальном отделе, явлениями дислокационной асфиксии. Укажите мероприятия, необходимые для устранения асфиксии у данного больного.

- А. Удалить осколки зубов и кости из воздухоносных путей.
- В. Устранить западение языка.
- С. Ушить поврежденные мягкие ткани.
- Д. Устранить сдавление гортани.
- Е. Аспирировать сгустки крови и рвотные массы из трахеи.

Задание №4. В челюстно-лицевое отделение обратился больной В., 46 лет с жалобами на наличие болей в области нижней челюсти справа, периодическое воспаление с отделением гноя. При осмотре в области тела нижней челюсти справа отмечается наличие свища с выходящими из него грануляциями, при зондировании через свищ определяется подвижная кость. Из анамнеза установлено, что 2 месяца назад получил травму, были боли в области нижней челюсти. За помощью сразу после травмы не обращался. Ваш предварительный диагноз?

- А. Хронический травматический остеомиелит нижней челюсти.
- В. Неправильно сросшийся перелом нижней челюсти.
- С. Опухоль нижней челюсти.
- Д. Перелом нижней челюсти.
- Е. Ложный сустав.

Задание №5 Какое осложнение наиболее часто встречается при переломе нижней челюсти?

- А. Нагноение костной раны.
- В. Травматический остеомиелит.
- С. Замедленная консолидация отломков.
- Д. Несросшийся перелом.
- Е. Ложный сустав.

Эталоны ответов:

Задание №1 - E

Задание №2 - D

Задание №3 - B

Задание №4 - A

Задание №5 - D

Краткие методические указания для работы студентов на практическом занятии.

В начале практического занятия проводится контроль и коррекция исходного уровня знаний студентов по тестовым заданиям для определения исходного уровня знаний. Затем занятия продолжаются в клиническом зале (отделение стационара), где студенты принимают участие (совместно с преподавателем) в приеме или курации больных. Во время обследования обращают внимание на важность правильного сбора анамнеза и характера жалоб больного. Под контролем преподавателя студенты определяют необходимые методы дополнительных исследований. Преподаватель должен подчеркнуть, что клиническая симптоматика ранних и поздних осложнений травматических повреждений челюстно-лицевой области крайне разнообразна. При рассмотрении вопросов лечения осложнений травматических повреждений следует обратить внимание студентов на то, что успех лечения зависит от характера повреждения, времени оказания помощи, общего состояния пациента. Студенты в связи с клинической ситуацией решают задачи. В конце занятия проводится итоговый контроль результатов усвоения изучаемой темы при помощи тестовых заданий. Подводится итог, анализируются действия студентов во время обследования больных. Дается задание к следующему занятию.