

Тема 7. Хирургическое лечение деформаций челюстей 6 часов

Цель занятия: Ознакомить студентов с основными методами хирургического лечения деформаций челюстей. Изучить особенности показаний и противопоказаний к основным методам лечения деформаций челюстей. Рассмотреть диагностику, дифференциальную диагностику и лечения деформаций челюстей

Контрольные вопросы:

1. Биологическое обоснование костной пластики.
2. Виды трансплантатов.
3. Возможности применения консервированной кости и методы консервации.
4. Пересадка ортотопической аллокости для устранения дефектов нижней челюсти.
5. Подготовка к операции.
6. Методы фиксации трансплантатов и фрагментов нижней челюсти при костно-пластических операциях (проволочный шов, назубные шины, внеротовые аппараты, минипластинки, титановый имплантат).
7. Послеоперационное ведение, реабилитация.
8. Особенности костной пластики нижней челюсти при свежих огнестрельных ранениях и удалении опухолей (первичная костная пластика).
9. Комбинированная костная пластика.
10. Деформация нижней челюсти при анкилозе, развивающемся в период роста.
11. Профилактика и лечение анкилоза.
12. Меры, направленные на предупреждение рецидива.
13. Устранение деформации лица при лечении анкилоза.
14. Дифференциальная диагностика разных видов стойкого сведения челюстей
15. Пересадка хряща в качестве опорного материала и для исправления контуров разных участков лица.
16. Применение аутохряща, трупного консервированного хряща (Н.М. Михельсон).
17. Применение сложных тканевых комплексов на микроанастомозе.
18. Применение полимерных материалов (биокомпозиты) в восстановительной хирургии лица.
19. Контурная пластика для исправления наружных очертаний лица при его дефектах и деформациях.
20. Костная пластика челюстей.
21. Виды и причины дефектов нижней челюсти.
22. Показания к костной пластике.

СТРУКТУРА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

Этапы практического занятия	Обеспечение занятия		Место занятия
	Техническое оснащение	Учебные пособия и средства контроля	
1. Проверка исходных знаний		Контрольные вопросы	Учебная комната
2. Разбор темы	Видеопроектор	1) Ситуационные задачи 3) Таблицы, слайды,	Учебная комната
4. Прием хирургических стоматологических больных	Оборудование и инструменты для приема, обследования и	Медицинские карты пациентов	Хирургический кабинет

	лечения пациентов		
4. Подведение итогов занятия и контроль усвоения		Презентация	Учебная комната

Материально-техническое обеспечение занятия:

Учебная аудитория с мультимедийной системой вместимостью 6-8 чел, маркерная доска, Фантомный класс, бланки историй болезни, ситуационные задачи.

Краткое содержание <http://www.studfiles.ru/preview/1785169/page:147/>

16.6. Хирургическое лечение деформаций челюстей

Дефекты и деформации челюстей составляют в среднем 4,5 %. Это, как правило, формы проявлений разнообразных изменений лицевого и мозгового черепа, которые могут иметь как врожденный характер (в результате воздействия различных патологических факторов в период развития плода), так и приобретенный — после травмы, воспалительных заболеваний и т.п.

Анатомические, функциональные и эстетические изменения при деформациях лицевого черепа иногда резко влияют на поведение пострадавшего в обществе. Такие люди становятся замкнутыми, малообщительными, подозрительными, с постоянным чувством ущербности вследствие нарушений функций жевания, речи, дыхания, мимики. Эстетический недостаток может явиться причиной развития вторичной невротической реакции, поэтому проблемы медицинской реабилитации, включающей оперативное вмешательство, медикаментозную терапию, физиотерапию, применение методов психотерапевтической коррекции, и социальной реабилитации людей с зубочелюстными деформациями должны решаться комплексно.



Рис. 16.13. Чрезмерное развитие нижней челюсти, а — до операции; б — после операции.

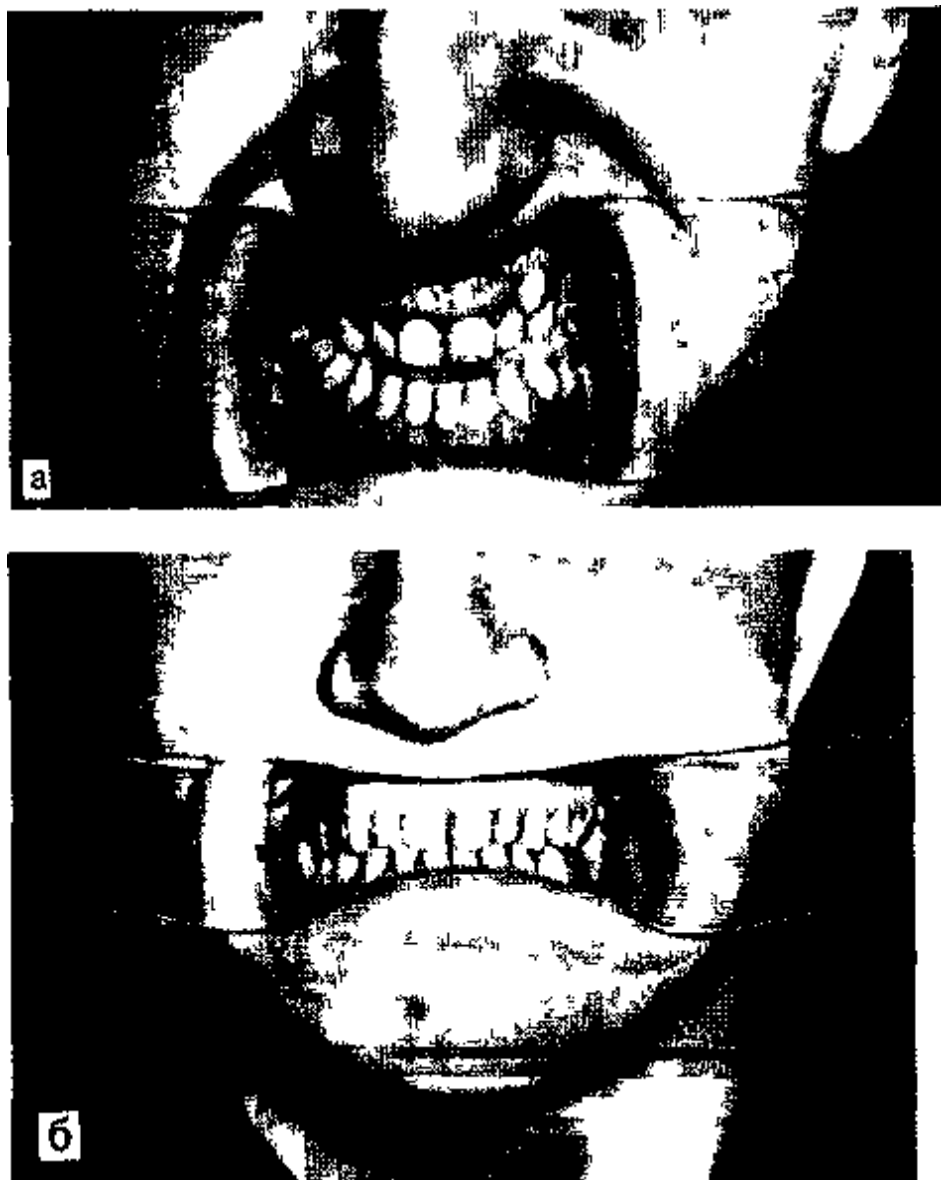


Рис. 16.14. Нарушение прикуса при чрезмерном развитии нижней челюсти

а — до операции; б — после операции.

Различают следующие основные виды нарушений, которые могут наблюдаться в различных сочетаниях:

- верхняя гиперплазия — чрезмерное развитие верхней челюсти (макро- или прогнатия);
- нижняя гиперплазия — чрезмерное развитие нижней челюсти (макро- или прогнатия);
- увеличение обеих челюстей;
- верхняя гипоплазия — недоразвитие верхней челюсти (микро- или ретрогнатия);
- нижняя гипоплазия — недоразвитие нижней челюсти (микро- или ретрогнатия);
- уменьшение обеих челюстей;
- открытый и глубокий прикусы.

Частицы «макро» или «микро» в приведенных терминах обозначают увеличение или уменьшение всех размеров челюсти, а приставки «про» и «ретро» — изменение

соотношения зубных рядов в сагиттальном направлении только во фронтальном отделе при нормальных размерах других отделов челюстей. Прогназию и ретрогназию рассматривают как аномалии, связанные с нарушением положения челюсти относительно основания черепа.

Значительно усложняются задачи лечения при сочетанных несимметричных деформациях лицевого скелета, вызванных врожденной гипер- или гипоплазией тканей челюстно-лицевой области в результате синдрома I и II жаберных дуг (отокра-ниостеноз или гемифасциальная микросомия).

Зубочелюстные деформации и аномалии лечат ортодонтическими и хирургическими способами.

Возможности ортодонтических мероприятий у взрослых ограничены зоной зубов и альвеолярного отростка (Х.А.Каламкар, Л.С.Персин). Генетические отклонения устраняют в основном хирургическим путем.

Для определения показаний к ортодонтическому или хирургическому лечению, а также к возможному их сочетанию необходимы тщательное обследование пациентов и совместная работа ортодонт и хирургов. Следует четко диагностировать форму деформации (сочетанная, изолированная), определить характер нарушения прикуса, степень смещения зубных рядов в различных плоскостях, произвести расчеты на телерентгенограммах и моделях прикуса. Необходимо изучить форму и контуры лица, состояние мышечного аппарата, височно-нижнечелюстных суставов.

После комплексного обследования пациента определяют методы оперативного вмешательства (остеотомия или межкортикальное расщепление), фиксации костных фрагментов, иммобилизации челюсти в послеоперационном периоде и другие технические детали операции, а также ортодонтические, ортопедические лечебные мероприятия. Необходимо составлять индивидуальный план лечения больного.

Хирургическое лечение целесообразно осуществлять у людей не моложе 17—18 лет, так как к этому периоду жизни формирование костей лицевого скелета и мягких тканей в основном уже заканчивается. К тому же большее число зубочелюстных деформаций в детстве обусловлено диспропорциями роста и развития зубочелюстной системы. К возрасту 17—18 лет часто происходит саморегуляция прикуса.

В тех случаях, когда у пациентов имеется хорошо адаптированный прикус с фиссуробугорковым контактом многих зубов-антагонистов, производят операции без изменения основы (базиса) челюстей. Применяют подсадку материалов в виде контурной и опорной пластики. Для этого используют хрящ, кость, свободно пересаженные мягкие ткани (кожу, кожу с подкожной клетчаткой, фасцию и т.д.), а также различные инородные эксплантаты (имплантаты).

В хирургическом лечении деформаций и аномалий развития лицевого скелета особое значение имеют костно-пластические операции, при которых должен осуществляться комплексный подход к исправлению зубочелюстных деформаций.

Оперативные вмешательства при дефектах и деформациях нижней челюсти. При дефектах и деформациях нижней челюсти следует выделять операции на альвеолярном отростке, на теле нижней челюсти в пределах зубного ряда, в области углов и ветвей нижней челюсти, а также операции на мышечковых отростках нижней челюсти.

Операции на альвеолярном отростке проводят при наличии адаптации прикуса в области жевательной группы зубов и отсутствии смыкания в переднем отделе зубного ряда.

При операциях на теле нижней челюсти используют различные методы остеотомии (вертикальная, ступенеобразная, скользящая и др.) и остео-эктомии (клиновидная, прямоугольная и др.). Эти методы имеют некоторые недостатки: необходимость удаления зубов; часто избыточное образование мягких тканей в щечных областях и, следовательно, одутловатости лица; возможно повреждение сосудисто-нервного пучка нижней челюсти;

неизменность нижнечелюстного угла и недостаточные условия для регенерации фрагментов. Это место не всегда выдерживает физиологическую нагрузку при функции нижней челюсти, что является причиной возникновения осложнений в виде открытого прикуса.

Наибольшее распространение получили операции в области угла и ветви нижней челюсти в виде вертикальной или горизонтальной остеотомии (А.Э.Рауэр, А.А.Лимберг, В.Ф.Рудько, Г.Г.Митрофанов, В.А.Богацкий, Об'єднані Рад). В настоящее время большинство специалистов отдают предпочтение проведению плоскостных (межкортикальных) остеотомии в области угла и ветви, при которых создаются значительные площади соприкасающихся (раневых) поверхностей костных фрагментов, сохраняется соотношение височно-нижнечелюстного сустава, сокращаются сроки лечения, наблюдается хороший результат (рис. 16.13). Указанные методы в какой-то мере универсальны, так как применяются при различной патологии — недоразвитии или чрезмерном развитии нижней челюсти, открытом или глубоком прикусе и сочетании этих форм нарушения прикуса (рис. 16.14).

Оперативные вмешательства при дефектах и деформациях верхней челюсти. Деформации верхней челюсти могут проявляться нарушением ее нормальных размеров и неправильным положением. При прогнатии или чрезмерном развитии верхней челюсти применяют хирургические операции, заключающиеся в частичной резекции челюсти (В.И. Гунько).

В тех случаях, когда фронтальные зубы не представляют функциональной и эстетической ценности, возможно их удаление с корригированием выступающего участка альвеолярного отростка или проведение операции фрагментарной остеотомии переднего отдела верхней челюсти. После удаления первых премоляров с клиновидной или прямоугольной резекцией костной ткани выпиливают и перемещают кзади альвеолярный отросток с находящимися в нем фронтальными зубами. Хороший эффект дает комплексное хирургическое и ортодонтическое лечение при деформациях верхней челюсти, в том числе метод ослабления костной структуры путем множественных перфораций с вестибулярной и небной сторон — компактостеотомия (А.Т.Титова). В этих случаях проводят ортодонтическое перемещение зубов верхней челюсти кзади по принципу А.Я.Катца. Это позволяет переместить нижнюю челюсть и создать более острый угол нижней челюсти путем иссечения кортикального слоя кости внутри и снаружи — декортикации.

Для устранения верхней ретро- и микрогнатии в настоящее время разработаны операции по перемещению кпереди всей средней зоны лица одновременно (В.М.Безруков, В.П.Ипполитов). Это позволяет в большей степени устранить деформацию средней зоны лица и вместе с перемещением костного фрагмента синхронно смещать кпереди хрящевой отдел носа, избежав его вторичной деформации. Для предотвращения смещения верхней челюсти кзади между бугром верхней челюсти и крыловидными отростками основной кости вводят костный трансплантат.

Кроме того, с успехом применяют одномоментные оперативные вмешательства на костном скелете средней и нижней зон лица (В.М. Безруков, В.П. Ипполитов), а также контурную пластику при деформациях челюстей, которая в основном показана для устранения остаточных деформаций и повышения эстетического эффекта лечения.

Оперативные вмешательства по поводу анкилоза височно-нижнечелюстного сустава и контрактуры нижней челюсти рассмотрены в главах 11 и 12.

Пересадка хряща. В целях контурной или опорной пластики в практике восстановительной хирургии широко применяют хрящ. Хрящ является хорошим пластическим материалом, так как легко обрабатывается ножом и имеет особые биологические свойства (бессосудистая ткань, питающаяся путем диффузии тканевых соков). Обменные процессы в хряще малоактивны, и он достаточно устойчив к инфекции.

Пластике хрящом применяют для устранения седловидной деформации спинки носа (рис. 16.12), дефекта нижнего края глазницы, для контурной пластики лица и т.д. Как правило, используют реберный хрящ, лучше из VII ребра, так как он более доступен для взятия и имеет величину до 8—12 см. Хороший эффект дает пересадка трупного хряща. Он обладает маловыраженным антигенным свойст-

Рис. 16.12. Восстановление крыла носа по Сулову.

а — методика операции (схема); б — больная до операции; в, г — этапы операции.

вом и поэтому редко рассасывается. Замороженные и лиофилизированные (высушенные) в вакууме хрящи рассасываются несколько чаще.

Костная пластика челюстей, особенно нижней, представляет определенные трудности. Это связано со следующими особенностями:

а нижняя челюсть — это самая подвижная кость, имеет тонкодифференцированные функции: она участвует в разговоре, дыхании, жевании, мимике;

а ее движения наиболее сложные — шарнирные и возвратно-поступательные;

а челюсти являются носителями зубов, которые связаны с ними и с внешней средой. Поэтому развитие патологических процессов в их области усугубляет послеоперационное течение.

Чаще производят костную пластику нижней челюсти. В зависимости от сроков проведения различают первичную и вторичную костную пластику.

С помощью первичной костной пластики замещают дефект сразу после травмы или удаления доброкачественной опухоли нижней челюсти.

Вторичную костную пластику осуществляют через определенный срок после образования дефекта, обычно не ранее чем через 6—8 мес.

При костной пластике необходимы анализ дефекта и четкое планирование его устранения. После выполнения анализа следует решить, откуда будет взят трансплантат и какой величины, какой способ фиксации будет использован.

Важнейшим моментом в успехе костной пластики является надежность фиксации трансплантата к концам фрагментов собственной челюсти. Для этого в концах фрагментов и в трансплантате выпиливают различные «замки». Трансплантат может быть также уложен внакладку, враспор и т.д. Закрепляют фрагменты, как правило, на костным швом, титановыми ми-нипластинами; применяют внеочаговый остеосинтез аппаратами Рудько, Збаржа, Вернадского, Панчохи и т.д.

Для приживления трансплантата необходим покой нижней челюсти — иммобилизация. Она достигается различными способами — как внутри- (алюминиевые проволочные шины, каппы, шина Ванкевич и т.д.), так и внеротовыми аппаратами.

Аутопластика нижней челюсти применяется наиболее широко. При операции важное значение имеют формирование воспринимающего ложа, удаление рубцовых тканей, некротизируемых и склерозированных участков кости по концам дефекта, а также изоляция его от полости рта. Аутотрансплантат должен быть взят в соответствии с формой и размером дефекта. Принято считать наиболее целесообразными два места взятия трансплантата: ребро (V, VI, VII) и гребешок подвздошной кости. Ребро берут либо во всю толщину, либо расщепленный (облегченный) саженец. Если нужен изгиб в области подбородка, лучше брать гребешок подвздошной кости.

Имеется несколько методов аутопластики нижней челюсти — по Кабакову, Павлову, Никандрову, Вернадскому и др.

После приживления трансплантата в нем происходят биологическая перестройка и регенера-

тивные процессы. Степень последних зависит от функции трансплантата. Через 15 дней после пересадки начинается деструкция кости, достигающая апогея к концу 2-го месяца, затем начинают преобладать регенеративные процессы. Костный трансплантат уплотняется и утолщается.

При аутопересадке кости имеются следующие недостатки: не всегда удается получить массивный трансплантат; трудно смоделировать трансплантат нужной формы; наносится дополнительная травма больному.

Аллопластика нижней челюсти наиболее детально разработана Н.А.Плотниковым, который предложил два варианта аллопластики: одномоментную резекцию и остеопластику и вторичную костную пластику. В качестве материала применяют лиофилизированные трансплантаты — нижнюю челюсть или бедренную кость, взятые у трупа, замороженную до -70°C и высушенную в вакууме при температуре -20°C . Холод значительно снимает антигенные свойства трансплантата. Кость в ампулах может храниться при комнатной температуре длительное время.

С успехом также применяют консервированную 0,5 % раствором формалина трупную кость. Различные способы консервации трупной кости дают возможность применять ортотопические трансплантаты, т.е. части кости, идентичные по анатомическому строению отсутствующим. Используют также ортотопические трансплантаты, взятые с височно-нижнечелюстным суставом, которые позволяют одновременно восстановить не только нижнюю челюсть, но и сустав. Тем самым удается добиться эстетического и функционального эффекта при концевых дефектах нижней челюсти (Н.А.Плотников и А.А.Никитин).

В последние годы многие хирурги стали отказываться от аллопластики нижней челюсти лиофилизированной костью в связи с развитием при этом осложнений (рассасывание трансплантата без замещения новообразованной кости, воспалительный процесс, образование ложного сустава). Это послужило причиной более частых обращений к аутопластике или эксплантации.

Свободную пересадку фасции используют как составную часть операции при параличах мимической мускулатуры (миопластика, комбинированная мио- и фасциопластика, при методах динамического и статического подвешивания). В этих случаях чаще применяют аутофрагмент передней фасции бедра. Консервированная фасция может быть использована для контурной пластики при гемиатрофиях лица.

Свободную пересадку слизистой оболочки применяют для замещения дефектов и деформаций век, полости рта. Слизистую оболочку заимствуют со щеки или нижней губы.

Свободную пересадку жировой ткани выполняют очень редко, так как после пересадки эта ткань

30 Т. Г. Робустова

значительно уменьшается в размерах, при этом нередко развиваются рубцовые процессы.

Свободную пересадку нервов с успехом используют при параличах мимической мускулатуры (А.И.Неробеев).

Свободная пересадка комбинированных трансплантатов. Комбинированными называются трансплантаты, состоящие из разнородных тканей, пересаживаемых единым блоком. Пример такой пересадки — пластика дефекта носа частью ушной раковины (см. рис. 16.12).

В последние годы в восстановительную хирургию внедрены методы пересадки комбинированных трансплантатов (включающих кожу, подкожную клетчатку, мышцы, а при необходимости и костную ткань) с применением микрососудистых анастомозов (А.И.Неробеев, Мак-Кееп). Для контурной пластики используют фасциально-жировые и кожно-жировые лоскуты. Сложные кожно-мышечные и кожно-жировые трансплантаты с использованием микрососудистой хирургии находят применение даже при пластике челюстей.

В различных отделах лица и челюстей дефекты и деформации, весьма разные по своему происхождению, но сходные по форме, устраняют способами, включающими основные принципы пластики: местными тканями, лоскутами на ножке, филатовским стеблем и свободной пересадкой тканей.

Задача 5

Больной, 20 лет, обратился с жалобами на чувство онемения в области нижней губы слева, постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что месяц назад появились боли после сложного удаления 3.8 зуба (с использованием бормашины). Отмечается отсутствие чувствительности в области нижней губы слева. В полости рта лунка 3.8 зуба эпителизирована, воспалительных явлений не определяется. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева выявляется тень лунки удаленного 3.8 зуба, достигающая до нижнечелюстного канала, отсутствие костной перегородки между лункой и нижнечелюстным каналом.

Вопросы:

1. Проведите обоснование диагноза?
2. Поставьте диагноз?
3. Наметьте план лечения?
4. Какие из перечисленных признаков подтверждают причинно-следственную связь между проведенным вмешательством и возникшим в последствии заболеванием?
5. Показано ли в данном конкретном случае проведение алголизации в области III ветви тройничного нерва?

Ответы 5

1. Жалобы больного на онемение в зоне иннервации нижнечелюстного нерва слева, постоянную ноющую боль в области нижней челюсти слева и анамнеза (сложное удаление 3.8 зуба) свидетельствуют о возможности развития неврита III ветви тройничного нерва слева.
2. Диагноз: неврит III ветви тройничного нерва слева.
3. Лечение комплексное. Назначаются витамины группы "В", физиотерапия, противовоспалительные, седативные и обезболивающие средства.
4. Причинно-следственную связь подтверждают рентгенологические признаки: тень лунки удаленного зуба прилежит к темни нижнечелюстного канала, а также отсутствие костной перегородки между лункой и каналом.
5. Ни в данном случае, ни вообще при невритах алкоголизацию проводить категорически не показано, так как это деструктивный метод. Поэтому вследствие его проведения явления неврита усиливаются.

Задача 6

Больной, 20 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию лица. Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот.

Вопросы и задания:

1. О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки диагноза и составления плана лечения?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Опишите клинико-рентгенологическую картину.
5. Методы лечения в данном случае?

Ответы 6

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.
2. Для постановки диагноза и составления плана лечения необходимо провести рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа, а также линейные измерения размеров тела и ветви нижней челюсти сравнительно справа и слева.
3. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с мышечной контрактурой, деформирующим артрозом и анкилозом ВНЧС.
4. Клинически отмечается искривление нижнего отдела лица за счет деформации и уменьшения в размерах правой половины нижней челюсти. Средняя линия подбородка смещена вправо. На коже щечной и поднижне-челюстной областей ряд втянутых рубцов. При обследовании движений головок ВНЧС через наружные слуховые проходы слева отмечаются слабые движения, справа - движения отсутствуют. Прикус перекрестный. При рентгенологическом обследовании ВНЧС справа и слева (для сравнения), слева отмечается суставная головка, суставная впадина и суставной бугорок хорошо контурированы. Справа суставная головка, суставная впадина и суставной бугорок слиты в единый костный массив, полулунная вырезка ветви нижней

челюсти резко сужена, ветвь челюсти укорочена, угол челюсти деформирован в виде шпоры.

5. Консервативное лечение – механотерапия, физиолечение с гидрокортизоном и лидазой. Хирургическое лечение – остеотомия в области шейки суставного отростка или верхней трети ветви н/ч с интерпозицией между фрагментами мягких тканей с целью формирования ложного сустава, артропластика ортотопическим гомотрансплантатом или имплантатом.

Задача 7

Больной, 18 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания рта. Стоматолог не может производить санацию полости рта. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюсти. В настоящее время выражена деформация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный.

Вопросы и задания:

1. О каких видах патологии ВНЧС можно думать?
2. Перечислите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.
3. Опишите возможные варианты лечения.
4. В какой последовательности должна проводиться санация полости рта?
5. Какой вид обезболивания можно применить при оперативном лечении в данном случае?

Ответы 7

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.
2. Рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа, а также линейные измерения размеров тела и ветви нижней челюсти сравнительно справа и слева.
3. При лечении фиброзного анкилоза ВНЧС возможны варианты:
4. Консервативного лечения - активная механотерапия аппаратами типа Дарсисака, физиолечение с гидрокортизоном или лидазой, но эта попытка может быть малоэффективной. Необходимы хирургические методы лечения. Выбор хирургического метода лечения зависит степени и возможности открывания рта, характера деформации и размеров нижней челюсти. Мы стремимся к созданию нового или ложного сустава ближе к естественному, а также восстановлению нормального прикуса. Для этого осуществляется остеотомия в области шейки суставного отростка или верхней трети ветви нижней челюсти с интерпозицией между фрагментами мягких тканей круглого стебельчатого лоскута (его соединительнотканной основы - метод Лимберга), интерпозиция с помощью колпачков, обработка концов фрагментов по Великановой. Однако методом выбора в настоящее время является артропластика ортотопическим гомотрансплантатом нижней челюсти - суставной головки вместе с ветвью челюсти, что позволяет одномоментно восстановить сустав и удлинить ветвь челюсти (по Н.А.Плотникову):
 - хирургическое лечение анкилоза ВНЧС,
 - консультация ортодонта,
 - терапевтическое и хирургическое лечение зубов,
 - ортодонтическое и (или) ортопедическое лечение.
5. Проводниковая анестезия внеротовым доступом или общее обезболивание.

Задача 8

После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы

слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа (мукозогенная).

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план хирургического лечения.
3. Назовите варианты пластики.
4. Перечислите возможные осложнения оперативного лечения?.
5. Методы послеоперационного ведения?

Ответы 8

1. Мукозогенная контрактура нижней челюсти.
2. Принцип хирургического вмешательства – рассечение рубцов с пластическим замещением образовавшегося дефекта.
3. Свободная пересадка кожи, пластика местными тканями.
4. Непосредственно во время хирургического вмешательства – кровотечение, недостаток пластического материала. В ближайшем послеоперационном периоде возможно инфицирование, ишемия или некроз пересаженных тканей. Отдалённые осложнения – рубцовая деформация.
5. В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия.

Задача 9

Больной К., 52 лет, обратилась с жалобами на боли в ВНЧС справа, которая возникла 3 недели назад после гриппа. Сначала возникло шелканье, затем боль. Объективно; гиперемия, отек в области сустава справа. Региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На томограмме костные структуры без изменения, суставная щель справа расширена.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные лабораторные методы обследования.
3. Предложите план лечения.
4. Назначьте медикаментозное лечение.
5. Показана ли физиотерапия этой больной?

Ответы 9

1. Острый артрит ВНЧС справа.
2. Рентгенография ВНЧС, анализ крови на наличие ревматоидных факторов
3. Для снятия воспалительных явлений назначается антибактериальная терапия, после стихания воспалительных явлений физиотерапия. Щадящая диета.
4. Противовоспалительная, антибактериальная, антигистаминная медикаментозная терапия.
5. Не показана. Физиотерапевтическое лечение возможно проводить после стихания острых воспалительных процессов.

Задача 10

Больная П., 23 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух сторон. Утром открывание рта ограничено. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови в пределах нормы. Объективно: наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Консультация какого смежного специалиста необходима пациентке?
4. Предложите план лечения.
5. Назовите возможные осложнения заболевания.

Ответы 10

1. Хронический двусторонний ревматоидный артрит в стадии обострения.
2. Анализ крови на наличие ревматоидных факторов. Рентгенография ВНЧС.
3. Необходима консультация ревматолога.
4. Противовоспалительная терапия (НПВС), физиотерапия, мазовые повязки.
5. При отсутствии лечения возможно возникновение анкилоза ВНЧС.

Деформации челюстей

1. Синоним прогении - это:
+ нижняя прогнатия
верхняя прогнатия,
нижняя ретрогнатия,
верхняя ретрогнатия.
2. Синоним прогнатии - это:
нижняя прогнатия;
+ верхняя прогнатия,
нижняя ретрогнатия,
верхняя ретрогнатия
3. Синонимом микрогении является:
нижняя прогнатия;
верхняя прогнатия;
+ нижняя ретрогнатия;
верхняя ретрогнатия
4. Синонимом микрогнатии является:
нижняя прогнатия,
верхняя прогнатия;
нижняя ретрогнатия;
+ верхняя ретрогнатия.
5. Прогения - это:

+ аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед вследствие ее чрезмерного развития;
это недоразвитие нижней челюсти;
аномалия развития челюсти, характеризующаяся выдвинутым положением верхней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
это недоразвитие верхней челюсти

6. Микрогения - это:

аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
+ это недоразвитие нижней челюсти,
аномалия развития челюсти характеризующаяся выдвинутым положением верхней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
это недоразвитие верхней челюсти

7. Прогнатия - это:

аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
это недоразвитие нижней челюсти;
+ аномалия развития челюсти, характеризующаяся выдвинутым положением верхней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
это недоразвитие верхней челюсти.

8. Микрогнатия - это:

аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
это недоразвитие нижней челюсти;
аномалия развития челюсти, характеризующаяся выдвинутым положением верхней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
+ это недоразвитие верхней челюсти

9. Для прогении нехарактерен следующий прикус:

обратный;
мезиальный;
прогенический;
+ прямой.

10. Прогения бывает:

+ истинной, ложной,
верхней и нижней челюсти;
фронтальных и боковых зубов.

11. Ложная прогения - это когда:

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

12. Истинная прогения - это когда:

в прогеническом (обратном) прикусе находятся только отдельные фронтальные зубы, а на всем протяжении обоих зубных рядов взаимное расположение зубов правильное;

+ 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?

не может,

может, но очень редко;

+ может быть лишь в том случае, если имеется полная потеря зубов на верхней и нижней челюстях.

14. Может ли микрогения быть односторонней?

+ может быть;

не может быть.

15. Микрогения может быть только:

односторонней и двухсторонней;

врожденной и приобретенной;

+ односторонней и двухсторонней, врожденной и приобретенной верхней и нижней челюсти.

16. Какая микрогения сочетается с анкилозом височно-нижнечелюстного сустава?

врожденная;

+ приобретенная.

17. Дальнейшая судьба метатарзальной (плюсневой) кости при использовании ее для артропластики височно-нижнечелюстного сустава?

кость сохраняется без изменений на протяжении многих лет;

+ с годами подвергается рассасыванию

Основная литература:

1. Хирургическая стоматология : учебник / [Афанасьев В. В. и др.] ; под общ. ред. В. В. Афанасьева. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 792 с. : цв. ил. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970431375.html>

2. Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология : учеб. пособие / под ред. В.А. Козлова, И. И. Кагана. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 544 с. : ил. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430453.html>

3. Хирургическая стоматология. Воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желез: учебное пособие / Под ред. А.М. Панина. 2011. - 208 с.: ил. (Серия "Библиотека стоматолога") <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785423500016.html>

4. Лекционный материал

Дополнительная литература

1. Словарь профессиональных стоматологических терминов: учеб. пособие / Э.С. Каливрадзян, Е.А. Брагин, С.И. Абакаров и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 208 с. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428238.html>

2. Болезни зубов и полости рта: учебник / И. М. Макеева, С. Т. Сохов, М. Я. Алимова, В. Ю. Дорошина, А. И. Ерохин, И. А. Сохова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 248 с. : ил. <http://www.studmedlib.ru/ru/books/ISBN9785970421680.html>

Интернет-ресурсы:

Библиотека - <http://www.nehudlit.ru>

Библиотека книг - <http://books.google.com>

Книгафонд - <http://www.knigafund.ru>

Поисковая система - <http://www.google.ru>

Поисковая система - <http://www.yandex.ru>

Самостоятельная работа – Презентация

1 Основные виды деформаций челюстей: недоразвитие (микрогнатия) или чрезмерное развитие (макрогнатия) верхней или нижней челюсти или отдельных их участков (прогнатия и ретрогнатия), открытый прикус.

2 Устранение деформации лица при лечении анкилоза

3 Плоскостная остеотомия ветвей, тела челюсти.

4 Оперативное исправление формы и положения верхней челюсти.

5 Основные методы операций для исправления размеров и формы нижней челюсти