

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ № 3

Оценочные материалы

по дисциплине **челюстно-лицевая хирургия**

Специальность 31.08.60 пластическая хирургия

2023г.

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

профессиональных (ПК-1)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ПК-1. Способен к проведению лечения пациентов с повреждениями врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и(или) состояниями головы и шеи	ПК-1. ИД.1. Знает общие, местные и оперативно-технические принципы реконструктивных операций. Показания и противопоказания к восстановительным операциям. Варианты отношений больных к своим дефектам. Правила формирования лоскутов на питающих ножках, виды лоскутов на питающей ножке, пластику стебельчатым лоскутом Филатова. Свободную пересадку тканей и органов. Принципы диспансеризации детей с врождёнными пороками развития лица и челюстей. ПК-1. ИД.2. Умеет выявлять нарушения при врождённых пороках развития лица и челюстей. Определить сроки оперативного вмешательства при пороках развития лица и челюстей в зависимости от клинического состояния. Проводить пластику местными тканями при укороченных уздечках губ, языка, углубления преддверия полости рта. Владеет методами обследования больных с дефектами челюстей и мягких тканей лица, методами планирования восстановительных операций в ЧЛЮ.

ПК-1

Тесты

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Учитывается ли нервно-психическое состояние больного перед восстановительными операциями?

1. да
2. нет
3. и да и нет

Эталон ответа: 1. да

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Выбор метода восстановительной операции определяется:

1. по размерам дефекта или деформации
2. по состоянию окружающей ткани
3. по мнению больного

Эталон ответа: 1. по размерам дефекта или деформации

Задание 3 Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Степень уменьшения в размерах жирового лоскута:

1. менее 10%
2. 10-25%
3. 25-50%

Эталон ответа: 3. 25-50%

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ
Лучшим объяснением феномена задержки лоскута является:

1. изменение ориентации сосудов
2. вторичная ишемия
3. венозный застой

Эталон ответа: 2. вторичная ишемия

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Васкуляризация свободного кожного трансплантата начинается через:

1. 12 часов
2. 24 часа
3. 2-3 дня

Эталон ответа: 3. 2-3 дня

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Преимущество методов пластики местными тканями заключается:

1. в многоэтапности лечения
2. в широких пластических возможностях метода
3. в сходстве, однотипности тканей по строению

Эталон ответа: 3. в сходстве, однотипности тканей по строению

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укорочение верхней губы устраняется способом пластики местными тканями:

1. Седилло
2. свободным кожным лоскутом
3. встречными треугольными лоскутами

Эталон ответа: 3. встречными треугольными лоскутами

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов:

1. на питающей ножке
2. встречных треугольных
3. круглого стебельчатого

Эталон ответа: 2. встречных треугольных

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют:

1. при короткой уздечке языка
2. при линейных келлоидных рубцах
3. при обширных дефектах костей лица

Эталон ответа: 1. при короткой уздечке языка

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основное правило пластики местными тканями:

1. не ушивать рану наглухо
2. недопустима мобилизация тканей
3. отсутствие натяжения в краях раны.

Эталон ответа: 3. отсутствие натяжения в краях раны.

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Местное осложнение пластики лоскутами на ножке:

1. миозит
2. неврит
3. нагноение

Эталон ответа: 3. нагноение

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Первый этап восстановительного хирургического лечения:

1. разрез
2. планирование
3. определение показаний

Эталон ответа: 3. определение показаний

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При нарушении микроциркуляции в лоскуте на ножке в послеоперационном периоде проводится лечение:

1. гидромассажем
2. криотерапией
3. физиотерапией

Эталон ответа: 3. физиотерапией

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Филатовский стебель одномоментно формирующийся и подшивающийся к месту дефекта называется:

1. острым
2. шагающим
3. ускоренным

Эталон ответа: 1. острым

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Пластика носа Филатовским стеблем показана при дефектах:

1. спинки
2. части крыла
3. тотальном дефекте

Эталон ответа: 3. тотальном дефекте

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Методика пластики деформации верхней губы при врожденной расщелине:

1. Крайля
2. Лексера
3. Лимберга

Эталон ответа: 1. да

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Методика пластики частичных дефектов нижней губы:

1. Крайля
2. Шимановского
3. Аббе

Эталон ответа: 2. Шимановского

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Устранение врожденной расщелины верхней губы проводится в возрасте:

1. 7 дней
2. 2-х месяцев

3. 1 года

Эталон ответа: 2. 2-х месяцев

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основными задачами пластики при врожденной расщелине верхней губы: является устранение

1. выворота крыла носа
2. рубцовой деформации
3. дефекта губы и деформации крыла носа

Эталон ответа: 3. дефекта губы и деформации крыла носа

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При пластике верхней губы фиксация лоскутов осуществляется:

1. узловым швом
2. непрерывным швом
3. гипсовой повязкой

Эталон ответа: 1. узловым швом

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для предупреждения сужения носового хода после операции по поводу врожденной расщелины верхней губы используют:

1. марлевую турунду
2. коллодийную повязку
3. пластмассовый вкладыш

Эталон ответа: 3. пластмассовый вкладыш

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Причинами развития рецидива при любом виде остеотомии нижней челюсти являются:

1. термическая травма кости
2. послеоперационная гематома
3. технические погрешности при перемещении фрагментов

Эталон ответа: 3. технические погрешности при перемещении фрагментов

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Количество дней фиксации фрагментов нижней челюсти ортопедическими средствами после ее остеотомии:

1. 15
2. 30
3. 60

Эталон ответа: 3. 60

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

После проведенной остеотомии на кожу накладывают швы:

1. узловые
2. матрацные
3. непрерывные

Эталон ответа: 1. узловые

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При остеотомии верхней челюсти резиновая тяга накладывается после операции:

1. через 2 дня
2. через 4 дня

3. через 5 дней

Эталон ответа: 3. через 5 дней

Ситуационные задачи

Задание 1. К челюстно-лицевому хирургу обратилась пациентка Р. 27 лет с жалобами на неудовлетворительную форму носа. Пациентку не устраивает форма как костного, так и хрящевого отдела носа. При детальном расспросе выяснилось, что имеется нарушение дыхания через правую половину носа, усиливающаяся при простудных заболеваниях. В анамнезе у девушки травма носа, которую она получила в возрасте 11-12 лет во время падения с велосипеда. При осмотре определяется выраженное оливообразное расширение крыльчатых хрящей носа. Межкрыльчатое расстояние – 3.3 см, основание носа – 2.7 см, высота коллюмелы – 1.8 см. Определяются костные гребни носовых костей в виде горбинки.

1. Сформулируйте диагноз. Какой вероятный сопутствующий диагноз имеется у пациентки?

2. Какие дополнительные исследования требуются в данном случае?

Эталон ответа:

1. У пациентки наблюдается врожденная деформация костно-хрящевого отдела носа в сочетании с посттравматической деформацией перегородки носа.

2. При планировании оперативной коррекции данного состояния необходимо проведение компьютерной томографии области носо-орбитальной области и придаточных пазух.

Задание 2.

Пациент Н., 35 лет, поступил в клинику с жалобами на выраженную асимметрию и деформацию средней зоны лица. Из анамнеза: 2 года назад выявлен плоскоклеточный рак верхней челюсти слева. Была произведена операция: резекция верхней челюсти с прилегающими мягкими тканями твердого неба, преддверия рта, щечной области. Диагноз плоскоклеточного рака верифицирован гистологически. Была проведена дистанционная гамма-терапия (суммарная доза 60 Грей) и два курса химиотерапии. При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Объективно по внутренним органам и системам в пределах возрастной нормы. Нарушена конфигурация лица из-за резкого западения верхней губы и мягких тканей в левой скуловой, подглазничной, щечной областях. Отмечается опущение левого глазного яблока на 2 см. Артикуляция нарушена. В полости рта определяется обширный дефект твердого неба, верхней челюсти, щечной области и верхней губы, сообщение с полостью рта, где имеется сквозной дефект твердого неба размером 5 x 4 см, дефект преддверия рта, нижняя носовая раковина выступает в полость рта.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какова тактика устранения данного дефекта? Что необходимо восстановить?

3. Какие еще предоперационные мероприятия необходимы для планирования вмешательства?

Эталон ответа:

1. Комбинированный дефект средней зоны лица слева после комбинированного лечения плоскоклеточного рака верхней челюсти.

2. Тактика – применение микрохирургического реваскуляризируемого лоскута.

Необходимо восстановить верхнечелюстную и скуло-глазничную изгибы.

3. Предоперационное моделирование. Снятие гипсовой маски лица, изготовление воскового шаблона восстанавливаемой зоны, изготовление стереолитографической модели лицевого скелета и шаблона для резки и сборки аутооттрансплантата.

Задание 3.

Больная, 22 лет, обратилась с жалобами на косметический дефект вследствие деформации нижней половины лица, затруднения при откусывании пищи, нарушение речи. При обследовании выявляется выступание верхней челюсти вперед по отношению к нормально развитой нижней челюсти. Передняя группа зубов на верхней челюсти выступает вперед, режущие края которых касаются нижней губы. Верхняя губа укорочена и несколько вздернута вверх, губы не смыкаются. При разговоре произношение губных звуков затруднено.

1. Какие методы обследования еще необходимо провести?
2. О каком виде деформации челюсти идет речь?
3. Мероприятия при реабилитации больных с данной патологией

Эталон ответа:

1. Прежде чем приступить к операции по поводу устранения верхней прогнатии необходимо установить границы вмешательства и воспроизвести перемещение отрезка челюстей на гипсовых моделях.
2. На основании описанной клинической картины можно предположить верхнюю прогнатию.
3. Реабилитационный период должен включать физиотерапевтическое лечение, ЛФК, механотерапию

Задание 4.

Больная, 22 лет, обратилась в клинику с жалобами на деформацию нижнего отдела лица, затрудненное разжевывание пищи. В раннем детстве пациентка перенесла правосторонний отит и остеомиелит нижней челюсти справа. С 11 лет заметила искривление нижнего отдела лица справа. Лечилась у ортодонта. При осмотре отмечается уменьшение размера тела нижней челюсти справа, смещение подбородка на 2,0 см. вправо от средней линии и кзади. Прикус нарушен, перекрестный. Открывание рта свободное. Укажите основной метод лечения.

Эталон ответа:

При правосторонней микрогении с нарушением прикуса (перекрестный прикус) используется основной метод хирургического лечения - правосторонняя остеотомия: ступенчатая остеотомия тела нижней челюсти справа, остеотомия ветви нижней челюсти справа со смещением челюсти вперед, удлинение тела нижней челюсти за счет костного (реберного) трансплантата.

Задание 5.

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

1. Обследование проведено в полном объеме?
2. Составьте план лечения больного.
3. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Эталон ответа:

- 1.Обследование проведено в полном объеме (ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?
2. План лечения: а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата? в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?
3. Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев. Физиотерапевтическое лечение, ЛФК.

Задание 6.

У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.

1. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?
2. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции? Какие методы реабилитации возможно применить в данном случае?

Эталон ответа:

1. В данном случае для устранения дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.
2. Гранулирующую поверхность после ожогов III степени желательно закрывать как можно раньше. Послеоперационный период необходимо дополнить санаторно-курортным лечением.

Задание 7.

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

1. Какие методы обследования необходимо провести?
2. Составьте план лечения больного.
3. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Эталон ответа:

1. Компьютерная томография.
2. План лечения: а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата? в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?

3. Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Задание 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).

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план хирургического лечения.
3. Назовите варианты пластики.
4. Методы послеоперационного ведения?

Эталон ответа:

1. Мукозогенная контрактура нижней челюсти.
2. Принцип хирургического вмешательства – рассечение рубцов с пластическим замещением образовавшегося дефекта.
3. Свободная пересадка кожи, пластика местными тканями.
4. В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия.

Задание 9.

Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса собаки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0х3,0 см., откол коронок 4.2, 3.1, подвижность 4.1, отсутствие 3.2.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Имеет ли значение для составления плана лечения состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2?

Эталон ответа:

1. Посттравматический дефект нижней губы (укушенная рана). Травматический откол коронковой части 4.2, 3.1. Подвывих 4.1. Полный вывих 3.2.
2. Тщательная антисептическая и хирургическая обработка раны до кровоточащих тканей. Восстановление внутренней выстилки и красной каймы губы. Кетгутовые швы на мышечный слой, наружная рана закрывается перемещением двух встречных треугольных лоскутов с углами боковых разрезов 30° и 90°, выкроенных в области подбородка, т.е. у нижнего края раны. Депульпирование 4.2, 4.1, наложение гладкой короткой шины от 4.3 до 3.3 для удержания 4.1. Необходимо провести курс прививок антирабической сыворотки.
3. Для составления плана лечения по поводу дефекта нижней губы состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 имеет значение: острые края 4.2, 4.1 должны быть устранены, подвижный 3.1 должен быть фиксирован к соседним зубам.

Задание 10.

Больная, 22 лет, обратилась с жалобами на косметический дефект вследствие деформации нижней половины лица, затруднения при откусывании пищи, нарушение речи. При обследовании выявляется выступание верхней челюсти вперед по отношению к нормально развитой нижней челюсти. Передняя группа зубов на верхней челюсти выступает вперед, режущие края которых касаются нижней губы. Верхняя губа укорочена и несколько вздернута вверх, губы не смыкаются. При разговоре произношение губных звуков затруднено.

1. О каком виде деформации челюсти идет речь?
2. Какие варианты оперативного лечения и послеоперационного периода?

Эталон ответа:

1. На основании описанной клинической картины можно предположить верхнюю прогнатию.
2. Прежде чем приступить к операции по поводу устранения верхней прогнати необходимо установить границы вмешательства и воспроизвести перемещение отрезка челюстей на гипсовых моделях. В тех случаях, когда центральные и боковые резцы не удовлетворяют косметическим требованиям, сохранение этих зубов нецелесообразно, может быть предпринято удаление их с коррекцией альвеолярного отростка и замещение зубов мостовидным протезом. Если фронтальная группа зубов удовлетворяет косметическим требованиям, их сохраняют (депульпируют с последующим пломбированием каналов корней). Лечение планируют по распространенным методам хирургического вмешательства по Кон-Стоку или Шухарду, которые состоят в удалении 1.4, 2.4 или 1.5, 2.5, остеотомии альвеолярного отростка верхней челюсти в области перемещаемых зубов. Альвеолярный отросток верхней челюсти вместе с зубами перемещается кзади, устанавливается в желаемой артикуляции с зубами фронтальной группы нижней челюсти, накладываются фиксирующие резиновой тягой бимаксиллярные проволочные шины с зацепными петлями, которые удерживают челюсти в правильном положении. В послеоперационном периоде ЛФК, механотерапия, физиотерапия

Задание 11.

В хирургическое отделение поступил пострадавший, у которого после автодорожного происшествия выявлен значительный дефект наружного носа. Больному выполнена тотальная ринопластика Филатовским стеблем по Хитрову.

1. Укажите этапы данной операции.
2. Что необходимо заранее предусмотреть и каким, в зависимости от требуемой формы и размеров, может быть стебель Филатова.

Эталон ответа:

1. - формирование круглого кожно-жирового стебля на груди или животе;
 - пересадка одной ножки стебля на кисть или предплечье;
 - перенесение второй ножки стебля в область корня носа;
 - ринопластика (формирование носа).
2. Филатовский стебель может быть двухлопастным, трех - и четырехлопастным и прерывистым. При планировании пластики круглым стеблем заранее необходимо предусмотреть способ миграции, вынужденное положение больного.

Задание 12.

В хирургическое отделение поступил пострадавший, у которого после автодорожного происшествия выявлен значительный дефект наружного носа. Больному выполнена тотальная ринопластика Филатовским стеблем по Хитрову. размеров, может быть стебель Филатова.

1. Наиболее частые осложнения при формировании Филатовского стебля.

Эталон ответа:

1. Расхождение краев раны на стебле и на материнской почве, частичный или полный некроз, рожистое воспаление стебля.

Задание 13.

В хирургическое отделение поступил пострадавший, у которого после автодорожного происшествия выявлен значительный дефект наружного носа. Больному выполнена тотальная ринопластика Филатовским стеблем по Хитрову.

1. Как проводится тренировка стебля?

Эталон ответа:

1. Тренировка стебля проводится путем пережатия ножки, подготовленной к миграции. Другая ножка - питающая - достигает улучшения кровообращения.

Задание 14.

В хирургическое отделение поступил пострадавший, у которого после автодорожного происшествия выявлен значительный дефект наружного носа. Больному выполнена тотальная ринопластика Филатовским стеблем по Хитрову.

1. Что является основным показателем состояния Филатовского стебля?

Эталон ответа:

1. Его температура и цвет. Нормальная температура стебля колеблется от 29 до 31

Задание 15.

Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса собаки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0х3,0 см., откол коронок 42, 31, подвижность 41, отсутствие 32.

1. Составьте план лечения.

2. Если необходимо депульпирование 42, 41, то с какой целью?

Эталон ответа:

1. Тщательная антисептическая и хирургическая обработка раны до кровотока тканей. Выполняются дугообразные разрезы слизистой оболочки с дополнительными разрезами в виде "Z" у основания этих разрезов. Таким образом, восстанавливается внутренняя выстилка и красная кайма губы. Накладываются кетгутовые швы на мышечный слой, наружная рана закрывается перемещением двух встречных треугольных лоскутов с углами боковых разрезов 30 и 90, выкроенных в области подбородка, т.е. у нижнего края раны. Необходимо провести курс прививок антирабической сыворотки.

2. С целью профилактики пульпита и периодонтита.

Задание 16.

Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса собаки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0х3,0 см., откол коронок 42, 31, подвижность 41, отсутствие 32.

1. Каков Ваш диагноз?

2. Как поступить с поврежденными 41, 42 и 32 зубами?

Эталон ответа:

1. Укушенная рана с дефектом нижней губы. Травматический откол коронковой части 42, 3.1. Подвывих 4.1. Полный вывих 3.2.

2. Наложение гладкой короткой шины-скобы от 4.3 до 3.3 для удержания 4.1.

Задание 17.

После ожога кислотой у больной, 43 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа из-за рубцовой деформации слизистой оболочки щечной области.

1. Ваш диагноз.

2. Назовите варианты пластики.

Эталон ответа:

1. Контрактура нижней челюсти.

2. Свободная пересадка кожи, пластика местными тканями.

Задание 18.

У больного 42 лет установлен диагноз: деформирующий рубец в области верхней губы справа. При обследовании установлено: дефект линейный в области кожи и подкожной

жировой клетчатки длиной 3 см. на слизистой оболочке без особенностей. При открывании и закрывании полости рта деформация увеличивается.

1. Определите показания к хирургическому лечению.
2. Обоснуйте метод пластики данного дефекта при наличии мягкого рубца.

Эталон ответа:

1. Появление деформаций при открывании рта требует восстановительной операции.
2. При наличии мягкого безболезненного рубца после иссечения деформирующего рубца нужно мобилизовать окружающие мягкие ткани и наложить послойные швы.

Задание 19.

У больного 42 лет установлен диагноз: деформирующий грубый рубец в области верхней губы справа. При обследовании установлено: дефект линейный в области кожи и подкожной жировой клетчатки длиной 3 см. на слизистой оболочке, грубый. При открывании и закрывании полости рта деформация увеличивается.

1. Обоснуйте метод пластики данного дефекта при наличии грубого рубца.
2. Какие препараты физиотерапии приемлемы перед операцией.

Эталон ответа:

1. При наличии грубого келоидного рубца необходимо сначала провести физиотерапевтическое или медикаментозное лечение.
2. Физиотерапевтическое или медикаментозное лечение (лидазой, кеналогом)

Задание 20.

У больного 75 лет определяется дефект ушной раковины после хирургического иссечения опухоли. После операции прошло 4 месяца?

1. Показана ли восстановительная операция на ушной раковине.
2. Имеется ли еще противопоказание к восстановлению ушной раковины?

Эталон ответа:

1. Восстановительная операция не показана, т.к. прошло всего 4 месяца.
2. Да. Противопоказанием к проведению операции является возраст больного.

Задание 21.

У больного 75 лет определяется дефект ушной раковины после хирургического иссечения опухоли. После операции прошло 6 месяцев.

1. Врач отказал больному в оперативном лечении.
2. Основное правило пластики местными тканями.
3. При наличии противопоказаний к оперативному лечению дефекта ушной раковины, какой метод Вы предложите больному?

Эталон ответа:

1. Больному требуется операция на мягких тканях, которые не могут быть использованы как пластический материал.
2. Отсутствие натяжения в краях раны.
3. Сложное челюстно-лицевое протезирование (эктопротез)

Задание 22.

Больная, 22 лет, обратилась в клинику с жалобами на деформацию нижнего отдела лица, затрудненное разжевывание пищи. В раннем детстве пациентка перенесла правосторонний отит и остеомиелит нижней челюсти справа. С 11 лет заметила искривление нижнего отдела лица справа. Лечилась у ортодонта. При осмотре отмечается уменьшение размера тела нижней челюсти справа, смещение подбородка на 2,0 см. вправо от средней линии и кзади. Прикус нарушен, перекрестный. Открывание рта свободное. Укажите основной метод лечения.

Эталон ответа:

1. При правосторонней микрогении с нарушением прикуса (перекрестный прикус) используется основной метод хирургического лечения - правосторонняя остеотомия: ступенчатая остеотомия тела нижней челюсти справа, остеотомия ветви нижней челюсти справа со смещением челюсти вперед, удлинение тела нижней челюсти за счет костного (реберного) трансплантата.

Задание 23.

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

1. Составьте план лечения больного.
2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Эталон ответа:

1. План лечения:

- а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа;
 - б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата?
 - в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?
2. Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Задание 24.

У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы – в месте перехода лобной области в височные, нижняя граница - в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.

1. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?
2. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции?

Эталон ответа:

1. В данном случае для устранения дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.
2. Гранулирующую поверхность после ожогов III степени желательно закрывать как можно раньше.

Задание 25.

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа,

лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

1. Составьте план лечения больного.
2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Эталон ответа:

1. План лечения: а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата? в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?
2. Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Задание 26.

Больной 24 года. Жалобы на деформацию нижнего отдела лица и затрудненное открывание рта. Анамнез заболевания: 5 лет назад больной получил травму подбородка, врачу не обращался. Через 2 года обратили внимание на затрудненное открывание рта, которое постепенно нарастало. В последующем появились асимметрия лица и западение подбородочного отдела. В настоящее время рот открывается до 1,3 см.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Предложите план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Укажите все возможные причины заболевания.
4. Предложите метод лечения.

Эталон ответа:

1. Вторичный деформирующий остеоартроз правого и левого височно-нижнечелюстных суставов.
2. Рентгенологическое обследование:
 - а) ортопантограмма — деформация правой и левой суставных головок и мышцелковых отростков нижней челюсти. Укорочены и расширены ветви челюсти. У основания мышцелковых отростков и в проекции нижнечелюстной вырезки определяются костные выросты. Правый и левый углы челюсти гипертрофированы;
 - б) томография суставов (при привычном положении нижней челюсти и максимальном опускании нижней челюсти) и обзорный снимок нижней челюсти в прямой проекции.
3. Возможные причины данного заболевания:
 - травма бытовая (в данном случае — травма качелями);
 - родовая травма;
 - воспалительные процессы (гематогенный остеомиелит, гнойный отит, мастоидит, редко одонтогенный остеомиелит дистальных отделов ветви нижней челюсти).
4. Метод лечения - хирургический. Операция - остеотомия правой и левой ветвей нижней челюсти с обязательной одномоментной пластикой алло-, ауто-трансплантатами или эндопротезами для создания дистальной опоры челюсти.

Задание 27.

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..

1. Перечислите возможные осложнения оперативного лечения?
2. Методы послеоперационного ведения?

Эталон ответа:

1. Непосредственно во время хирургического вмешательства – кровотечение, недостаток пластического материала. В ближайшем послеоперационном периоде возможно инфицирование, ишемия или некроз пересаженных тканей. Отдаленные осложнения – рубцовая деформация.
2. В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия.

Задание 28.

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

1. Составьте план лечения больного.
2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Эталон ответа:

1. План лечения: а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата? в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?
2. Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Задание 29.

1. Больная Н., 49 лет, обратилась с жалобами на наличие дефекта фронтального отдела верхней челюсти, западение средней зоны лица, затрудненное пережевывание пищи, нарушение речи, эстетический дефект лица. Из анамнеза: 10 лет назад по поводу гигантоклеточной опухоли выполнена верхнечелюстная резекция. С целью восстановления нарушенных функций и устранения эстетических недостатков дважды были попытки изготовления пластмассовых зубочелюстных протезов, эффекта не наступило. Объективно: нарушение конфигурации лица за счет западения мягких тканей верхней губы (рис. 90 а, б). В проекции отсутствующих 11, 21, 22, 23, 24 зубов

определялся аркообразный дефект альвеолярного отростка и тела правой и левой верхнечелюстных костей. Слизистая оболочка, покрывающая костный изъяз, рубцово изменена. Коронки 15, 13, 12, 25, 34, 33, 32, 31, 41, 42 зубов покрыты штампованно-паяными металлическими протезами.

1. Предварительный диагноз.

2. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Состояние после резекции верхней челюсти, дефект альвеолярного отростка и тела правой и левой верхнечелюстных костей в проекции отсутствующих 11, 21, 22, 23, 24 зубов, атрофия альвеолярной части нижней челюсти.

2. Изготовление литых культевых вкладок, металлокерамических и цельнолитых металлических коронок на 15, 13, 26, 27, 34, 33, 32, 31, 41, 42 зубы, пустотелых верхне- и нижне-челюстных протезов.

Задание 30.

2. Больная Л., 56 лет, поступила в онкологический центр по поводу рака носовой перегородки, твердого неба IV. Из анамнеза: пять лет назад проведена ларингэктомия и курс γ -терапии по поводу рака гортани III А. Объективно: конфигурация лица не нарушена, передняя поверхность шеи рубцово изменена, в нижнем отделе – трахеостома. Открывание рта в полном объеме, не затруднено. Зубная формула: 18, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 36, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 48. Корни зубов нижней челюсти, а также 26, 28 зубов оголены на $\frac{1}{4}$ длины, патологической подвижности не определялось, реакция на перкуссию безболезненна. Дефекты зубных рядов частично восстановлены штампованно-паяными металлическими протезами с опорами на 26, 45, 48 зубы. На слизистой оболочке твердого неба в области срединного небного шва, в проекции вторых премоляров, выявлялся эллипсоидный дефект размером 3×7 мм, окруженный валикообразным воспалительным инфильтратом, слабоболлезненный при пальпации, сообщающийся с полостью носа, с наличием гнойно-геморрагического отделяемого с гнилостным запахом. При риноскопии наблюдалось смещение наружной стенки левого носового хода медиально, слизистая оболочка синюшного цвета, кровоточила.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Диагноз: тотальный пострезекционный дефект твердого неба, субтотальный дефект мягкого неба, состояние после ларингэктомии и лучевой терапии.

2. До оперативного вмешательства необходимо получить верхнечелюстной оттиск, изготовить гипсовую модель и защитную небную пластинку, которую надо будет зафиксировать в ротовой полости после удаления небных отростков верхнечелюстных костей и горизонтальных пластинок небных костей, резекции носовой перегородки, внутренних стенок правого и левого верхнечелюстных синусов, переднего отдела мягкого неба и тампонады изъязна. После оперативного вмешательства с помощью индивидуальной ложки необходимо получить функциональный оттиск изъязна, изготовить гипсовую модель и протез-обтуратор неба с клammerной фиксацией на 18, 15, 26, 28 зубах.

Задание 31.

Больной О., 32 года, обратился с жалобами на невозможность пережевывания пищи зубочелюстными протезами. Из анамнеза: 2 года назад получил огнестрельное ранение, в результате которого возникли дефекты верхней и нижней челюстей, тканей подбородочной, подподбородочной, правой щечной областей, верхней и нижней губы, носа. Двукратные попытки изготовления зубочелюстных протезов из акриловой пластмассы неэффективны. Объективно: нарушение конфигурации лица за счет

левосторонней рубцовой деформации и западения мягких тканей верхней и нижней губы, крыла носа, микростома (рис. 180 а, б). В проекции отсутствующих 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26 зубов дефект альвеолярного отростка и тела верхней челюсти, отсутствующих 38, 37, 36, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 46 зубов – альвеолярной части нижней челюсти. Слизистая оболочка полости рта рубцово изменена. Зубная формула: 17, 16, 15, 14, 13, 27, 28, 47.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Поясните механизм возникновения огнестрельного и неогнестрельного переломов.
3. Тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Огнестрельный верхнечелюстной дефект альвеолярных отростков в проекции отсутствующих 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26 зубов, альвеолярной части и тела нижней челюсти в проекции отсутствующих 38, 37, 36, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 46 зубов, частичная верхнечелюстная и нижнечелюстная адентия, микростома.
2. Механизм возникновения огнестрельного перелома отличается от такового неогнестрельного перелома. При неогнестрельном переломе преобладают сдавливающие силы, а при огнестрельном — дробление.
3. Изготовить верхний и нижний зубочелюстные протезы с кламмерной фиксацией.

Задание 32.

Больная Д, 57 лет, обратилась с жалобами на чувство давления и слабую боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) с двух сторон. Два года назад пациентка стала отмечать «скованность» и уменьшение объема движений нижней челюсти, появление в ВНЧС с двух сторон щелкания и хруста, которому не придавала серьезного значения. Спустя год, в области ВНЧС стала появляться боль, которая была «терпимой» в состоянии покоя нижней челюсти. При приеме жесткой пищи перенесенных заболеваний больная отмечает калькулезный холецистит, хронический колит, кистозную мастопатию. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы лица чистые. Температура тела в норме. Пальпация в области ВНЧС болезненная. В полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, движения нижней челюсти при открывании рта зигзагообразные, сопровождаются хрустом. Прикус с глубоким режцовым перекрытием, имеются концевые дефекты зубных рядов челюстей. Рентгенологическом исследовании ВНЧС с двух сторон уплотнение кортикальных замыкающих пластинок, склерозирование костной ткани в передне-верхних отделах суставных головок мышцелковых отростков нижней челюсти. Суставные щели сужены в

1. Поставьте диагноз и проведите обоснование.
2. Предложите возможные варианты лечения.

Эталон ответа:

1. Двухсторонний склерозирующий остеоартроз ВНЧС. Первопричиной развития остеоартроза ВНЧС, в данном случае, послужило наличие концевых дефектов зубных рядов. Частичная потеря зубов в боковых отделах приводит к снижению высоты прикуса. В результате длительных перегрузок на элементы сустава, возникает склероз кортикальных пластинок суставных головок мышцелковых отростков нижней челюсти.
2. Данная патология ВНЧС требует не только симптоматического лечения (обезболивание), челюстной диеты для разгрузки ВНЧС на первом этапе лечения. Показано проведение ортопедического лечения в скорейшие сроки: рациональное протезирование, нормализующее высоту прикуса. При прогрессировании артроза – хирургические методы лечения (артроскопические методики, открытые операции на ВНЧС).

Задание 33.

Больной В, 20 лет, обратился в клинику челюстно-лицевой хирургии с жалобами на ограничение открывания рта, которое возникло после ожога слизистой оболочки полости рта кислотой, около трех лет назад. Стоматолог не может провести санацию полости рта. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Температура тела в норме. Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы лица чистые. В полости рта: открывание рта ограничено до 1,0 см между передними зубами из-за множественных рубцов слизистой оболочки щечной области справа и слева. Рубцовые тяжи грубые, плотные, без воспалительных изменений. Гигиена полости рта плохая, много зубов поражено кариесом, катаральный гингивит. На рентгенограмме ВНЧС: патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз по представленным данным.
2. Наметьте план хирургического лечения и послеоперационного ведения.

Эталон ответа:

1. Рубцовая контрактура нижней челюсти 3 степени.
2. Контрактуры нижней челюсти такого происхождения устраняются путем рассечения рубцов со свободной пересадкой кожи (слизистой оболочки) или, при поверхностных и подвижных рубцах, возможна пластика местными тканями: встречными треугольными лоскутами по Лимбергу. В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия.

Задание 34.

Больной М, 25 лет, обратился с жалобами на невозможность открыть рот в течение нескольких лет. История заболевания. В раннем детстве больной перенес остеомиелит нижней челюсти справа, после чего постепенно развивалось ограничение открывания рта. Лечился механотерапией, физиотерапией с гидрокортизоном и лидазой. Было улучшение, однако, постепенно рот полностью закрылся. Питался жидкой пищей через дефект в зубном ряду. При осмотре отмечается нарушение конфигурации лица за счет деформации и уменьшения в размерах правой половины нижней челюсти. На коже поднижнечелюстной области справа имеется ряд втянутых рубцов. Средняя линия подбородка смещена вправо. Попытка открыть рот оказалась безрезультатной. Прикус перекрестный. Обследование движений суставных головок мышечковых отростков нижней челюсти через наружные слуховые проходы: отмечаются слева слабые движения, справа – движения отсутствуют.

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
2. Опишите характерную рентгенологическую картину костного анкилоза ВНЧС?
3. Наметьте план лечения.
4. Какая особенность послеоперационного лечения больных с анкилозом ВНЧС?

Эталон ответа:

1. Для уточнения диагноза анкилоза ВНЧС необходимо рентгенологическое обследование ВНЧС справа и слева, оптимально, компьютерная томография лицевого черепа. Линейное измерение размеров нижней челюсти справа и слева (ветвей, тела нижней челюсти).
2. При костном анкилозе ВНЧС при рентгенологическом исследовании отмечается Слияние в единый костный массив суставной головки мышечкового отростка нижней челюсти, суставной впадины и суставного бугорка височной кости, полулунная вырезка ветви нижней челюсти резко сужена, ветвь челюсти укорочена, угол челюсти деформирован в виде шпоры.
3. Хирургическое лечение: артропластика ортотопическим гомотрансплантатом нижней челюсти, суставной головкой мышечкового отростка вместе с ветвью нижней челюсти или эндопротезирование титанового ВНЧС, что позволяет одномоментно восстановить ВНЧС и удлинить ветвь нижней челюсти.

4. В послеоперационном периоде (через 1,0-1,5 месяца), рекомендуется механотерапия нижней челюсти в течение не менее одного года со дня операции.

Задание 35.

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.

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. Опишите клинико-рентгенологическую картину.
4. Методы лечения в данном случае?

Эталон ответа:

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного костный 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. 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.
4. 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.

Задание 36.

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.

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?

Эталон ответа:

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: консервативного лечения - активная механотерапия аппаратами типа Дарсисака, физиолечение с гидрокортизоном или лидазой, но эта попытка может быть малоэффективной. 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 А.Плотникову):

- хирургическое лечение анкилоза ВНЧС,
- консультация ортодонта,
- терапевтическое и хирургическое лечение зубов,
- ортодонтическое и (или) ортопедическое лечение.

4. Проводниковая анестезия внеротовым доступом или общее обезболивание.

Задание 37.

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).

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план хирургического лечения.
3. Назовите варианты пластики.
4. Методы послеоперационного ведения?

Эталон ответа:

1. Мукозогенная контрактура нижней челюсти.
2. Принцип хирургического вмешательства – рассечение рубцов с пластическим замещением образовавшегося дефекта.
3. Свободная пересадка кожи, пластика местными тканями.
4. В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия.

Задание 38.

У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени.

Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.

1. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?
2. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции?

Эталон ответа:

1. В данном случае для устранения дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.
2. Гранулирующую поверхность после ожогов III степени желательно закрывать как можно раньше.

Задание 39.

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в

области тела нижней челюсти справа. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

1. Составьте план лечения больного.

2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Эталон ответа:

1. План лечения: а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата; в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат; г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?

2. Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей. Адекватную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Задание 40.

Больная, 26 лет, обратилась в клинику с жалобами на деформацию нижнего отдела лица, затрудненное разжевывание пищи. В раннем детстве пациентка перенесла правосторонний отит и остеомиелит нижней челюсти справа. С 11 лет заметила искривление нижнего отдела лица справа. Лечилась у ортодонта. При осмотре отмечается уменьшение размера тела нижней челюсти справа, смещение подбородка на 2,0 см. вправо от средней линии и кзади. Прикус нарушен, перекрестный. Открывание рта свободное.

1. Укажите основной метод лечения.

Эталон ответа:

1. При правосторонней микрогении с нарушением прикуса (перекрестный прикус) используется основной метод хирургического лечения – правосторонняя остеотомия: ступенчатая остеотомия тела нижней челюсти справа, остеотомия ветви нижней челюсти справа со смещением челюсти вперед, удлинение тела нижней челюсти за счет костного (реберного) трансплантата.

Задание 41.

Больной 22 лет, обратилась с жалобами на косметический дефект вследствие деформации нижней половины лица, затруднения при откусывании пищи, нарушение речи. При обследовании выявляется выступание верхней челюсти вперед по отношению к нормально развитой нижней челюсти. Передняя группа зубов на верхней челюсти выступает вперед, режущие края которых касаются нижней губы. Верхняя губа укорочена и несколько вздернута вверх, губы не смыкаются. При разговоре произношение губных звуков затруднено.

1. О каком виде деформации челюсти идет речь?

2. Какие варианты оперативного лечения?

Эталон ответа:

1. На основании описанной клинической картины можно предположить верхнюю прогнатию.

2. Прежде чем приступить к операции по поводу устранения верхней прогнати необходимо установить границы вмешательства и воспроизвести перемещение отрезка челюсти на гипсовых моделях. В тех случаях, когда центральные и боковые резцы не удовлетворяют косметическим требованиям, сохранение этих зубов нецелесообразно, может быть предпринято удаление их с коррекцией альвеолярного отростка и замещением зубов мостовидным протезом. Если фронтальная группа зубов удовлетворяет косметическим требованиям, их сохраняют (депульпируют с последующим ломбированием каналов корней).

Лечение планируют по распространенным методам хирургического вмешательства, которые состоят в удалении 14, 24 или 15, 25, остеотомии альвеолярного отростка верхней челюсти в области перемещаемых зубов. Альвеолярный отросток верхней челюсти вместе с зубами перемещается кзади, устанавливается в желаемой артикуляции с зубами фронтальной группы нижней челюсти, накладываются фиксирующие резиновой тягой бимаксиллярные проволочные шины с зацепными петлями, которые удерживают челюсти в правильном положении.

Задание 42.

В отделение челюстно-лицевой хирургии поступил больной, у которого после автодорожного происшествия выявлен значительный дефект наружного носа. Пациенту выполнена тотальная ринопластика Филатовским стеблем по Хитрову.

1. Укажите этапы данной операции.

Эталон ответа:

1. Этапы тотальной ринопластики Филатовским стеблем по Хитрову:

- а) – формирование круглого кожно-жирового стебля на груди или животе;
- б) – пересадка одной ножки стебля на кисть или предплечье;
- в) – перенесение второй ножки стебля в область корня носа;
- г) - ринопластика (формирование носа).

Задание 43.

У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Верхняя граница дефекта начинается от границы волосистой части головы, боковые границы – в месте перехода лобной области в височные, нижняя граница – в области надбровья. Глубина дефекта на уровне подкожно-жировой клетчатки.

1. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?

2. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции?

Эталон ответа:

1. В данном случае для устранения дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или из внутренней поверхности плеча.

2. Гранулирующую поверхность после ожогов III степени желательно закрывать как можно раньше.

Задание 44.

Больной 32 лет обратилась в клинику с жалобами на деформацию нижнего отдела лица, затрудненное разжевывание пищи. В раннем детском возрасте пациентка перенесла правосторонний отит и остеомиелит нижней челюсти справа. С 11 лет заметил искривление нижнего отдела лица справа. Лечился у врача-стоматолога ортодонта. При осмотре отмечается уменьшение размера тела нижней челюсти справа, смещение подбородка на 2 см вправо от средней линии и кзади. Прикус нарушен, перекрестный. Открывание рта свободное.

1. Укажите основной метод лечения.

Эталон ответа:

1. При односторонней микрогении с нарушением прикуса (перекрестный прикус) используется основной метод хирургического лечения – односторонняя остеотомия: ступенчатая остеотомия тела нижней челюсти; косая остеотомия ветви нижней челюсти со смещением челюсти вперед; удлинение тела нижней челюсти за счет костного (реберного) трансплантата.

Задание 45.

Больная В., 70 лет, кипятила белье и получила ожог кипятком передне-боковой поверхности шеи. Возникла сильная боль в этой зоне, сознание не теряла. Вскоре на коже появились большие напряженные пузыри, содержащие жидкость желтого цвета и небольшие пузыри с серозным экссудатом. Вызвала бригаду скорой помощи и была доставлена в отделение комбустиологии в состоянии средней тяжести. Жалобы на сильные боли в зоне поражения. PS 92 уд. в 1 мин. АД 150/100 мм. рт. ст. При локальном осмотре: на передней брюшной стенке вышеперечисленные изменения, только часть больших пузырей лопнула, дно их красное, влажное, чувствительность при прикосновении снижена, видны устья потовых желез. В некоторых крупных пузырях желеобразное содержимое желтоватого цвета.

1. Назовите полный диагноз и степень поражения.
2. Определите площадь поражения.
3. Какими способами вы определите прогноз данной патологии?

Эталон ответа:

1. Термический ожог (кипятком) передне-боковой поверхности шеи справа II-III степени (I-II ст. по МКБ-10) S 9% п.т.
2. Используя правило «девятку» - площадь поражения – 9% от общей поверхности тела.
3. Правило «сотни» - 70 л + 9% = 79 прогноз относительно удовлетворительный (вероятность в устранении дефекта кожи минимален).

Задание 46.

Больной Ф., 48 лет находится в отделение реанимации в течение 6 суток после получения ожогов открытым пламенем грудной клетки, верхних конечностей и лица. Площадь глубоких ожогов составляет 20% поверхности тела, 10% поверхностных ожогов. Состояние больного тяжелое, вял, заторможен. Жалобы на тошноту, рвоту, жажду, боли в местах ожогов. PS 120 уд. в 1 мин. АД 120/70 мм. рт. ст. T-38 0C. Язык сухой. желтушность склер. Цианоз губ. В легких хрипов нет. Живот немного вздут. Стула не было в течение 3 суток. Отмечается полиурия.

1. Укажите полный диагноз и период заболевания.
2. Чем обусловлена тяжесть состояния больного?
3. Местное лечение.

Эталон ответа:

1. Термический ожог (пламенем) лица, грудной клетки, верхних конечностей III б – IV степени 20% поверхности тела, II – IIIа 10 % поверхности тела (III ст. по МКБ-10 S 30% п.т.). Ожоговая болезнь, период острой ожоговой токсемии.
2. Тяжесть состояния обусловлена выраженной интоксикацией за счет резорбции и быстрого распространения в организме токсических веществ из очагов поражения, с развитием токсического гепатита, токсического нефрита, токсического миокардита на фоне ацидоза, гипопротеинемии и отека головного мозга.
3. Поэтапная некрэктомия с первичной аутодермопластикой свободным перфорированным лоскутом. Наложение повязок с мазями на гидрофильной основе.

Задание 47.

В травмпункт обратилась молодая женщина. Накануне вечером получила ожог лица кипятком. При осмотре - на тыле левой кисти пузыри, заполненные серозной желтоватой жидкостью, кожа вокруг пузырей гиперемирована.

1. Ваш диагноз.
2. Лечебная тактика?
3. Какие виды кожной пластики вы планируете провести больной?

Эталон ответа:

1. Термический ожог (кипятком) лица II степени S 1% п.т.
3. Обработка поверхности жидким антисептиком, пузыри не вскрывают, наложение мазей на жировой основе с антисептиками или антибиотиками.
3. II степень ожога относится к поверхностным ожогам, эпителизация при этом самостоятельная и пластики не требует.

Задание 48.

Больная М., 55 лет во время приготовления пищи опрокинула на себя кастрюлю кипятка. Никаких действий не выполняла, сразу вызвала «скорую помощь» и была госпитализирована. Жалобы на жгучие боли в области ожога (передняя поверхность шеи). При осмотре: передняя поверхность шеи гиперемированы, отечны, на коже шеи множественные напряженные пузыри с серозным содержимым.

1. Ваш диагноз?
2. Следует ли вскрыть пузыри сразу?
3. Лечебная тактика. Прогноз заболевания.

Эталон ответа:

1. Термический ожог (кипятком) лица I-II степени S 6% п.т.
2. Нет.
3. Лечение консервативное: повязки с антисептиками, антибактериальная терапия, обезболивание. Прогноз благоприятный, II степень ожога относится к поверхностным ожогам, эпителизация при этом самостоятельная и пластики не требует. После отхождения отслоенного эпидермиса пузырей происходит его восстановление.

Задание 49.

Больной Г. доставлен через час после получения ожога пламенем. На всей щечной области имеется циркулярный струп желтоватого цвета, чувствительность отсутствует. На передней поверхности грудной клетки и передней брюшной стенки имеется сплошная гиперемия с множественными пузырями разного размера с желтым содержимым. Больной возбужден, не вполне адекватен. Пульс 96 в минуту, АД 110/80 мм. рт.ст.

1. Ваш диагноз?
2. Назовите состояние, в котором находится больной, фазу этого состояния. Прогноз.

Эталон ответа:

1. Термический ожог (пламенем) лица, верхних конечностей I-II-III степени S 31 % п.т.
3. Больной находится в состоянии ожогового шока в эректильной фазе. I-II степень ожога относится к поверхностным ожогам, эпителизация при этом самостоятельная и пластики не требует. В щечной области поэтапная некрэктомия с первичной аутодермопластикой свободным перфорированным лоскутом.

Задание 50.

Ребенок М. 5 лет доставлен в стационар после ожога горячей водой. Сразу после травмы кожа была смазана растительным маслом. При осмотре имеется гиперемия всей передней поверхности шеи с редкими пузырями с содержимым желтоватого цвета. Чувствительность полностью сохранена.

1. Укажите степень ожога
2. Оцените правильность оказания первой помощи.

3. Какой вид пластики можно применить в данном конкретном случае? Прогноз

Эталон ответа:

1. I-II степень.
2. Тактика оказания первой помощи не верна, нельзя смазывать раневую поверхность маслом. Необходимо остудить раны холодной водой 10-15 минут, наложить асептическую повязку, обезболить.
3. I-II степень ожога относится к поверхностным ожогам, эпителизация при этом самостоятельная и пластики не требует.

Вопросы для собеседования.

1. Биологические основы свободной пересадки кожи.

Эталон ответа:

В свободно пересаженном кожном аутотрансплантате происходят закономерные процессы перестройки, в которых можно выделить три периода:

- период адаптации, который длится двое суток. При этом имеет место бессосудистое питание аутотрансплантата, эпидермис и частично сосочковый слой дермы некротизируются.
- начало периода регенерации совпадает с началом реваскуляризации трансплантата, что отмечается уже с 3-го дня и продолжается до конца 2-го, а иногда и 3-го месяца. Период регенерации завершается восстановлением (в общих чертах) характерных для кожи структур. Наиболее активно процессы регенерации протекают между 5-ми и 10-ми сутками.
- период стабилизации аутотрансплантата начинается с 3-го месяца после пересадки и характеризуется медленно протекающими процессами совершенствования органных особенностей кожи, так как в результате трансплантационной регенерации еще не достигается полного восстановления всех ее органоспецифических структур.

2. Оперативно-технические правила трансплантации кожи в челюстно-лицевой хирургии.

Эталон ответа:

- проведение общеукрепляющего лечения больного в предоперационный период.
- тщательная подготовка раневой поверхности, на которую предполагают пересаживать кожу (иссечение рубцовой ткани, гемостаз и выравнивание поверхности без образования впадин и выступов).
- удаление с полнослойного аутодермотрансплантата подкожной жировой клетчатки, которая препятствует склеиванию кожи с раной и задерживает их срастание.
- трансплантаты кожи, пересаживаемые в полость рта, должны быть, как правило, тоньше, т. е. без соединительной ткани. Такие трансплантаты приживаются значительно быстрее и прочнее, если пересаживаемый кожный трансплантат впоследствии будет испытывать давление (например, протезом), необходимо, чтобы он был более толстым (расщепленным).
- пересаживаемый трансплантат кожи должен быть одной толщины, т. е. срезать его нужно в одном слое. Это важно для получения ровного оттенка кожного трансплантата после его приживления на лице.
- при пересадке кожи в полость рта, на нос или лоб следует учитывать возможность роста волос на ней. Нужно применять тонкие расщепленные или эпидермальные трансплантаты.
- при пересадке нескольких трансплантатов не следует оставлять между ними промежутков, так как после их приживления кожа приобретает мраморный вид.
- пересаженному кожному трансплантату необходимо обеспечить условия полного покоя на 10–12 суток с созданием адекватного (физиологического) давления на него.

3. Показания для проведения костной пластики в челюстно-лицевой хирургии.

Эталон ответа:

- дефект челюстной (чаще всего нижнечелюстной) кости с нарушением ее контуров или непрерывности.
- функционально значимые дефекты и деформации скуловых костей, костей носа, твердого неба.
- выраженная атрофия или дефекты альвеолярных отростков челюстей, которые не позволяют провести адекватное ортопедическое протезирование без предварительного хирургического увеличения их высоты (аугментация) и толщины.

4. Биологические основы свободной пересадки костной ткани.

Эталон ответа:

Приживление костного трансплантата происходит в результате процессов его ремоделирования и резорбции. Скорость и объем такой резорбции может зависеть от размера, качества, биомеханических свойств и надежности фиксации костного трансплантата к кости принимающего ложа. Пересаженный костный ауто трансплантат вызывает раздражение клеток тканей принимающего ложа, таким образом костный трансплантат адаптируется к новым условиям.

5. Оперативно-технические принципы и этапы костной пластики нижней челюсти с использованием ауто трансплантатов.

Эталон ответа:

Наиболее целесообразно выполнять операцию двумя бригадами хирургов (по 2–3 человека каждая). При этом одна бригада готовит принимающее ложе в зоне дефекта нижней челюсти, а вторая осуществляет забор трансплантата, после чего ушивает рану в области донорского участка.

6. Фиксация трансплантата.

Эталон ответа:

Благоприятный исход костно-пластической операции будет обеспечен правильной фиксацией в области принимающего ложа к концам дефекта челюсти. В настоящее время с этой целью применяется метод чрезочагового остеосинтеза системой минипластин из монолитного или композиционного титана, который обеспечивает стабильную жесткую фиксацию всей зоны трансплантации и костных фрагментов на длительный срок (по показаниям может применяться и внеочаговый аппаратный метод остеосинтеза). Дополнительно можно делать иммобилизацию зоны остеопластики назубными шинами с межчелюстной тягой (при наличии достаточного количества зубов на костных фрагментах челюсти), зубо-наддесневыми (шина Ванкевич) или наддесневыми шинами (шина Порты) при частичной или полной адентии челюстей.

7. Определение дефект и деформация.

Эталон ответа:

Дефект - отсутствие или потеря вещества тканей, а также той или иной функции, возникающее при самых разнообразных условиях. Дефект может представлять собой врожденное явление или приобретенные состояния, когда на почве дегенеративных, некробиотических, воспалительных процессов, травм возникает убыль вещества ткани. Деформация - нарушение формы части лица или какого-нибудь органа. Деформация может возникать от самых разнообразных причин и не содержит в себе никаких закономерностей, за исключением врожденных деформаций.

8. Специалисты, участвующие в диагностике и лечении дефектов и деформаций челюстно-лицевой области.

Эталон ответа:

- челюстно-лицевой хирург;
- нейрохирург;
- невролог;
- офтальмолог;
- оториноларинголог;
- анестезиолог;
- стоматолог – ортопед;
- специалист функциональной диагностики;
- рентгенолог.

9. Какова роль челюстно-лицевого хирурга в лечении больного с дефектом или деформацией?

Эталон ответа:

- ведение больного на всех этапах диагностики и лечения.
- сбор анамнеза и жалоб.
- детальное изучение анатомии костей черепа и механизма образования деформации или дефекта.
- планирование и проведение оперативного лечения.
- лечение больного в послеоперационном периоде

10. Противопоказания для проведения восстановительных и реконструктивных хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области:

Эталон ответа:

I группа - местные:

- наличие пиодермии, дерматитов, экземы, стоматитов.
- острые или обострение хронических гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области;
- регионарные лимфадениты.
- риниты, ларингиты, тонзиллиты и другие. воспалительные заболевания органов по соседству с областью операционного поля в острой фазе.

II группа – общие:

- острые или обострение хронических инфекционных заболеваний;
- расстройства желудочно-кишечного тракта.
- субфебрилитет.
- бщее недомогание.
- хронические заболевания паренхиматозных органов (сердца, печени, почек, легких, головного мозга, эндокринных органов) в стадии декомпенсации.
- менструации у женщин, беременность.
- заболевания крови (лейкоз, коагулопатия).
- психические нарушения.

11. Применение метода пластика лоскутами на питающих ножках в челюстно-лицевой хирургии.

Эталон ответа:

При наличии обширных и объемных дефектов и деформаций челюстно-лицевой области и шеи, устранить которые местными тканями не представляется возможным, а проведение свободной пересадки тканей – нецелесообразным.

12. Требования, предъявляемые к квалификации хирурга:

Эталон ответа:

1. Наличие сертификата челюстно-лицевого хирурга и опыт работы в профильном отделении не менее 5 лет.
2. Регулярная хирургическая нагрузка в операциях по устранению дефектов и деформаций челюстно-лицевой области.
3. Участие в отечественных и международных научно-практических конференциях посвященных лечению врожденных и приобретенных дефектов челюстно-лицевой области.
4. Плановое непрерывное медицинское образование, прохождение курсов повышения квалификации.
5. Способность работать в команде со специалистами (стоматолога, ортопеда, оториноларинголога, невролога, психолога) и сотрудничество с другими службами (социальной службой, страховой компанией).

13. При замещении обширных дефектов лица, требующих значительного количества пластического материала, для образования стебля наиболее удобна боковая поверхность живота, внутренней поверхности плеча или предплечья. Из каких мест не следует формировать стебель и почему?

Эталон ответа:

В этих местах имеются большие запасы кожи и подкожной клетчатки. При сильно выраженном волосяном покрове на коже живота и потребности в стебле больших размеров его можно образовать на боковой поверхности груди параллельно ребрам. Небольшой стебель можно сформировать на внутренней поверхности плеча или предплечья. Не следует формировать стебельчатые лоскуты в области суставов, так как образующиеся рубцы в дальнейшем могут значительно ограничить подвижность конечности. Стебель со спины не получил широкого применения из-за трудности перемещения к месту дефекта и положения в послеоперационном периоде, неудобного для больного.

14. От чего зависит длина и толщина Филатовского стебля?

Эталон ответа:

Длина стебля может колебаться очень значительно: от 1 до 40 см. Она находится в тесной зависимости от задач, стоящих перед хирургом. При определении длины стебля надо учитывать не только размер заменяемой им поверхности, но и расстояние между ножкой стебля и этой раневой поверхностью. При учете длины стебля не следует забывать, что чем больше этапов пройдет стебель до момента подшивания к краям дефекта, тем больше он сократится за счет рубцевания и поворотов направления. В среднем на каждый этап надо считать лишних 3-5 см. Толщина стебля зависит от нескольких условий. Если подкожно-жировая клетчатка выражена слабо, то следует брать ее с поверхностной фасцией, если она развита хорошо, то ее не следует брать во всю толщину. Здесь приходится руководствоваться и шириной ленты для стебля. При узкой ленте берут жира мало, при широкой больше. Должно быть соблюдено одно правило при сшивании ленты, она должна содержать столько жира, чтобы стебель получился мягкий, но не настолько, чтобы в нем ощущалась пустота.

15. Биологические свойства стебля. Основное преимущество стебля, с которым пока не может сравниться никакой другой метод использования кожи для восстановительных операций.

Эталон ответа:

Заключается в его жизнеспособности, обусловленной биологическими особенностями стебля. Выкроенный стебель получает питание от материнской почвы через две ножки. Падение кровяного давления, вследствие перерезки сосудов в выкроенной для стебля ленте, почти немедленно устраняется, так как пострадавшие капилляры при зашивании

ленты заключаются в кожный футляр и изолируется от внешнего мира. Излившаяся кровь, заполняя междольчатые просветы подкожно-жировой клетчатки, способствует повышению кровяного давления в сосудах, стимулирует регенеративные процессы, а также более быстрый рост новых сосудов. Полностью утраченная чувствительность через 4-6 недель начинает постепенно восстанавливаться и заканчивается к 1-3 годам в зависимости от длины, толщины, гладкости заживления и от числа миграций стебля. Первой восстанавливается болевая чувствительность, затем тактильная, и, наконец, температурная.

16. Местное лечение термического ожога (пламенем) лица, грудной клетки III б – IV степени перед пластикой свободным перфорированным лоскутом.

Эталон ответа:

Поэтапная некрэктомия с первичной аутодермопластикой свободным перфорированным лоскутом. Наложение повязок с мазями на гидрофильной основе.

17. Пластика встречными треугольными лоскутами.

Эталон ответа:

От концов стягивающего рубца в противоположные стороны проводят параллельные разрезы. После рассечения рубца образуются два встречных треугольных лоскута, которые мобилизуют и перемещают один над другим, заполняя дефект, образующийся вследствие растяжения рубца.

18. Пластика лоскутом на ножке.

Эталон ответа:

Выкраивание лоскута, подходящего по величине и форме, из тканей вблизи дефекта. Ножка лоскута может быть короткой или более длинной, причем лоскут на длинной ножке может переноситься на дефект над участком неповрежденной кожи. При переносе лоскута на дефект ножка его может перегибаться, но при этом не должны сдавливаться проходящие в ней сосуды. Раны на месте взятия лоскута ушивают.

19. Пластика кожными лоскутами различной формы.

Эталон ответа:

Эти лоскуты имеют широкое основание, через которое в них проходят кровеносные сосуды и нервы. На своих основаниях лоскуты перемещаются, скользят без перегиба по обнаженной поверхности дефекта. При дефектах, близких по форме к четырехугольнику, на противоположных сторонах могут быть нанесены перпендикулярные разрезы: четырехугольные лоскуты на широких основаниях с одной или двух сторон отслаиваются и сдвигаются на дефект.

20. Пластика свободным кожным лоскутом.

Эталон ответа:

При поверхностных дефектах кожи без повреждения подлежащих тканей с успехом производят пересадку полнослойного или „расщепленного“ свободного лоскута кожи. Последний берется на 2/3 толщины кожи и в отличие от тонких эпидермальных лоскутов по Тиршу хорошо приживается, не сморщивается. На 2 - 4-й день в „расщепленном“ лоскуте, помещенном на дефект, восстанавливается кровоснабжение.

21. Дайте определение восстановительной хирургии челюстно-лицевой области.

Эталон ответа:

Это раздел клинической медицины, целью которой, является частичное или полное восстановление поврежденных или утраченных в результате заболевания, травмы, порока развития или возрастных изменений форм, функций или одновременно формы и функции тканей и органов человека. Цель: эстетика + функция. При дефектах от травм восстановительные операции показаны во всех фазах раневого процесса (первичные операции). Операции, проводимые спустя 6-8 мес – это вторичные восстановительные операции.

22. Показания к применению способа местной пластики челюстно-лицевой области.

Эталон ответа: Необходимость устранения малых или относительно небольших по размеру дефектов и деформаций мягких тканей лица и шеи. С этой целью можно использовать ткани, непосредственно прилежащие к области дефекта или деформации.

23. Отличительная особенность проведения местно-пластических операций.

Эталон ответа:

Массив мягких тканей, используемый в качестве пластического материала, обязательно имеет общую границу непосредственного соприкосновения с каким-либо участком (пусть даже и небольшой протяженности) контура устраняемого дефекта или деформации.

24. Оперативно-технические принципы, которые имеет существенное значение для достижения хороших функционально-эстетических результатов пластики.

Эталон ответа:

1. Строгое соблюдение правил асептики и антисептики на всех этапах хирургического вмешательства.
2. Адекватное обезболивание и применение по показаниям метода гидропрепарирования тканей в зоне оперативного вмешательства.
3. Тщательный гемостаз в ходе операции с адекватным восполнением массивных кровопотерь в организме пациента.
4. Бережное отношение к сшиваемым, перемещаемым тканям, а также к тканям воспринимающего ложа.
5. Равномерное и послойное сближение тканей.
6. Соприкосновение краев перемещаемых тканей без значительного натяжения (идеально в состоянии реинформации, т. е. физиологического натяжения) во избежание нарушения в них крово- и лимфообращения.
7. Завязывание узлов шовного материала в мягких тканях без применения чрезмерной силы во избежание нежелательного сдавления тканей лигатурой.

25. Недостатки пластики местными тканями.

Эталон ответа:

Необходимость проведения дополнительных разрезов в области дефекта или деформации (наряду с ограниченностью достаточного запаса самого пластического материала), что обуславливает формирование дополнительных послеоперационных рубцов. Поэтому для улучшения эстетического результата местно-пластических операций проводят разрезы таким образом, чтобы направление перемещения и натяжения тканей совпадало с линиями максимального растяжения кожи. В результате этого послеоперационная рана и в дальнейшем рубец будут находиться по ходу естественных складок кожи лица и шеи.

1. КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках

подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.
---	--	--	--

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и	логичность и последовательность ответа

	глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления

хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует