

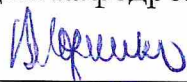
МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт  
Кафедра «Хирургические болезни»

Утверждено на заседании кафедры  
«Хирургические болезни»  
«31» января 2023г., протокол № 6

Заведующий кафедрой

 В.А. Марийко

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**  
**по проведению практических (семинарских) занятий**  
**«Стоматология»**

**основной профессиональной образовательной программы**  
**высшего образования – программы специалитета**

по специальности  
**31.05.01 Лечебное дело**

с направленностью (профилем)  
**Лечебное дело**

Форма обучения: *очная*

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-23

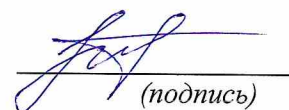
Тула 2023 год

## Разработчик(и) методических указаний

Богомолова Е.А., к.м.н., доцент кафедры

  
(подпись)

Навоян С.Е., ассистент кафедры ХБ

  
(подпись)

## СОДЕРЖАНИЕ

Занятие № 1 .....	4
Занятие № 2 .....	6
Занятие № 3 .....	12
Занятие № 4 .....	14
Занятие № 5 .....	18
Элементы практической деятельности (умения), подлежащие освоению при прохождении курса стоматологии.....	21
Список литературы .....	22
Клинические нормы лабораторных показателей.....	23

## **Занятие № 1.**

### ***Методы обследования стоматологических больных. Обезболивание в стоматологии. Операция удаления зуба, остановка кровотечения, оказание неотложной помощи. Заболевания слизистой полости рта и тканей пародонта***

#### ***1. Мотивация:***

Стоматология – самостоятельная клиническая дисциплина, изучающая повреждения зубов, органов полости рта, лица, шеи, костей лицевого скелета, а так же воспалительные заболевания и аномалии развития. Стоматология тесно связана с другими разделами медицины: терапией, хирургией, педиатрией, оториноларингологией, нейрохирургией, косметологией, психологией.

Задачей стоматологии является изучение этиологии, патогенеза, патоморфологии, клиники и лечения различных заболеваний, травм и врождённой патологии черепно-челюстно-лицевой области.

Важную роль играет обследование стоматологического больного, которое состоит из тщательного сбора анамнеза, внимательного осмотра, установления предоперационного диагноза.

#### ***2. Цель занятия:***

Уметь правильно собрать анамнез, провести обследование стоматологического больного, поставить предварительный диагноз. Овладеть навыками обезболивания и удаления зуба. Уметь бороться с осложнениями. Студенты знакомятся со спецификой курации стоматологических больных.

#### ***3. План проведения занятия.***

1. Освещение цели занятия.
2. Контроль подготовки студентов (включая тестовый контроль).
3. Курация больных.
4. Знакомство с методами проведения обезболивания в стоматологии.
5. Осмотр совместно с преподавателем больных, страдающих различными заболеваниями слизистой полости рта и тканей пародонта.

#### ***4. Содержание занятия***

Студенты получают навыки осмотра стоматологического больного.

Обследование челюстно-лицевой области состоит из осмотра, ощупывания, зондирования, пункции, рентгенографии, томографии, биопсии и т.д.

Приступая к обследованию стоматологического больного, необходимо иметь в лоточке набор стерильных инструментов:

- 1) шпатель (для отведения языка при обследовании корня его и глотки, внутренней поверхности десны нижней челюсти, дна полости рта);

- 2) стоматологическое зеркало (для осмотра зубов и неба);
- 3) стоматологический или анатомический пинцет (для определения степени подвижности зубов);
- 4) зубной зонд — угловой или штыковидный (для зондирования дефектов зубов и определения глубины зубо-десневых карманов); ручкой зонда производят перкуссию зубов;
- 5) тонкий зонд Баумана (из офтальмологического набора) для зондирования протоков слюнных желез;
- 6) пуговчатый зонд для зондирования наружных и внутриротовых одонтогенных свищевых ходов, свища гайморовой пазухи, дефектов неба.

Хорошо также иметь лобный рефлектор для осмотра больных в приемном отделении.

После окончания опроса и осмотра челюстно-лицевой области можно приступить к пальпации лица и шеи, а затем к осмотру и пальпации полости рта, перкуссии зубов и другим диагностическим приемам.

Студентам, приступая к исследованию полости рта, нужно позаботиться о том, чтобы было правильное освещение и имелись необходимые инструменты. При недостаточно полном раскрытии рта, а также при осмотре заднего отдела полости рта рекомендуется пользоваться стоматологическим зеркалом с вмонтированной в него электрической лампочкой либо прибегнуть к лобному рефлектору. Осматривая полость рта, следует обратить внимание на окраску (гиперемия, анемия, цианоз, пигментация), блеск (афты, лейкоплакические очаги) и целостность (язвы, эрозии, трещины, дефекты, рубцовые стяжения) слизистой оболочки; исследовать состояние переходных складок (глубина, наличие естественных складок, рубцовых перетяжек); обратить внимание на состояние мягких тканей за седьмыми зубами (перикоронарит) и выяснить, насколько завершился процесс прорезывания зубов мудрости; внимательно обследовать зубы и зубо-десневые карманы при помощи зубного зонда; выяснить, нет ли сверхкомплектных или аномалийно расположенных зубов; записать зубную формулу. Студент должен обратить внимание на характер смыкания зубов (нормогнатия, прогения, прогнатия, микрогения и т.д.).

При проведении операции удаления зуба студент должен четко соблюдать все этапы удаления во избежание осложнений.

При диагностике заболеваний пародонта студент должен уметь читать рентгенограммы с целью правильной постановки диагноза и проведения адекватного лечения.

## *5. Практические навыки.*

Студент должен:

1. Знать методы обследования (внешний осмотр, внутри ротовой метод) стоматологических больных.
2. Знать стоматологический инструментарий для проведения осмотра полости рта.

3. Уметь проводить обезболивание на верхней и нижней челюсти при проведении операции удаление зуба.
4. Знать способы остановки кровотечения при сложном удалении зубов.
5. Уметь применять щипцы для операции удаления зубов на верхней и нижней челюсти.
6. Уметь читать различные рентгенограммы (внутри ротовые, обзорные, прицельные в различных проекциях).
7. Уметь ушить кровоточащую лунку после сложного удаления зуба.
8. Знать способы профилактики альвеолита.

#### *6. Контрольные вопросы*

1. Какие стоматологические инструменты применяют при первичном осмотре полости рта?
2. Какие современные антистетики применяют при обезболивании в стоматологии?
3. Для чего применяется элеватор?
4. Когда применяется кюретаж лунки?
5. Как проводится мандибулярная анестезия?
5. Какая группа зубов обезболивается при резцовой анестезии?
6. Назовите этапы удаления зуба?
7. Какие осложнения могут возникнуть при проведении анестезии?
8. Как проводится инфильтрационная анестезия?
9. С какой целью применяется аппликационная анестезия?
10. Как проводится бимануальная пальпация лимфатических узлов?
11. На что обращают внимание при внешнем осмотре пациента?
12. Какие формы периодонтита вы знаете?
13. Как проводится остановка кровотечения при стоматологических манипуляциях?
14. Какое лечение проводится при обострении хронического периодонтита?
15. Какие особенности курации стоматологических больных?
16. Способы лечения хронического периодонтита?
17. Какие осложнения могут возникнуть при удалении третьих моляров?
18. Что такое перекоронарит?
19. Как проводится удаление корней зубов с помощью бормашины?

## **Занятие № 2**

***Врождённые и приобретённые дефекты челюстно-лицевой области (расщелина верхней губы, неба, лица). Краниосиностозы. Травматология. Неогнестрельные и огнестрельные переломы костей кранио-фациальной области. Способы лечения. Осложнения.***

### *1. Мотивация.*

Одним из самых распространенных уродств у человека, составляющих около 30 % всех врожденных аномалий, является расщелина верхней губы и неба. Причины, обуславливающие уродства, изучались еще в далекие времена, однако до настоящего времени вопрос об этиологии расщелин лица и неба полностью не разрешен. Широкое распространение имела теория происхождения расщелин губы и неба в результате наследственных факторов.

Травматизм – постоянный спутник человечества. С каждым годом травма утяжеляется, наиболее часто встречается сочетанная травма.

Травмы челюстно-лицевой области делятся на механические, комбинированные радиационные поражения лица и тканей полости рта, сочетанные, термические ожоги, электроожоги, химические ожоги, отморожения.

Травматические повреждения челюстно-лицевой области подразделяются на: вывихи и переломы зубов; переломы альвеолярного отростка; переломы верхней челюсти; переломы нижней челюсти; переломы скуловой кости и дуги; переломы костей носа; повреждения мягких тканей лица; вывихи нижней челюсти.

### *2. Цель занятия.*

Уметь разбираться в сущности пороков развития черепа, распознавать врожденные расщелины лица и неба, клинические формы краниосиностозов, определять тактику лечебной помощи.

Уметь диагностировать переломы челюстно-лицевой области, оказывать первую помощь, проводить профилактику осложнений травмы.

### *3. План проведения занятия.*

1. Освещение цели занятия.
2. Контроль подготовки студентов (включая тестовый контроль).
3. Знакомство с техникой операций при закрытии врождённых дефектов.

### *4. Содержание занятия*

С давних пор в происхождении расщелины лица и неба отводится значительная роль воздействию внешних факторов. Так, например, В.И.Гедройц (1929) утверждала, что среди детей, рожденных в годы русско-японской войны, первой мировой войны, пороки развития встречались значительно чаще, чем в мирное время. Причинами уродств могут быть болезнь матери во время беременности (инфекционное заболевание, заболевание матки, искусственные или самопроизвольные выкидыши), психическая травма, нарушение питания. Эрдели (1957), Вильфор (1957)

связывают возникновение расщелин губы и неба с наличием токсоплазмоза, перенесенного из крови беременной в кровь плода, алкоголизмом и др. Врожденная расщелина лица и неба довольно многообразны.

### ***Расщелина губы***

Наиболее часто встречается врожденная расщелина верхней губы. Расщелина нижней губы встречается очень редко и обычно расположена по средней линии. В редких случаях наблюдается врожденная расщелина обеих губ.

### ***Расщелины неба***

Расщелина неба является одним из тяжелых видов врожденных уродств, характеризующихся наличием широкого сообщения между носовой и ротовой полостями, что приводит к нарушению дыхания, питания и речи. Принято различать неполные и полные расщелины неба.

Врожденная расщелина лица представляет собой тяжелый порок развития, влекущий за собой серьезные последствия. С момента рождения ребенка ярко выражены нарушения функции губы и неба – сосание, глотание, а впоследствии жевание, что в свою очередь ведет к отклонению в развитии ребенка и иногда, при аспирации содержимого полости рта, к смертельному исходу в первые недели жизни. При расщелине неба нарушается правильное звукообразование, с возрастом выявляется дефект речи: речь становится невнятной, с носовым оттенком звуков.

Следует учитывать, что при оперативных вмешательствах по поводу расщелины губы и неба устраняется не только анатомический дефект. Большое значение при этом имеет восстановление физиологических и функциональных особенностей. Поэтому всех больных с врожденными дефектами губы и неба оперируют.

В настоящее время сроки хирургического вмешательства при расщелине неба определяют индивидуально в зависимости от вида расщелины, наличия сопутствующих заболеваний.

Операция закрытия расщелины твердого и мягкого неба - радикальная уранопластика.

Основой современного метода операции при врожденной расщелине неба является уранопластика Лангенбека.

Для представления о характере и объеме вмешательства приводит основные этапы этой операции:

- 1) освежение слизистой оболочки краев расщелины;
- 2) разрезы по Диффенбаху – Лангенбеку;
- 3) разрезы для ретротранспозиции по Львову;
- 4) отслойка слизисто-надкостничных лоскутов твердого неба;
- 5) рассечение носовой слизистой оболочки по заднему краю твердого неба;



6) резекция кольца небного отверстия и выведение сосудисто-нервного пучка слизистой оболочки твердого неба;

7) разрез крыловидно-челюстной складки для мезофарингоконстрикции и отслойка боковой стенки мезофаринкса;

8) интерламинарная остеотомия (надлом крыловидных отростков);

9) сближение краев слизистой оболочки твердого и мягкого неба;

10) ушивание слизистой оболочки (сначала обращенной к полости носа, затем со стороны полости рта).

В настоящее время при очень больших расщелинах в случае невозможности закрыть дефект местными тканями прибегают к операции с использованием филатовского стебля. Следующим этапом после операции должна быть постановка правильного произношения звука. Поэтому через 5-6 недель после операции следует начинать занятия с логопедом.

Схематическое изложение этапов операции объясняется тем, что больные с врожденными расщелинами лечатся в основном в стоматологических или специальных стационарах. В то же время врач любой специальности должен знать объем оперативных вмешательств для определения показаний и противопоказаний к ним по состоянию здоровья ребенка. Проведение указанных вмешательств требует большого хирургического опыта, высокой оперативной техники, инструментальной оснащенности.

### ***КРАНИОСИНОСТОЗЫ***

Краниосиностозом называется преждевременное зарастание одного или нескольких швов черепа, приводящее к формированию характерной деформации

Краниостенозом называется неспецифическое повреждение головного мозга, возникающее вследствие недостаточного расширения полости черепа в период наиболее активного роста мозга

#### ***Классификация краниосиностозов***

Скафоцефалия – (ладьевидный череп) голова резко вытянута в продольном направлении, лицо узкое овальное.

Тригоноцефалия – характерен гипотеллоризм, череп треугольной формы с вершиной в области надпереносья

Плагоцефалия – (асимметричная деформация) характерно одностороннее косоглазие, ипсилатеральное уплощение скуловой области, искривление носа, уплощение верхнеорбитального края орбиты и лобной кости на стороне поражения

Брахицефалия – уплощение черепа в передне-заднем направлении с плоским высоким лбом. *Акроцефалия* – башенная форма черепа, заостренная кверху

Моносиностоз – преждевременное закрытие одного из швов черепа.

Полисиностоз – преждевременное закрытие двух и более швов.

Пансиностоз – синостозирование всех черепных швов.

Изолированный краниосиностоз преждевременное синостозирование не сопровождающееся другими пороками развития.

Синдромальные краниосиностозы – синостозирование одного шва или отдельной группы черепных швов, приводящих к характерной деформации лица и черепа, носящих генетический характер.

Скафоцефалия - синостоз сагиттального шва.

Брахицефалия - синостоз всего коронарного шва.

Пластицефалия - синостоз половины коронарного шва.

Тригоноцефалия - синостоз метопического шва.

При переломах альвеолярного отростка преимущественно поражается передний отдел. Переломы нижней челюсти бывают односторонними, двусторонними, одиночными, двойными, множественными.

Механизм перелома нижней челюсти включает в себя механизм сдвига, сжатия и отрыва.

Локализация переломов нижней челюсти: перелом нижней челюсти в подбородочном отделе; одиночный перелом бокового отдела тела нижней челюсти; одиночный перелом нижней челюсти в области угла; двусторонний перелом нижней челюсти в боковом её отделе; одиночные переломы ветви нижней челюсти; перелом венечного отростка<sup>4</sup> перелом мышечкового отростка.

Студенты изучают теоретические основы клиники и лечения переломов.

Переломы верхней челюсти всегда открытые, так как проходят в области носа и его придаточных пазух, подразделяются на три типа: Ле Фор I; II; III – (нижний, средний, верхний).

Далее студенты изучают основные средства лечения отломков челюстей является иммобилизация, которая может быть временной (транспортной) и постоянной (лечебной).

При лечении переломов применяют консервативные (ортопедические) и оперативные методы иммобилизации (остеосинтез).

Как правило, причинами переломов скуловой кости и дуги являются бытовая, спортивная, транспортная и производственная травмы. Перелом до 10 суток считают свежим; 11-30 суток – застарелым; свыше 30 суток – неправильно сросшимся или несросшимся.

Кости носа чаще ломаются при боковом ударе.

Переломы костей носа могут сопровождаться сотрясением головного мозга.

Оказание помощи заключается в остановке кровотечения (передняя или задняя тампонада носа) и репозиция отломков.

Выделяют:

1. Изолированные повреждения мягких тканей лица (без нарушения целостности кожных покровов или слизистой оболочки полости рта – ушибы, с

нарушением целостности кожных покровов или слизистой оболочки полости рта – ссадины, раны);

2. Сочетанные повреждения мягких тканей лица и костей лицевого черепа (без нарушения целостности кожных покровов или слизистой оболочки полости рта, с нарушением целостности кожных покровов или слизистой оболочки полости рта).

Основное лечение – первичная хирургическая обработка ран. При оказании помощи через 72 часа после получения травмы производят позднюю первичную хирургическую обработку.

Травма челюстно-лицевой области сопровождается *непосредственными* осложнениями, возникающими в момент травмы; *ранними* (в период транспортировки или в момент оказания специализированной помощи); *поздними* (в процессе лечения).

В раннем посттравматическом периоде возникают ранние осложнения: острая дыхательная недостаточность, асфиксия, кровотечение, шок, коллапс.

#### 5. Практические навыки.

1. Знать методы обследования (внешний осмотр, внутри ротовой метод) детей с врождённой патологией челюстно-лицевой области.

2. Знать стоматологический инструментарий для проведения осмотра полости рта.

3. Знать клинические признаки краниостозов, уметь проводить диффдиагноз с другими заболеваниями.

4. Уметь читать различные рентгенограммы (внутри ротовые, обзорные, прицельные, компьютерные)

5. Владеть техникой иммобилизации различных переломов челюстно-лицевой области.

6. Уметь ухаживать за дренажами.

7. Владеть техникой внутрикожной пробы перед введением антибиотиков.

8. Владеть техникой и оценивать внутрикожную пробу перед введением антибиотиков.

9. Уметь читать рентгенограммы.

10. Уметь диагностировать различные виды переломов.

11. Уметь проводить репозицию костных отломков при переломе костей носа, скуловой кости и дуги.

12. Уметь вскрывать и дренировать абсцессы и флегмоны.

13. Уметь назначать адекватное лечение при воспалительных процессах.

#### 6. Контрольные вопросы.

1. Какие стоматологические инструменты применяют при первичном осмотре полости рта у детей с врождённой патологией челюстно-лицевой области?

2. Какие осложнения могут возникнуть при проведении обезболивания у детей?
3. Какие признаки на компьютерной рентгенограмме дают основание поставить диагноз краниостоз?
4. В каком возрасте проводится операция по поводу врождённой расщелины верхней губы?
5. В каком возрасте проводится операция по поводу врождённой расщелины нёба?
6. К какому возрасту должны быть проведены оперативные вмешательства при пластике носа?
7. Какие специалисты принимают участие в социальной адаптации детей, имеющих врождённую расщелину (верхней губы, лица, нёба)?
8. Назовите типичные места переломов в области нижней челюсти?
9. Назовите границы Ле Фор I II III?
10. Как проводится репозиция отломков при переломе костей носа?
11. Причина развития ложного сустава?
12. В каких случаях применяется остеосинтез?
13. Как накладываются бимаксиллярные шины с зацепными петлями?
14. Для чего нужна резиновая тяга?
15. Основные способы лечения остеомиелита челюстей?
16. Опишите рентгенологическую картину наличия секвестров при остеомиелите челюстей?

### **Занятие № 3**

#### ***Воспалительные процессы челюстно-лицевой области и шеи, и их осложнения.***

##### *1. Мотивация:*

Среди одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области наиболее часто встречаются острый и хронический периодонтит; обострение хронического периодонтита; острый гнойный периостит челюстей; острый остеомиелит челюстей; абсцесс; флегмона, лимфаденит.

##### *2. Цель занятия*

Уметь диагностировать воспалительные процессы челюстно-лицевой области, правильно оказывать медицинскую помощь, профилактировать осложнения.

##### *3. План проведения занятия:*

1. Разбор клинических случаев различных воспалительных заболеваний.
2. Чтение рентгенограмм.
3. Изучение методов борьбы с осложнениями.

Периодонтит – воспаление тканей, расположенных в периостальной щели. Может быть инфекционным, травматическим, медикаментозным.

Лечение острого периодонтита консервативное, медикаментозное, ортопедическое.

Лечение хронического периодонтита: реплантация зуба; трансплантация зуба; аллотрансплантация; резекция верхушки корня зуба; гемисекция и ампутация корня.

Острый гнойный периостит – это острое гнойное воспаление надкостницы альвеолярного отростка или тела челюсти.

Лечение комплексное: оперативное вскрытие гнойника и консервативная лекарственная терапия.

Профилактика – санация полости рта и лечение хронических одонтогенных очагов инфекции.

Одонтогенный остеомиелит челюсти – инфекционный гнойно-некротический воспалительный процесс в костной ткани челюстей. Чаще страдают мужчины в возрасте от 20 до 40 лет.

Различают: острую стадию остеомиелита челюстей; подострую стадию и хроническую стадию.

Лечение в острой стадии комплексное: хирургическая обработка гнойных очагов в кости, противовоспалительная, дезинтоксикационная, симптоматическая терапия.

Лечение в подострой стадии остеомиелита зависит от достигнутого эффекта предыдущей терапии. Проводят иммуномодулирующую, общеукрепляющую, физиотерапию.

Лечение хронического остеомиелита зависит от местных и общих симптомов заболевания и проведённого лечения. При наличии секвестров проводят их удалении внутри- или внеротовым хирургическим доступом.

Абсцесс представляет собой ограниченное гнойное воспаление клетчатки с образованием полости.

Флегмона является острым воспалением подкожной, межмышечной и межфасциальной клетчатки.

Лечение комплексное. Основной метод лечения абсцесса и флегмоны хирургический. После вскрытия гнойника и адекватного дренирования показано физиотерапевтическое лечение, антибиотикотерапия с учётом чувствительности микро флоры, ферментотерапия.

Лимфангит – воспаление лимфатических сосудов. Может быть острым (сетчатый или ретикулярный; транкулярный или стволовой лимфангит) и хроническим.

Лимфаденит – воспаление лимфатического узла. Может протекать в острой форме (острый серозный, острый гнойный лимфаденит) и хронической форме (хронический гиперпластический и хронический обострившийся (гнойный)).

Аденофлегмона – гнойное воспаление лимфатического узла и прилежащей к нему клетчатки.

Лечение – удаление причинного зуба, борьба с инфекцией.  
Профилактика – санация полости рта и ЛОР-органов.

#### *5. Практические навыки.*

*Студент должен:*

1. Владеть техникой вскрытия и дренирования абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области.
2. Уметь ухаживать за дренажами.
3. Владеть техникой внутрикожной пробы перед введением антибиотиков.
4. Уметь читать рентгенограммы.
5. Уметь диагностировать различные виды воспаления.
6. Уметь назначать адекватное лечение при воспалительных процессах.

#### *6. Контрольные вопросы:*

1. Основные способы лечения остеомиелита челюстей?
2. Клиническая картина актиномикоза челюстно-лицевой области.  
Опишите рентгенологическую картину наличия секвестров при остеомиелите челюстей?
3. Особенности хирургического лечения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области?
4. В чём заключается профилактика воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области?
5. Клиническая картина актиномикоза челюстно-лицевой области.

### **Занятие № 4**

#### ***Доброкачественные и злокачественные образования челюстно-лицевой области и шеи***

##### *1. Мотивация*

В статистике заболеваемости и смертности онкологические заболевания в последние годы заняли ведущее место. Поэтому интерес к изучению опухолей челюстно-лицевой области неизменно растет.

Анатомо-топографические особенности челюстно-лицевой области обуславливают быстрое распространение опухолевого процесса на соседние области. Хирургическое лечение как единственное радикальное вмешательство при данной патологии, особенно при расширенных операциях, приводит к тяжелым нарушениям актов жевания, глотания, речи, дыхания и к обезображиванию лица.

По данным различных авторов, поражение раком и саркомой челюстно-лицевой области составляет в среднем 20 % общего числа злокачественных новообразований человека, не считая рака кожи, который составляет около 90 % всех злокачественных поражений кожных покровов.

Наиболее часто злокачественные опухоли возникают на слизистой оболочке губ, неба, языка, щеки, альвеолярного отростка, т.е. на ткани, выстилающей внутреннюю поверхность ротовой области.

В связи с этим следует отметить, что слизистая оболочка полости рта постоянно подвергается различным по характеру воздействиям: механическим, химическим, термическим и др.

Указанные факторы могут обуславливать высокую частоту раковых поражений слизистой оболочки полости рта и предопределять возможность злокачественного перерождения доброкачественных опухолей этой области. Это обстоятельство определяет врачебную тактику в отношении доброкачественных новообразований полости рта, заключающуюся в расширении показаний к их оперативному лечению.

## *2. Цель занятия*

Ознакомиться с диагностикой, классификацией новообразований, клиническими проявлениями, принципами онкологической настороженности, лечением доброкачественных и злокачественных опухолей.

## *3. План проведения занятий.*

1. Ознакомление с классификацией доброкачественных и злокачественных новообразований.

2. Разбор вопросов современной диагностики опухолей, особенно на ранних стадиях, принципов лечения опухолей.

*Место проведения занятия* - занятия проводятся в отделении челюстно-лицевой хирургии, операционном зале, учебной комнате.

*Базисные знания* – разделы гистологии, патоморфологии, топографической анатомии и оперативной хирургии.

## *4. Содержание занятия*

Рассматривая теоретические аспекты проблемы, следует учитывать действие раздражающих факторов в полости рта, иногда способствующих малигнизации опухоли.

Особое внимание уделяется основам деонтологии и медицинской этике при беседе с онкобольным.

Студенты знакомятся с общими принципами и аспектами проблем онкологии. Органы и ткани челюстно-лицевой области относительно часто и поражаются раком и саркомой (от 2 до 7 % общего числа больных злокачественными опухолями). Так, рак языка, слизистой оболочки полости рта встречается в 2 % случаев рака, рак челюсти — в 3 %, рак губы — в 7 %. В большинстве случаев (90 %) рак кожи локализуется на лице, что объясняется, видимо, влиянием постоянных раздражителей на лицо человека (ультрафиолетовые лучи, смена температуры воздуха, химические факторы). Немногие отличительные черты злокачественных опухолей челюстно-лицевой области обусловлены специфическим действием раздражающих

факторов, сила, характер и длительность которых иногда превышают допустимые пределы.

Помимо деления злокачественной опухоли на стадии, в настоящее время все большее распространение получает классификация Международного противоракового союза, в основу которой положена оценка трех элементов TNM, где Т — степень распространения первичной опухоли, N — наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах, M — метастазы в отдаленных органах.

ТО — первичная опухоль не определяется.

T1 — опухоль 2 см или менее в наибольшем измерении, строго поверхностная или экзофитная.

T2 — опухоль более 2 см, но не более 4—5 см в наибольшем измерении или с минимальной инфильтрацией кожи (слизистой оболочки), вне зависимости от размера.

T3 — опухоль более 4—5 см в наибольшем измерении или с глубокой инфильтрацией кожи (слизистой оболочки), вне зависимости от размера.

T4 — опухоль распространяется на соседние органы и ткани, такие как хрящ, мышцы или кость.

НО — лимфатические узлы не пальпируются.

N1 — определяются смещаемые лимфатические узлы на стороне поражения.

N2 — определяются смещаемые лимфатические узлы на противоположной стороне или с двух сторон.

N3 — определяются несмещаемые лимфатические узлы.

МО — метастазы в отдаленных органах не определяются.

M1 — определяются метастазы в отдаленных органах.

На занятии студенты знакомятся с необходимостью ранней диагностики опухолей.

Студенты знакомятся с особенностями и принципами лечения больных с доброкачественными и злокачественными опухолями. Особое внимание обращается на такие понятия как абластика, резектабельность, операбельность, регионарная лимфодиссекция.

В заключении, разбираются организация и принципы деятельности онкологической службы в Российской Федерации, особенности заполнения документации, принятой в клинической онкологии.

## *5. Практические навыки*

*Студент должен:*

1. Знать принципы онкологической настороженности.
2. Уметь диагностировать доброкачественные и злокачественные опухоли.
3. Знать классификацию опухолей.
4. Знать основные принципы лечения опухолей.

## *6. Контрольные вопросы:*



*Тесты I уровня:*

1. Признаками доброкачественной опухоли являются:
  - а) медленный рост;
  - б) четкое отграничение от окружающих тканей;
  - в) отсутствие способности давать метастазы;
  - г) отсутствие вредного влияния на организм;
  - д) склонность к рецидивам после удаления самой опухоли.
2. Для злокачественной опухоли характерно:
  - а) наличие капсулы;
  - б) атипизм строения;
  - в) инфильтрирующий рост;
  - г) метастазирование;
  - д) полиморфизм строения.
3. Какие патологические образования относят к истинным опухолям?
  - а) меланому;
  - б) липому;
  - в) фиброму;
  - г) гематому;
  - д) тератому.
4. Злокачественные опухоли могут распространяться:
  - а) по лимфопутям орто- и ретроградным способом;
  - б) по кровеносным сосудам;
  - в) имплантационным путем от одного больного к другому;
  - г) руками хирурга с одного органа на другой во время операции при несоблюдении правил асептики;
  - д) контактным путем с одного органа на другой по мере роста опухоли.
5. При обращении больного, у которого подозревают наличие злокачественной опухоли, важное значение имеют для установления правильного диагноза:
  - а) жалобы больного на слабость, похудание, плохой аппетит;
  - б) возраст больного, вредные привычки (алкоголь, курение);
  - в) перенесенные в детстве инфекционные заболевания;
  - г) указания в семейном анамнезе на наличие подобных больных;
  - д) прогрессирование заболевания без “светлых” промежутков.
6. Какая из перечисленных опухолей является злокачественной?
  - а) папиллома;
  - б) аденома;
  - в) фиброма;
  - г) липома;
  - д) базалиома.
7. В понятие асептики входят:
  - а) обработка операционной раны спиртом;
  - б) частая смена инструментария и белья;

- в) неоднократное мытье рук во время операции;
  - г) избежание травмирования опухоли во время операции;
  - д) проведение разрезов тканей вдали от опухоли.
8. Лучевая терапия при лечении злокачественных новообразований может применяться:
- а) как самостоятельный метод лечения;
  - б) как вспомогательный метод после операции;
  - в) как вспомогательный метод перед операцией;
  - г) как сочетание с химиотерапией.
9. Рак – это злокачественная опухоль, развивающаяся из:
- а) незрелой соединительной ткани;
  - б) лимфатических узлов;
  - в) кровеносных сосудов;
  - г) железистого или покровного эпителия;
  - д) гладкой или поперечно-полосатой мускулатуры.
10. Доброкачественную опухоль характеризует:
- а) быстрый рост;
  - б) инфильтрирующий рост;
  - в) похудание больного;
  - г) быстрая утомляемость больного;
  - д) не спаянность опухоли с подлежащими тканями.

*Тесты 2 уровня:*

1. Что включает в себя "онкологическая настороженность".
2. Какие симптомы позволяют заподозрить наличие опухолевого процесса в лимфатических узлах шеи?
3. С какой целью применяется биопсия?
4. Основные пути метастазирования при опухолях челюстно-лицевой области?
5. Способы лечения доброкачественных опухолей?
6. Что такое химиотерапия и лучевая терапия опухолей?
7. Способы лечения злокачественных опухолей?

## **Занятие № 5**

***Итоговое занятие. Пластические и косметические операции челюстно-лицевой области. Восстановительное лечение, реабилитация. Зачет.***

### ***1. Мотивация:***

Корректирующие и пластические операции проводятся с целью восстановления анатомических и функциональных нарушений органов и систем.

Основными методами восстановительной хирургии, применяемой в стоматологии являются: пластика местными тканями, лоскут на ножке, филатовский стебель, свободная пересадка тканей.

## *2. Цель занятия*

Ознакомиться с понятием пластической и корригирующей хирургии, сроками проведения данных операций, особенностями проведения операций в области головы, лица и шеи с учётом анатомической близости жизненно важных органов. Уметь докладывать результаты курации больных.

## *3. План проведения занятия.*

1. Ознакомление с различными техниками пластических операций в области головы и шеи.
2. Особенности проведения пластических операций у детей.
3. Этические и социальные проблемы больных с врождёнными и приобретёнными дефектами челюстно-лицевой области.
4. Организация самостоятельной работы студентов по защите написанной истории болезни.
5. Защита, написанной истории болезни.

*Место проведения занятия* - занятия проводятся в отделении челюстно-лицевой хирургии, операционном зале, перевязочной, учебной комнате.

*Базисные знания* – разделы гистологии, патоморфологии, топографической анатомии и оперативной хирургии, онкологии, хирургические болезни.

## *4. Содержание занятий*

В первую очередь студенты знакомятся с основами планирования восстановительных операций, которые зависят от величины и характера дефекта или деформации челюстно-лицевой области.

Данные операции выполняются строго по медицинским показаниям. В некоторых случаях пациентам требуется помощь психоневролога.

Студенты знакомятся с изготовлением фотографий лица, масок, моделей, зарисовками на этапе планирования пластических операций.

Далее студенты изучают способы закрытия дефектов в виде простейших геометрических фигур, например встречными треугольными лоскутами.

Для устранения различных дефектов лицевого скелета и мягких тканей применяют 5 видов свободной пересадки:

- 1) аутогенную – собственных тканей;
- 2) сингенную – тканей от организма, идентичного в генетическом отношении;
- 3) аллогенную – тканей от организмов того же вида;
- 4) ксеногенную – тканей от организмов другого вида;

5) вживление неживых материалов, называемых имплантатами (если они погружаются полностью в ткани) и эксплантатами (если они погружаются в ткани частично).

Студенты изучают способы пересадки кожи, хряща, костной ткани.

#### *5. Практические навыки.*

*Студент должен:*

1. Знать основные сроки проведения пластических операций у детей с врождёнными пороками развития челюстно-лицевой области.
2. Уметь ассистировать хирургу при проведении пластических операций.
3. Уметь накладывать косметический шов на кожу при проведении пластики или после ушивания ран в области лица.
4. Уметь делать перевязки больным в послеоперационном периоде.
5. Владеть техникой кормления больных с косметическими дефектами (врождёнными и приобретёнными) челюстно-лицевой области.
6. Уметь назначить адекватную медикаментозную терапию.

#### *6. Контрольные вопросы:*

1. Что такое пластика встречными лоскутами?
2. Когда и где впервые была проведена операция пластика носа?
3. С какой целью используется кожный лоскут на питающей ножке?
4. В каком возрасте проводятся пластические операции на мягких тканях при врождённой расщелине губы?
5. Перечислите виды корригирующих операций?
6. Что такое аутопластика?
7. Что такое аллопластика?
8. От чего зависит исход пластической операции?
9. Что означает реплантация?
10. Что такое иммунологическая несовместимость?
11. Перечислите основные направления эстетической хирургии?
12. В каком возрасте проводятся пластические операции на нёбе?
13. К какому возрасту должны быть закрыты врождённые дефекты нёба у ребёнка?
14. С какой целью проводится пластика уздечки языка?
15. В каких случаях проводится пластика местными тканями?

## ***ЭЛЕМЕНТЫ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (УМЕНИЯ), ПОДЛЕЖАЩИЕ ОСВОЕНИЮ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ КУРСА СТОМАТОЛОГИИ***

По прохождению курса стоматологии студенты **должны знать:**

1. Клинику основных стоматологических заболеваний (перечисленных в программе).
2. Основы мер профилактики.
3. Принципы лечения стоматологических заболеваний.
4. Связь одонтогенных заболеваний с заболеваниями внутренних органов.

Студенты **должны уметь:**

1. Обследовать больных с патологией черепно-челюстно-лицевой области.
2. Осуществить проводниковую и инфильтрационную анестезию.
3. Удалить зуб.
4. Оказать первую помощь при травме челюстно-лицевой области (кровотечение, асфиксия, переломы челюсти и др.).
5. Осуществить вскрытие флегмоны, абсцесса челюстно-лицевой области.
6. Провести дифференциальную диагностику при опухолевом заболевании. Знать принципы онконастороженности.
7. Определить направление больных для последующего лечения.
8. Участвовать в организации мер профилактики стоматологических заболеваний.

## ***СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ***

### **Основная литература**

1. Козлов В.А., Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология [Электронный ресурс] / под ред. Козлова В.А., Кагана И.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-3045-3 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430453.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
2. Афанасьев В.В., Хирургическая стоматология [Электронный ресурс] : учебник / В.В. Афанасьев [и др.] ; под общ. ред. В.В. Афанасьева. — 3-е изд., перераб. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-3704-9 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437049.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
3. Персин Л.С., Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций [Электронный ресурс]: учебник / Л.С. Персин и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-3882-4 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438824.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.

4. Максимовский Ю.М., Терапевтическая стоматология. Кариесология и заболевания твердых тканей зубов. Эндодонтия [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Ю. М. Максимовский, А. В. Митронин; под общей ред. Ю. М. Максимовского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 480 с. - ISBN 978-5-9704-3589-2 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435892.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
5. Афанасьев, В. В. Стоматология : учебник / Афанасьев В. В. [и др. ] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-4524-2. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970445242.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.

### **Дополнительная литература**

1. Стоматология. Международная классификация болезней. Клиническая характеристика нозологических форм [Электронный ресурс]: учеб. пособие / М. Я. Алимова, Л. Н. Максимовская, Л. С. Персин, О. О. Янушевич. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 204 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3669-1. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436691.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
2. Каливрадзиян Э.С., Пропедевтическая стоматология [Электронный ресурс] : учебник / Э. С. Каливрадзиян и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-2999-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429990.html>. – ЭБС «Консультант студента», по паролю.

## КЛИНИЧЕСКИЕ НОРМЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Клинический анализ крови	
<b>Гемоглобин</b> М 130 – 160 г/л Ж 120 – 140 г/л	<b>Лейкоциты</b> 5 – 10 $10^9$ /л <b>Палочкоядерные нейтр.</b> 1 – 6% <b>Сегментоядер. нейтр.</b> 45 – 70% <b>Эозинофилы</b> 0 – 5% <b>Базофилы</b> 0 – 1% <b>Лимфоциты</b> 18 – 40% <b>Моноциты</b> 3 – 11% <b>Ретикулоциты</b> 2 – 12 $10^3$
Эритроциты М 4,0 – 5,0 $10^{12}$ /л Ж 3,9 – 4,7 $10^{12}$ /л	
ЦП 0,85 – 1,05	
Гематокрит М 0,42 – 0,52 Ж 0,37 – 0,47	
Ср. объем эритроцитов 80 - 90	
Ср. содержание гемоглобина в эритроцитах 27 – 31 пг	
Ср. конц. Нв в эритроците 33-37%	
Тромбоциты 180 – 360 $10^9$ /л	<b>СОЭ</b> М до 12 мм/ч Старше 60 л. до 15 мм/л Ж до 12 мм/ч Старше 60 л. до 20 мм/ч

### *Гормоны и медиаторы сыворотки крови*

Показатель	Величина, мкг/л
Кортикотропин	2500 - 7000
11-Оксикортикостероиды	140 - 230
Кортикостероиды:	
а) связанные с белками	130 - 203
б) свободные	11 - 32
Гидрокортизон	90 - 200
Кортикостерон	10 - 50
Белковосвязанный йод	30 - 70
Гистамин	20 - 70
Серотонин	100 - 300
Адреналин	11,2 - 1,4
Ренин	5,5 - 7,9
Ацетилхолин	5 - 15
Норадреналин	12,7 - 2,6
ТТГ	0,3 – 4,0 мМЕ/л

### **Биохимический анализ крови**

<b>АСТ</b> 0,1-0,45 ммоль/л М до 19 ед/л 11 МЕ/л, Ж до 16 ед/л 0,18-0,78 мккат/л	<b>Сулемовая проба</b> 1,6 – 2,2 мл.
<b>АЛТ</b> 0,1-0,68 ммоль/л М до 22 ед/л 7 – 53 МЕ/л Ж до 17 ед/л 0,12–0,88 мккат/л	<b>Тимоловая проба</b> 0 – 4 ед.
<b>Билирубин</b> общий 3,4 - 20,5 мкмоль/л прямой 3,4- 5,1 мкмоль/л непрямой – 75 % от общ.	<b>Фибриноген</b> 2 – 4 г/л
<b>КФК</b> М 10-80 мкмоль/л; 30-220 МЕ/л Ж 10-70 мкмоль/л; 20-170 МЕ/л	<b>Протромбиновый индекс</b> 80 – 100%
<b>Мочевина</b> 2,5 – 8,3 ммоль/л	<b>ЖССК</b> 44,8 – 80,6 мкмоль/л
<b>Креатинин</b> М 61 – 115 мкмоль/ Ж 59 – 97 мкмоль/л	<b>Железо</b> М 10,6 – 28,3 мкмоль/л Ж 6,6 – 26,0 мкмоль/л
<b>Холестерин</b> 4,66 – 6,46 ммоль/л	<b>Кальций</b> 2,25 – 2,57 ммоль/л
<b>β-липопротеиды :</b> М 2,3 – 3,7 г/л Ж 2,1 – 3,5 г/л	<b>Калий</b> 3,8 - 5,3 ммоль/л
<b>Общий белок</b> 65 – 85 г/л	<b>Хлориды</b> 97 – 108 ммоль/л
<b>Белковые фракции</b> Альбумины 56,5 – 66,8% Глобулины 33,2 – 43,5% α <sub>1</sub> 3,5 – 6,0% α <sub>2</sub> 6,9 – 10,5% β 7,3 – 12,5% γ 12,8 – 19,0%	<b>Глюкоза</b> дети 3,3 – 5,6 ммоль/л взросл. 4,1 – 5,9 ммоль/л от 60 до 90 лет 4,6 – 6,4 ммоль/л
<b>СРБ</b> отр	<b>Сиаловая проба</b> 135–200 усл. ед. ( 2 – 2,36 ммоль/л)
<b>ЩФ</b> 38-126 МЕ/л; 0,63-2,1 мккат/л	<b>Мочевая кислота</b> М 200 – 416 мкмоль/л Ж 148 – 357 мкмоль/л
<b>Время кровотечения</b> до 4 мин.	<b>Проба Реберга</b> Фильтрация М 98 – 150 Ж 95 – 160 Реабсорбция 97 – 99%
<b>Время свертывания</b> 8 – 12 мин ( по методу Мас и Магро)	<b>Диастаза</b> 16 – 64 ед. по Вольгемуту