

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого»

МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО
ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЮ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
ОП.05 СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Специальность:

31.02.05 Стоматология ортопедическая

Квалификация выпускника: зубной техник

(базовая подготовка)

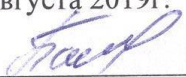
Разработчик:

Т.А. Городок - преподаватель Медицинского колледжа Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого

ПРИНЯТО

Предметной (цикловой) комиссией преподавателей профессионального цикла колледжа

Протокол № 1 от «31» августа 2019г.

Председатель ПЦК  Н.А. Павлова

Содержание

Пояснительная записка.....	4
Тематический план и содержание учебной дисциплины.....	7
Содержание самостоятельной работы.....	14
Приложения.....	24

Пояснительная записка

Методические рекомендации по организации и выполнению самостоятельной работы, являющиеся частью учебно-методического комплекса по дисциплине «Стоматологические заболевания» составлены в соответствии с:

1. Федеральным государственным образовательным стандартом по специальности 31.02.05 Стоматология ортопедическая;
2. Рабочей программой учебной дисциплины;
3. Локальными актами НовГУ.

Методические рекомендации включают внеаудиторную работу студентов, предусмотренную рабочей программой учебной дисциплины в объёме 14 часов.

Формами внеаудиторной самостоятельной работы являются подготовка и защита рефератов / электронных презентаций.

В результате выполнения самостоятельной работы обучающийся должен:

Уметь:

- использовать средства индивидуальной гигиены полости рта;
- использовать знания о заболеваниях полости рта при планировании конструкции протезов

Знать:

- этиологию, патогенез, диагностику, принципы лечения и профилактики основных стоматологических заболеваний;
- структуру стоматологической помощи населения;
- роль зубных протезов в возникновении и развитии стоматологических заболеваний (кариес, пародонтиты, патологические изменения слизистой оболочки полости рта).

Перечень формируемых компетенций:

Зубной техник должен обладать общими компетенциями, включающими в себя способность:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

Зубной техник должен обладать профессиональными компетенциями, соответствующими видам деятельности:

- ПК 1.1. Изготавливать съемные пластиночные протезы при частичном отсутствии зубов.
- ПК 1.2. Изготавливать съемные пластиночные протезы при полном отсутствии зубов.
- ПК 1.3. Производить починку съемных пластиночных протезов.
- ПК 1.4. Изготавливать съемные имедиат-протезы.
- ПК 2.1. Изготавливать пластмассовые коронки и мостовидные протезы.
- ПК 2.2. Изготавливать штампованные металлические коронки и штампованно-паяные мостовидные протезы.
- ПК 2.3. Изготавливать культевые штифтовые вкладки.
- ПК 2.4. Изготавливать цельнолитые коронки и мостовидные зубные протезы.
- ПК 2.5. Изготавливать цельнолитые коронки и мостовидные зубные протезы с облицовкой.
- ПК 3.1. Изготавливать литые бюгельные зубные протезы с кламмерной системой фиксации.
- ПК 4.1. Изготавливать основные элементы ортодонтических аппаратов.
- ПК 4.2. Изготавливать основные съемные и несъемные ортодонтические аппараты.
- ПК 5.1. Изготавливать основные виды челюстно-лицевых аппаратов при дефектах челюстно-лицевой области.
- ПК 5.2. Изготавливать лечебно-профилактические челюстно-лицевые аппараты (шины).

Критерии оценки результатов самостоятельной работы студентов:

Обучающиеся сдают выполненные работы на проверку по истечении указанного срока. За каждую самостоятельную работу студенты получают оценку.

Критериями оценки результатов самостоятельной работы обучающихся являются:

- уровень освоения обучающимся учебного материала;
- умение обучающихся использовать теоретические знания при выполнении заданий внеаудиторной самостоятельной работы;
- обоснованность и четкость изложения ответа;
- оформление материала в соответствии с требованиями.

Полнота выполнения внеаудиторной самостоятельной работы характеризует качество знаний обучающихся и оценивается по пятибалльной системе:

Оценка «5» («Отлично»)

- задание выполнено полностью;
- при защите работы обучающийся показывает глубокие знания темы, четко и обоснованно излагает материал, отвечает на поставленные вопросы;
- материал оформлен в соответствии с требованиями.

Оценка «4» («Хорошо»)

- задание выполнено полностью;
- при защите работы обучающийся показывает знания темы;
- в целом материал оформлен в соответствии с требованиями, допущены неточности.

Оценка «3» («Удовлетворительно»)

- задание выполнено не полностью;
- при защите работы обучающийся не совсем четко и обоснованно излагает материал, испытывает затруднения при ответе на поставленные вопросы,
- проявляет неуверенность,
- при оформлении материала допущены ошибки

Оценка «2» («Неудовлетворительно»)

- задание выполнено не полностью;
 - при защите обучающийся показывает незнание материала темы, при ответе на вопросы допускает существенные ошибки;
 - оформление материала не соответствует требованиям.

Тематический план и содержание учебной дисциплины
Стоматологические заболевания

Наименование разделов и тем	Содержание учебного материала, практические занятия, самостоятельная работа обучающихся	Объем часов	Уровень освоения
Тема 1. Введение. Организация стоматологической помощи населению	Содержание учебного материала Понятия «стоматология», «стоматологические заболевания». Роль дисциплины в подготовке зубных техников. Этапы развития стоматологии как науки. История развития зубного протезирования. Организация стоматологической помощи в учреждениях государственного и негосударственного подчинения. Структура стоматологических поликлиник. Организация ортопедической стоматологической помощи населению. Роль зубного техника в организации стоматологической помощи населению. Основы медицинского страхования, юридические и экономические аспекты. Понятие о диспансеризации. Принципы диспансеризации. Стоматологический инструментарий. Современные методы обработки и стерилизации перевязочного материала, инструментария, наконечников, оттисков. Способы обработки рук медицинского персонала, полости рта и операционного поля.	1	1
	Практическое занятие № 1 «Организация стоматологической помощи населению» Ознакомление со структурой и организацией работы стоматологической клиники. Демонстрация методов стерилизации стоматологического инструментария, ультразвуковой очистки слепков-оттисков.	2	
	Самостоятельная работа №1 Подготовка реферата / электронной презентации по одной из указанных тем: - Организация ортопедической стоматологической помощи населению - Принципы асептики и антисептики	1	
Тема 2. Принципы диагностики, лечения и профилактики заболеваний твердых тканей зубов.	Содержание учебного материала Врожденные пороки развития твердых тканей зубов: несовершенный амело- и дентиногенез, гипоплазия эмали. Этиология. Клиническая картина. Профилактика. Флюороз. Этиология. Клиническая картина. Профилактика. Клиновидный дефект. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Профилактика.	2	1, 2

	Лечение некариозных поражений твердых тканей зубов терапевтическими и ортопедическими методами (отбеливание, пломбирование, облицовки (виниры) прямого и непрямого изготовления). Кариес. Этиология. Патогенез. Индексы определения распространенности и интенсивности кариеса зубов. Клиническая картина. Основные принципы лечения. Современные методы лечения и пломбировочные материалы, используемые для реставрации/реконструкции дефектов твердых тканей зуба. Осложнения кариеса. Современные методы и средства профилактики кариеса зубов. Значение фтора в профилактике и лечении кариеса зубов. Местное применение фторидсодержащих и реминерализирующих препаратов. Герметизация фиссур зубов. Практическое занятие № 2 «Кариес зубов» Демонстрация реставрации реконструкции коронковой части зуба пломбировочным материалом. Демонстрация методов профилактики кариеса. Самостоятельная работа №2 Подготовка реферата / электронной презентации по теме: «Изготовление виниров непрямым методом»	2	
Тема 3. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области	Содержание учебного материала Пульпит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Основные принципы лечения. Профилактика. Современные методы и средства эндодонтического лечения зубов. Периодонтит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Основные принципы консервативного лечения. Профилактика. Хирургические методы лечения хронического периодонтита. Операция удаления зуба. Периостит челюсти. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Основные принципы лечения. Профилактика. Остеомиелит челюсти. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Основные принципы лечения. Профилактика. Болезни прорезывания зубов. Ретенция зуба. Неполное прорезывание зуба. Хирургические и ортодонтические методы лечения. Перикоронит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Основные принципы лечения. Профилактика.	2	1, 2

	Дистопия зуба. Этиология. Клиническая картина. Ортодонтические методы лечения.		
	Практическое занятие № 3 «Болезни прорезывания зубов» Демонстрация методов лечения нарушений прорезываний зубов. Ортодонтическая техника.	2	
	Самостоятельная работа №3 Подготовка реферата / электронной презентации «Болезни прорезывания зубов. Ортодонтические методы лечения»	2	
Тема 4. Приобретенные дефекты и деформации зубочелюстно-лицевой области	Содержание учебного материала Дефекты коронковой части зуба. Восстановление коронковой части зуба вкладкой, штифтовыми конструкциями, искусственными коронками. Частичное отсутствие зубов. Клиническая картина. Лечение несъемными ортопедическими конструкциями. Лечение частичной потери зубов съемными протезами с различными методами фиксации. Полное отсутствие зубов. Клиническая картина. Ортопедическое лечение. Профилактика непереносимости пластиночных зубных протезов. Проблема адаптации к протезам.	1	1, 2
	Практические занятия № 4-5 «Приобретенные дефекты и деформации зубочелюстной системы» Принципы лечения больных с дефектами и деформациями зубочелюстной системы Демонстрация моделирования индивидуальной культевой штифтовой вкладки, снятия слепков-оттисков с зубных рядов различными слепочными массами, изготовление моделей челюстей, препарирования твердых тканей зубов под различные виды искусственных коронок, припасовывания и фиксации зубных протезов в полости рта.	4	
	Самостоятельная работа №4 Подготовка реферата/презентации по одной из указанных тем: • Вкладки • Методы фиксации и стабилизации зубных протезов.	2	

	Лекарственные препараты, используемые при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта. Заболевания, вызванные зубными протезами. Проявление ВИЧ-инфекции и сифилиса на слизистой оболочке полости рта. Диспансеризация больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта. Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта. Особенности зубного протезирования пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.		
	Практическое занятие № 7 «Заболевания слизистой оболочки полости рта» Демонстрация заболеваний, основных принципов лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта Самостоятельная работа №6 Подготовка реферата / электронной презентации «Лейкоплакия»	2	
	Содержание учебного материала Травматическая эрозия, травматическая язва, папилломатоз. Этиология, патогенез, клиническая картина. Изменения функции слюнных желез при наличии в полости рта ортодонтических аппаратов и ортопедических конструкций. Аллергические реакции. Особенности протезирования больных при непереносимости зубных протезов. Практическое занятие № 8 «Заболевания слизистой оболочки полости рта, вызванные зубными протезами» Демонстрация клинических случаев непереносимости зубных протезов, основных принципов лечения. Самостоятельная работа №7 Подготовка реферата / электронной презентации по теме: «Ортопедическое лечение больных при непереносимости зубных протезов»	1	1, 2
Тема 7. Заболевания слизистой оболочки полости рта, вызванные зубными протезами		2	
		1	
Тема 8. Характеристика воспалительных процессов и травм челюстно-лицевой области.	Содержание учебного материала Классификация повреждений челюстно-лицевой области. Травма челюстей, мягких тканей лица и слизистой оболочки полости рта. Клиническая картина. Первая медицинская помощь. Травма молочных и постоянных зубов. Основные принципы лечения.	1	2, 3

	Практическое занятие № 10 «Гигиена полости рта» Демонстрация методов и средств индивидуальной гигиены полости рта. Демонстрация методов ухода за зубными протезами и ортодонтическими аппаратами. Самостоятельная работа №10 Подготовка реферата / электронной презентации по теме: «Индивидуальная гигиена полости рта»	2	
		1	
	Всего:	46	

Для характеристики уровня освоения учебного материала используются следующие обозначения:

1. – ознакомительный (узнавание ранее изученных объектов, свойств);
2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством)
- 3.– продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач)

Содержание самостоятельной работы

Самостоятельная работа № 1 (1 час.)

Тема 1. Введение. Организация стоматологической помощи населению
Задание.

Подготовка реферата / электронной презентации по одной из указанных тем:

- Организация ортопедической стоматологической помощи населению
- Принципы асептики и антисептики

Цель самостоятельной работы:

- систематизация и закрепление теоретических знаний;
- развитие познавательных способностей и активности студентов;
- развитие творческих способностей студентов при выполнении задания;
- формирование навыков и умений моделировать, анализировать, выделять главное, обобщать.

Требования к умениям и знаниям студентов

Студент должен уметь:

- работать стоматологическими инструментами;
- разрабатывать и стерилизовать перевязочный материал, инструменты, оттиски

Студент должен знать:

- понятия «стоматология», «стоматологические заболевания»;
- роль дисциплины в подготовке зубных техников;
- этапы развития стоматологии как науки; историю развития зубного протезирования;
- организацию стоматологической помощи в учреждениях государственного и негосударственного подчинения;
- структуру стоматологических поликлиник;
- организацию ортопедической стоматологической помощи населению;
- роль зубного техника в организации стоматологической помощи населению;
- основы медицинского страхования, юридические и экономические аспекты;
- понятие о диспансеризации; принципы диспансеризации;
- стоматологический инструментарий;
- современные методы обработки и стерилизации перевязочного материала, инструментария, наконечников, оттисков;
- способы обработки рук медицинского персонала, полости рта и операционного поля.

Практические рекомендации по выполнению задания:

Изучите теоретический материал темы. Самостоятельно подберите дополнительную информацию по теме, используя различные источники (учебную, справочную литературу, интернет-ресурсы) (*Приложение 1*).

Изучите рекомендации по написанию реферата (*Приложения 2-4*) / составлению электронной презентации (*Приложение 5*).

Подготовьте реферат / электронную презентацию.

Защитите реферат / электронную презентацию.

Форма контроля:

1. Подготовка реферата / электронной презентации.
2. Защита реферата / электронной презентации.

Самостоятельная работа № 2 (2 час.)

Тема 2. Принципы диагностики, лечения и профилактики заболеваний твердых тканей зубов.

Задание. Подготовка реферата / электронной презентации по теме: «Изготовление виниров непрямым методом»

Цель самостоятельной работы:

- систематизация и закрепление теоретических знаний;
- развитие познавательных способностей и активности студентов;
- развитие творческих способностей студентов при выполнении задания;
- формирование навыков и умений моделировать, анализировать, выделять главное, обобщать.

Требования к умениям и знаниям студентов

Студент должен уметь:

- использовать знания о заболеваниях твердых тканей зубов при реконструкции зуба

Студент должен знать:

- врожденные пороки развития твердых тканей зубов, их этиологию, профилактику;
- лечение некариозных поражений твердых тканей зубов терапевтическими и ортопедическими методами;
- современные методы лечения и пломбировочные материалы, используемые для реставрации/реконструкции дефектов твердых тканей зуба;

- кариес зубов, методы профилактики; роль зубных протезов в возникновении и развитии кариеса

Практические рекомендации по выполнению задания:

Изучите теоретический материал темы. Самостоятельно подберите дополнительную информацию по теме, используя различные источники (учебную, справочную литературу, интернет-ресурсы) (*Приложение 1*).

Изучите рекомендации по написанию реферата (*Приложения 2-4*) / составлению электронной презентации (*Приложение 5*).

Подготовьте реферат / электронную презентацию.

Защитите реферат / электронную презентацию.

Форма контроля:

1. Подготовка реферата / электронной презентации.
2. Защита реферата / электронной презентации.

Самостоятельная работа №3 (2 час.)

Тема 3. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области

Задание. Подготовка реферата / электронной презентации по теме: «Болезни прорезывания зубов. Ортодонтические методы лечения»

Цель самостоятельной работы:

- систематизация и закрепление теоретических знаний;
- развитие познавательных способностей и активности студентов;
- развитие творческих способностей студентов при выполнении задания;
- формирование навыков и умений моделировать, анализировать, выделять главное, обобщать.

Требования к знаниям студентов

Студент должен знать:

- Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, этиологию, патогенез, клиническую картину, основные принципы лечения, профилактику, современные методы и средства лечения

Практические рекомендации по выполнению задания:

Изучите теоретический материал темы. Самостоятельно подберите дополнительную информацию по теме, используя различные источники (учебную, справочную литературу, интернет-ресурсы) (*Приложение 1*).

Изучите рекомендации по написанию реферата (*Приложения 2-4*) / составлению электронной презентации (*Приложение 5*).

Подготовьте реферат / электронную презентацию.
Защитите реферат / электронную презентацию.

Форма контроля:

1. Подготовка реферата / электронной презентации.
2. Защита реферата / электронной презентации.

Самостоятельная работа № 4 (2 час.)

Тема 4. Приобретенные дефекты и деформации зубочелюстно-лицевой области

Задание. Подготовка реферата по одной из указанных тем:

- Вкладки
- Методы фиксации и стабилизации зубных протезов.

Цель самостоятельной работы:

- систематизация и закрепление теоретических знаний;
- развитие познавательных способностей и активности студентов;
- развитие творческих способностей студентов при выполнении задания;
- формирование навыков и умений моделировать, анализировать, выделять главное, обобщать.

Требования к умениям и знаниям студентов

Студент должен уметь:

- классифицировать дефекты твердых тканей зуба и дефекты зубных рядов;
- снять слепки-оттиски с зубных рядов различными слепочными материалами

Студент должен знать:

- Приобретенные дефекты и деформации зубочелюстно-лицевой области, клиническая картина, лечение, профилактика
- Проблемы адаптации к протезам

Практические рекомендации по выполнению задания:

Изучите теоретический материал темы. Самостоятельно подберите дополнительную информацию по теме, используя различные источники (учебную, справочную литературу, интернет-ресурсы) (*Приложение 1*).

Изучите рекомендации по написанию реферата (*Приложение 2-4*) / составлению электронной презентации (*Приложение 5*).

Подготовьте реферат / электронную презентацию.

Защитите реферат / электронную презентацию.

Форма контроля:

1. Подготовка реферата / электронной презентации.
2. Защита реферата / электронной презентации.

Самостоятельная работа № 5 (1 час)

Тема 5.

Принципы диагностики, лечения и профилактики заболеваний пародонта.

Задание. Подготовка рефератов по темам:

- Современные шинирующие конструкции
- Травматическая окклюзия

Цель самостоятельной работы:

- систематизация и закрепление теоретических знаний;
- развитие познавательных способностей и активности студентов;
- развитие творческих способностей студентов при выполнении задания;
- формирование навыков и умений моделировать, анализировать, выделять главное, обобщать.

Требования к умениям и знаниям студентов

Студент должен уметь:

- классифицировать шинирующие конструкции

Студент должен знать:

- этиологию и патогенез заболеваний пародонта;
- понятие о травматической окклюзии
- клиническую картину, профилактику и принципы лечения заболеваний пародонта;
- виды шинирования и шинирующих конструкций

Практические рекомендации по выполнению задания:

Изучите теоретический материал темы. Самостоятельно подберите дополнительную информацию по теме, используя различные источники (учебную, справочную литературу, интернет-ресурсы) (*Приложение 1*).

Изучите рекомендации по написанию реферата (*Приложения 2-4*) / составлению электронной презентации (*Приложение 5*).

Подготовьте реферат / электронную презентацию.

Защитите реферат / электронную презентацию.

Форма контроля:

1. Подготовка реферата / электронной презентации.
2. Защита реферата / электронной презентации.

Самостоятельная работа № 6 (1 час)

Тема 6. Принципы диагностики, лечения и профилактики заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Задание. Подготовка реферата / электронной презентации по теме «Лейкоплакия»

Цель самостоятельной работы:

- систематизация и закрепление теоретических знаний;
- развитие познавательных способностей и активности студентов;
- развитие творческих способностей студентов при выполнении задания;
- формирование навыков и умений моделировать, анализировать, выделять главное, обобщать.

Требования к умениям и знаниям студентов

Студент должен уметь:

- классифицировать заболевания слизистой оболочки полости рта

Студент должен знать:

- строение слизистой оболочки полости рта;
- элементы поражения слизистой оболочки полости рта;
- этиологию, патогенез, клиническую картину, принципы лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта

Практические рекомендации по выполнению задания:

Изучите теоретический материал темы. Самостоятельно подберите дополнительную информацию по теме, используя различные источники (учебную, справочную литературу, интернет-ресурсы) (*Приложение 1*).

Изучите рекомендации по написанию реферата (*Приложения 2-4*) / составлению электронной презентации (*Приложение 5*).

Подготовьте реферат / электронную презентацию.

Защитите реферат / электронную презентацию.

Форма контроля:

1. Подготовка реферата / электронной презентации.
2. Защита реферата / электронной презентации.

Самостоятельная работа № 7 **(1 час)**

Тема 7. Заболевания слизистой оболочки полости рта, вызванные зубными протезами

Задание. Подготовка реферата / электронной презентации по теме:
«Ортопедическое лечение больных при непереносимости зубных протезов»

Цель самостоятельной работы:

- систематизация и закрепление теоретических знаний;
- развитие познавательных способностей и активности студентов;
- развитие творческих способностей студентов при выполнении задания;
- формирование навыков и умений моделировать, анализировать, выделять главное, обобщать.

Требования к умениям и знаниям студентов

Студент должен уметь:

- оказать первую помощь при непереносимости зубных протезов

Студент должен знать:

- этиологию, патогенез, клиническую картину и основные принципы лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта, вызванных зубными протезами

Практические рекомендации по выполнению задания:

Изучите теоретический материал темы. Самостоятельно подберите дополнительную информацию по теме, используя различные источники (учебную, справочную литературу, интернет-ресурсы) (*Приложение 1*).

Изучите рекомендации по написанию реферата (*Приложения 2-4*) / составлению электронной презентации (*Приложение 5*).

Подготовьте реферат / электронную презентацию.

Защитите реферат / электронную презентацию.

Форма контроля:

1. Подготовка реферата / электронной презентации.
2. Защита реферата / электронной презентации.

Самостоятельная работа № 8 **(2 час.)**

Тема 8. Характеристика воспалительных процессов и травм челюстно-лицевой области.

Задание. Подготовка алгоритма оказания первой медицинской помощи при травмах челюстно-лицевой области.

Цель самостоятельной работы:

- систематизация и закрепление теоретических знаний;
- развитие познавательных способностей и активности студентов;
- развитие творческих способностей студентов при выполнении задания;
- формирование навыков и умений моделировать, анализировать, выделять главное, обобщать.

Требования к умениям и знаниям студентов

Студент должен уметь:

- оказать первую медицинскую помощь при травмах челюстно-лицевой области

Студент должен знать:

- основные принципы лечения;
- классификацию повреждений челюстно-лицевой области

Практические рекомендации по выполнению задания:

Изучите теоретический материал темы. Самостоятельно подберите дополнительную информацию по теме, используя различные источники (учебную, справочную литературу, интернет-ресурсы) (*Приложение 1*).

Изучите *Приложение 6*.

Подготовьте алгоритм оказания первой медицинской помощи при травмах челюстно-лицевой области.

Форма контроля:

1. Подготовка алгоритма.
2. Защита алгоритма.

Самостоятельная работа № 9 **(1 час)**

Тема 9. Характеристика новообразований челюстно-лицевой области

Задание. Подготовка реферата / электронной презентации по теме:
«Злокачественные новообразования челюстно-лицевой области»

Цель самостоятельной работы:

- систематизация и закрепление теоретических знаний;
- развитие познавательных способностей и активности студентов;
- развитие творческих способностей студентов при выполнении задания;
- формирование навыков и умений моделировать, анализировать, выделять главное, обобщать.

Требования к знаниям студентов

Студент должен знать:

- классификацию новообразований челюстно-лицевой области;
- понятие онкологической настороженности;
- основные принципы лечения больных с новообразованиями челюстно-лицевой области;
- челюстно-лицевое протезирование в комплексной реабилитации больных;
- профилактику онкологических заболеваний.

Практические рекомендации по выполнению задания:

Изучите теоретический материал темы. Самостоятельно подберите дополнительную информацию по теме, используя различные источники (учебную, справочную литературу, интернет-ресурсы) (*Приложение 1*).

Изучите рекомендации по написанию реферата (*Приложения 2-4*) / составлению электронной презентации (*Приложение 5*).

Подготовьте реферат / электронную презентацию.

Защитите реферат / электронную презентацию.

Форма контроля:

1. Подготовка реферата / электронной презентации.
2. Защита реферата / электронной презентации.

Самостоятельная работа № 10. (1 час)

Тема 10. Гигиена полости рта

Задание. Подготовка реферата / электронной презентации по теме:
«Индивидуальная гигиена полости рта»

Цель самостоятельной работы:

- систематизация и закрепление теоретических знаний;
- развитие познавательных способностей и активности студентов;
- развитие творческих способностей студентов при выполнении задания;
- формирование навыков и умений моделировать, анализировать, выделять главное, обобщать.

Требования к умениям и знаниям студентов

Студент должен уметь:

- правильно использовать средства индивидуальной гигиены полости рта;
- проводить санитарное просвещение населения по уходу за зубными протезами

Студент должен знать:

- факторы риска возникновения стоматологических заболеваний;
- методы стоматологического просвещения населения;
- роль гигиены полости рта в профилактике основных стоматологических заболеваний;
- основы профессиональной и индивидуальной гигиены полости рта;
- уход за зубными протезами и ортодонтическими аппаратами.

Практические рекомендации по выполнению задания:

Изучите теоретический материал темы. Самостоятельно подберите дополнительную информацию по теме, используя различные источники (учебную, справочную литературу, интернет-ресурсы) (*Приложение 1*) .

Изучите рекомендации по написанию реферата (*Приложения 2-4*) / составлению электронной презентации (*Приложение 5*).

Подготовьте реферат / электронную презентацию.

Защитите реферат / электронную презентацию.

Форма контроля:

1. Подготовка реферата / электронной презентации.
2. Защита реферата / электронной презентации.

Рекомендации по изучению основной и дополнительной литературы

1. Рассмотрите, как построена книга, проанализируйте её структуру.
2. Выберите самое важное, основное из содержания книги.
3. **Свою работу с книгойстрой в три этапа:**
 - первоначальное прочтение всего текста с целью ознакомления с ним;
 - второе прочтение текста, включающее конспектирование и детальное изучение материала;
 - третье, заключительное прочтение для закрепления полученной информации.
4. **Формы и методы конспектирования** зависят от личных особенностей мышления и запоминания. **Рекомендуемая последовательность работы:** 1) составление плана, 2) изложение тезисов, 3) выписки из текста 4) само конспектирование.

Структура плана рекомендуется как перечисление основных событий, вопросов по принципу деления целого на части. Предлагается следующий **процесс составления плана:** 1) чтение, 2) деление на части с присвоением каждой из них краткого наименования.

План может быть простым и сложным.

Простой план отражает выделение и наименование главных частей. В сложном плане главные части соответственно разделяются на дополнительные. Преимущество сложного плана состоит в том, что он полнее раскрывает построение и содержание текста, позволяет глубже проследить за ходом мысли и замыслом автора.

Сложный план поможет выработать умение сжато производить записи, последовательно излагать свои мысли, быстро восстанавливать в памяти прочитанное, мобилизовать внимание.

Тезисы предполагают в процессе прочтения продумывание основных идей, изложение их в виде последовательных пунктов. **При составлении тезисов следует сконцентрировать свое внимание на выводах автора.** Целесообразно рассмотреть **два вида составления тезисов:**

1. извлечение авторских тезисов из текста;
2. формулирование основных положений своими словами и понятиями.

Иногда рядом с тезисами следует записывать и часть фактологического материала.

Выписки представляют собой факты, цифры, схемы, таблицы, цитаты (в том числе и в личной интерпретации) и т. д. В отличие от планов и тезисов выписки можно делать одновременно с чтением текста.

Конспект представляет собой тезисы в расширенном и углубленном виде, дополненные цитатами, цифрами, таблицами, схемами и т. д. Конспект

может постоянно дополняться в процессе изучения предмета. В начале конспекта следует указать автора изучаемого текста, наименование его работы, год издания и издателя.

Конспект может быть тематическим, т.е. составленный по нескольким произведениям, работам, текстам и т.п. Целью такого тематического конспекта является более глубокое, всестороннее изучение определенной проблемы с учетом возможной вариативности мнений различных авторов.

Для составления тематического конспекта следует:

- осуществить подбор необходимой и рекомендованной литературы, наглядных пособий и других учебных материалов-
- составить сложный план тематического конспекта, постоянно имея в виду конечную цель своей работы по изучению и осмыслению данной проблемы;
- дальнейшую работу построить в ранее изложенной последовательности, но с учетом последовательно-параллельного изучения первоисточников в определенном их многообразии.

В итоге работа над составлением тематического конспекта с успехом может вылиться в составление реферата. Тематический конспект требует постоянной систематической доработки, дополнений и творческого осмысления в процессе изучения предмета.

Памятка студенту

1. При чтении не пропускай ни одного слова, которое тебе непонятно.
2. Если перестал понимать смысл текста, то вернись назад до того места, где начал затрудняться. Причиной непонимания бывают, как правило, иностранные слова, термины. В таком случае обращайтесь к словарям.
3. Составление терминологического словаря, работа над основными понятиями также поможет в освоении материала.
4. Научись самостоятельно приобретать знания, работать с книгой, со средствами получения и обработки информации.
5. Научись пользоваться словарями, делать выписки, составлять текстовые таблицы, графики, логические схемы.
6. Особое внимание обрати на развитие интеллектуальных умений и навыков, умение самостоятельно выявлять причины событий, составлять сводные таблицы.
7. Научись анализировать, сравнивать, обобщать, доказывать на основе нескольких источников.
8. Научись вычленять главное, проблему, выдвигать гипотезу.
9. Добейся чтения со скоростью не менее 150 слов в минуту, при этом сразу выделяй главное и таким образом кратко конспектируй.
10. Изучаемый материал надо воспринимать не мозаично (тогда все главное), а целостно, то есть вести логическую проработку материала по ходу чтения и при этом составлять логические цепочки (схемы).

11.Побольше работай с карандашом в руке, делай записи, схемы и т. д.
Это способствует лучшему усвоению, запоминанию.

Таким образом, целенаправленное развитие навыков учебного труда позволит тебе за меньшее время действительно глубоко овладеть необходимым объемом учебного материала.

В общем виде формула работы такова:

прочитал		проанализировал		осмыслил
----------	--	-----------------	--	----------

- Читай внимательно, вдумчиво.

При анализе (с карандашом в руках) максимально спрессуй материал, разложи его как бы по полочкам, составь логические цепочки (схему), вычлени **самое главное**.

Требования к оформлению рефератов

1. Реферат выполняется на стандартных листах (формат А-4) с одной стороны в машинописном виде. Работа брошюруется.
2. Примерный объем реферата – от 10 страниц.
3. В этот объем включаются:
 - оглавление/содержание,
 - введение/вступление,
 - основной текст,
 - заключение,
 - список использованных источников и литературы.
4. Все страницы, начиная с 2-й, нумеруются. Номера страниц проставляют посередине нижнего поля листа (-12-). Текст печатается шрифтом Times New Roman, кеглем 12, с междустрочным интервалом 1,0. Шрифт печати должен быть прямым, четким, черного цвета, одинаковым по всему объему текста. Разрешается использовать полужирный шрифт при выделении заголовков структурных частей курсовой (дипломной) работы (**оглавление, введение, название главы, заключение** и т.д.). Заголовки печатаются прописными буквами в середине строк, используя шрифт кеглем на 1-2 пункта больше, чем шрифт в основном тексте.
5. Страница с текстом должна иметь все поля по 2 см
6. Текст выравнивается по ширине с отступом первой строки каждого абзаца 1 см.
7. Первым листом работы является титульный лист, оформляемый в соответствии с прилагаемым образцом (Приложение 1). Шрифт - Times New Roman, кегль 14 с междустрочным интервалом 1,0. Для слова «Реферат» и для наименования темы допускается использование полужирного шрифта/курсива и кегля до 20.
8. На втором листе помещается оглавление, где указываются основные разделы работы и соответствующие им страницы. Основными разделами курсовой (дипломной) работы являются введение, главы основного текста заключение, список использованных источников и литературы. Желательно, чтобы оглавление помещалось на одной странице. Текст должен соответствовать оглавлению как по содержанию, так и по форме. Введение, отдельные главы и заключение всегда в самом тексте начинаются с новой страницы. Перенос слов в заголовках не допускается. Пример оглавления смотрите в Приложении 2.
9. Список использованной литературы оформляется на отдельном листе. Источники нумеруются. Каждый источник записывается с новой строки. Пример оформления списка и описания источников – в Приложении 3.

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого»

МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

РЕФЕРАТ

по <название дисциплины>

на тему:

«Тема»

Выполнил/Выполнила:

студент/студентка гр. _____

Ф.И.О

Проверил:

Великий Новгород

20__

Содержание

1. Вступление.	2
2. Характеристика современных антидотов	3
3. Классификации антидотов.....	4
1) Антидоты прямого действия	4
2) Антидоты непрямого действия	5
3) Краткая характеристика механизмов антидотного действия	6
4. Антидоты, связывающие токсикант (химические антагонисты)	7
1) Прямое химическое взаимодействие	8
2) Хелатирующие агенты - комплексообразователи	9
3) Препараты, содержащие кобальт.	10
4) Антитела к токсикантам.	11
5. Опосредованная химическая нейтрализация.....	12
6. Биохимический антагонизм.....	13
7. Физиологический антагонизм.	14
Список использованной литературы.....	15

Список использованной литературы

1. Воспаление и иммунный ответ в таблицах и рисунках: С. М. Белоцкий, Р. Р. Авталион — Москва, Гончарь, 2006 г.- 64 с
2. Патологическая физиология и биохимия: Ашмарин И.П., Каразеева Е.П., Карабасова М.А. и др. — Москва, Экзамен, 2005 г.- 480 с.
3. Патопфизиология. Том 1. Общая патопфизиология с основами иммунопатологии: А. Ш. Зайчик, Л. П. Чурилов — Санкт-Петербург, ЭЛБИ-СПб, 2008 г.- 656 с.
4. Патопфизиология: учебник: в 2 т. / под ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И. Уразовой. – ГЭОТАР-Медиа, 2009.

Инструкции по написанию и защите реферата

1. Реферат оформляется согласно Приложениям 2 и 3.
2. Источники информации должны быть релевантными (подходящими) – учебники для среднего и высшего медицинского образования, монографии, профессиональные медицинские журналы и рецензируемые веб-сайты. **СТРОГО ЗАПРЕЩЕНО** использовать онлайн-энциклопедию Wikipedia, сайты с рефератами, и рефераты, загруженные с сайтов.
3. Ссылки на все источники информации обязательно должны быть приведены в Списке использованной литературы. При ссылке на веб-сайт указывается дата обращения к данной странице.
4. Иллюстрации, графики и схемы приветствуются. Каждая из них должна быть помещена в подходящее место по тексту реферата и быть подписана соответствующим образом.
5. При защите реферата студент должен владеть представленной в нем информацией в полном объеме и смочь ответить на вопросы по теме реферата и смежным темам.
6. Реферат защищается устно перед всей группой. Текст реферата докладывается, а не читается с листа.
7. Время на доклад ограничено – 10 минут.
8. При защите реферата вопросы задаются не только преподавателем, но и студентами. Вопросы поощряются, так же, как и правильные ответы на них.
9. По желанию студента к защите реферата может быть подготовлена мультимедийная презентация по его теме (см. Приложение 5).

Инструкции по созданию и проведению мультимедийной презентации

1. Презентация оформляется в формате Microsoft Powerpoint 1997-2003 (*.ppt) или 2007 (*.pptx).
2. Первый слайд презентации – титульный. Указываются те же реквизиты, что и на титульном листе реферата (см. Приложение 2), но без слова «Реферат». Тема презентации помещается в центре слайда, заключается в кавычки, и выделяется жирным шрифтом
3. Вводная теоретическая информация, актуальность проблемы не требуют отдельного слайда, а докладываются устно.
4. Каждый слайд презентации, кроме титульного, должен иметь заглавие и, собственно, содержание. Общее правило «меньше текста – больше изображений, графиков, таблиц».
5. Кегль на слайдах должен быть не менее 17.
6. При подборе фона слайдов, цвета текста следует руководствоваться элементарными дизайнерскими понятиями – презентация должна быть удобна и приятна для просмотра. Количество цветов на слайде не должно превышать 3-4. Существуют 2 одобренных цветовых решения – черный текст, белый/ светлый фон, синий фон, белый/желтый текст.
7. Использование анимации и музыкального сопровождения **СТРОГО ЗАПРЕЩЕНО**.
8. Текст на слайдах должен быть выровнен по ширине.
9. Изображения, графики, таблицы в обязательном порядке подписываются.
10. Источники информации должны быть релевантными (подходящими) – учебники для среднего и высшего медицинского образования, монографии, профессиональные медицинские журналы и рецензируемые веб-сайты. **СТРОГО ЗАПРЕЩЕНО** использовать онлайн-энциклопедию Wikipedia, сайты с рефератами, и рефераты, загруженные с сайтов.
11. Ссылки на все источники информации обязательно должны быть приведены в Списке источников информации в конце презентации. При ссылке на веб-сайт указывается дата обращения к данной странице. Правила оформления те же, что и для рефератов.
12. При проведении презентации студент должен владеть представленной в ней информацией в полном объеме и смочь ответить на вопросы по ней и смежным темам.
13. Презентация проводится устно перед всей группой. **ЧТЕНИЕ ТЕКСТА СО СЛАЙДОВ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ**
14. Время на доклад ограничено – 10 минут.

15. При защите реферата вопросы задаются не только преподавателем, но и студентами. Вопросы поощряются, так же, как и правильные ответы на них.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Классификация

По происхождению травмы делятся на:

1) производственные:

- а) промышленные;
- б) сельскохозяйственные.

2) непроизводственные: бытовые (транспортные, уличные, спортивные и пр.).

Виды повреждений челюстно-лицевой области.

1. Механические повреждения.

1) по локализации:

- а) травма мягких тканей (языка, крупных слюнных желез, крупных нервных стволов, крупных сосудов);
- б) травма костей (нижней челюсти, верхней челюсти, скуловых костей, костей носа, поражение двух и более костей);

2) по характеру ранения:

- а) сквозные;
- б) слепые;
- в) касательные;
- г) проникающие в полость рта;
- д) не проникающие в полость рта;
- е) проникающие в верхнечелюстные пазухи и полость носа;

3) по механизму повреждения:

- а) пулевые;
- б) оскольчатые;
- в) шариковые;
- г) стреловидные элементы.

2. Комбинированные повреждения:

- 1) лучевые;
- 2) отравления химическими веществами.

3. Ожоги.

4. Отморожения.

Повреждения делят на: 1) изолированные, 2) одиночные, 3) изолированные множественные, 4) сочетанные изолированные, 5) сочетанные множественные.

Сочетанная травма - повреждение 2 и более анатомических областей одним или более поражающим агентом.

Комбинированная травма - повреждение, возникшее вследствие воздействия различных травмирующих факторов.

Перелом - частичное или полное нарушение непрерывности кости.

Травматические повреждения зубов

Выделяют острую и хроническую травму зуба.

Острая травма зуба - возникает при одномоментном воздействии на зуб большой силы, в результате чего развиваются ушиб, вывих, перелом зуба, чаще встречается у детей, преимущественно травмируются передние зубы верхней челюсти.

Хроническая травма зуба - возникает при действии слабой по величине силы в течение продолжительного времени.

Этиология: падение на улице, удар предметами, спортивная травма; среди предрасполагающих к травме факторов отмечают неправильный прикус.

Эпидемиология и статистика травм передних зубов

У 30 % детей - травма молочных зубов, у 20 % - постоянных, у 75 % - это травма одного зуба, у 23 % - двух зубов.

Чаще всего травмируются:

- 1) 90 % - верхний центральный резец;
- 2) 5 % - верхний латеральный резец;
- 3) 4 % - нижний центральный резец;
- 4) 1 % - нижний латеральный резец.

Травма передних зубов приводит к следующим нарушениям:

- 1) нарушение эстетики - дефект заключается в отсутствии зуба или наличии сломанного зуба;
- 2) нарушение личности - человек стесняется, не может, как прежде, общаться с друзьями;
- 3) нарушение окклюзии. Если зуб отсутствует или сломан, соседние зубы стремятся закрыть промежуток. Зуб, потерявший своего антагониста, выдвигается;
- 4) нарушения речи и возникновение вредных привычек (прокладывание языка в дефект).

Во время речи и глотания язык толкает зубы вперед, что со временем приведет к выдвигению зубов вперед. Зубы участвуют в речеобразовании, следовательно, при их отсутствии произойдет нарушение речи.

Особенности обследования больного с острой травмой зубов: анамнез выясняют у пострадавшего, а также у сопровождающего его человека, записывают число и точное время травмы, место и обстоятельства травмы, сколько времени прошло до обращения к врачу; когда, где и кем была оказана первая медицинская помощь, ее характер и объем. Выясняют, не было ли потери сознания, тошноты, рвоты, головной боли (может быть черепно-мозговая травма), выясняют наличие прививок против столбняка.

Особенности внешнего осмотра: отмечают изменение конфигурации лица за счет посттравматического отека; наличие гематом, ссадин, разрывов кожи и слизистой оболочки, изменение окраски кожи лица. Также обращают внимание на наличие ссадин, разрывов на слизистой оболочке преддверия и полости рта. Тщательно проводят осмотр травмированного зуба, рентгенографию и электроодонтометрию травмированных и рядомстоящих зубов.

Травма передних зубов приводит к таким последствиям, как нарушение эстетики вследствие отсутствия зуба, окклюзии, развитию симптома Попова-Годона (выдвижение зуба, потерявшего своего антагониста), а также нарушения речи.

Классификация острой травмы зуба:

- 1) ушиб зуба.
- 2) вывих зуба:
 - а) неполный: без смещения, со смещением коронки в сторону соседнего зуба, с поворотом зуба вокруг продольной оси, со смещением коронки в сторону полости рта, со смещением коронки в сторону окклюзионной плоскости;
 - б) вколоченный;
 - в) полный;
- 3) трещина зуба;
- 4) перелом зуба (поперечный, косой, продольный):
 - а) коронки в зоне эмали;
 - б) коронки в зоне эмали и дентина без вскрытия полости зуба;
 - в) коронки в зоне эмали и дентина со вскрытием полости зуба;
 - г) зуба в области эмали, дентина и цемента;
 - д) корня (в пришеечной, средней и верхушечной третях);
- 5) сочетанная (комбинированная) травма;
- б) травма зубного зачатка.

Ушиб зуба - закрытое механическое повреждение зуба без нарушения его анатомической целостности.

Патогистология: повреждаются волокна периодонта: наблюдаются ишемия, надрыв или разрыв части волокон периодонта, особенно в области верхушки зуба; в пульпе развиваются обратимые изменения. Сосудисто-нервный пучок может быть сохранен полностью, может наблюдаться частичный либо

полный разрыв. При полном разрыве сосудисто-нервного пучка наблюдаются кровоизлияние в пульпу и ее гибель.

Клиническая картина ушиба зуба: наблюдаются постоянные ноющие боли в зубе, боли при накусывании и вертикальной перкуссии зуба, ощущение «выросшего зуба», окрашивание и потемнение коронки зуба в розовый цвет, подвижность зуба, отек, гиперемия слизистой оболочки десны в области травмированного зуба; рентгенологических изменений нет.

Лечение: обезболивание, покой зуба до прекращения болей при накусывании на зуб (исключение твердой пищи на 3-5 дней, уменьшение контакта с зубами-антагонистами путем их сошлифовывания; противовоспалительное лечение: физиотерапия).

Вывих зуба - изменение пространственного соотношения зуба со своей альвеолой.

Неполный вывих зуба - изменение положения коронки зуба в зубном ряду и смещение корня зуба по отношению к стенкам альвеолы.

Полный вывих зуба - полное выпадение зуба из альвеолы.

Этиология: механическое воздействие (удар, падение и др.) при неаккуратном использовании элеваторов для удаления зубов, повышенная нагрузка на зуб во время откусывания или пережевывания пищи.

Неполный вывих зуба: часть волокон периодонта разрывается, сохранившиеся растянуты на большем или меньшем протяжении. Зуб смещается в различном направлении. Сосудисто-нервный пучок иногда не разрывается, особенно при повороте зуба вокруг оси. Возможен некроз пульпы вследствие тромбоза ее сосудов.

Вколоченный и полный вывих зуба: разрыв всех волокон периодонта, перелом внутренней компактной пластинки альвеолы, полный разрыв сосудисто-нервного пучка, гибель пульпы.

Клиническая картина. Неполный вывих зуба: боль в зубе, усиливающаяся при прикосновении к нему, невозможность откусывания и пережевывания пищи, неправильное положение зуба, подвижность. Определяются отек, ссадины, кровоизлияния, раны губ или щек. Рот иногда полуоткрыт. Рентгенографически видно: сужение или полное отсутствие периодонтальной щели на стороне наклона зуба, а на противоположной - ее расширение. Ушиб, сотрясение (concussion) - небольшое кровоизлияние, незначительный разрыв периодонтальной связки зуба. Самая легкая травма: зуб неподвижен, но очень чувствителен на перкуссию. Чувствителен к прикосновению губ. На начальных этапах нет изменения цвета.

Лечение неполного вывиха зуба направлено на сохранение зуба.

1. Одномоментная репозиция зуба после обезболивания с последующей иммобилизацией с помощью шины. Проводится на фоне противовоспалительной, десенсибилизирующей и антибиотикотерапии.
2. Длительная репозиция ортодонтическими аппаратами при обращении пациента, когда зуб уже укрепился в неправильном положении.

Подвывих (subluxation) - перкуссия очень болезненна. Имеется небольшая подвижность зуба - обычно в буккально-лингвальном направлении.

Изменений положения зуба не имеется. Нарушения прикуса отсутствуют. На рентгенограмме патологии нет, возможно незначительное расширение периодонтальной щели.

Необходимы качественная гигиена полости рта в связи с возможностью развития инфекции, полоскания хлоргексидином. Возможно сошлифовывание зубов-антагонистов. С целью иммобилизации зуба делают шину сроком на 1 неделю, если есть небольшая подвижность и гиперчувствительность. Если месяц спустя травмы перкуссия и / (или) пальпация с вестибулярной стороны болезненны, нужно думать об осложнениях со стороны пульпы. Проводят проверку на жизнеспособность пульпы зуба - холод, тепло, ЭОД. Если есть болезненность - пульпа жива. Если нет - необходимо вскрытие пульповой камеры с последующим эндодонтическим лечением.

Вколоченный вывих зуба - внедрение корня зуба в толщу костной ткани альвеолярного отростка.

Наблюдаются боли, «укорочение» коронки зуба, кровотечение из десны, подвижность зуба отсутствует; над десной располагается только часть коронки зуба, корень зуба может располагаться в мягких тканях либо в толще кости. Рентгенографически выявляется: высота коронки меньше соседних зубов, перелом костного вещества лунки, корень зуба в кости. В молочном прикусе может наблюдаться травма зачатка постоянного зуба.

Вколоченный вывих зуба:

- 1) выжидательная тактика (зуб может выдвинуться в первоначальное положение);
- 2) одномоментная репозиция с иммобилизацией зуба;
- 3) длительная репозиция ортодонтическими аппаратами;
- 4) удаление зуба с последующей реплантацией - возвращением зуба в его лунку;
- 5) удаление зуба с последующим протезированием.

Переломы зубов - повреждения зуба с нарушением целостности его коронки или корневой части. Травма зубов может сопровождаться разрушением лунки зуба, переломами альвеолярного отростка или челюстей.

Различают:

- 1) переломы неполные (без вскрытия пульпы):
 - а) трещины эмали и дентина;
 - б) краевой перелом коронки в зоне эмали;
 - в) краевой перелом коронки в зоне эмали и дентин;
- 2) переломы полные (со вскрытием пульпы) открытые и закрытые:
 - а) шейки зуба;
 - б) корня;
 - в) верхушки корня.

Клиническая картина: боли в зубе во время травмы, усиливающиеся при нагрузке, розовая окраска коронки, подвижность зуба, дефекты коронки. Рентгенологически выявляются: наличие полосы просветления (линия перелома), иногда смещение отломков.

Лечение. Объем помощи определяется уровнем и характером перелома:

- 1) при повреждении эмали и дентина без вскрытия пульпы зуба - сошлифовывают острые края коронки;
- 2) при переломе коронки с вскрытием пульпы проводят консервативное лечение (если больной обратился в срок, не превышающий 12 ч), либо удаляют коронковую часть пульпы и пломбируют канал корня зуба (при обращении в более поздние сроки) с последующим восстановлением анатомической формы зуба пломбировочным материалом, коронкой, штифтовым зубом;
- 3) при значительных разрушениях зубы удаляют.

Травма тканей, поддерживающих зуб

Неогнестрельные ранения и повреждения лица и челюстей различают:

- 1) по причине возникновения:
 - а) бытовая травма;
 - б) транспортная;
 - в) уличная;
 - г) производственная;
 - д) спортивная;
- 2) по характеру повреждения:
 - а) изолированные повреждения мягких тканей лица:
 - с нарушением целостности кожных покровов или слизистой оболочки полости рта (раны);
 - без нарушения их целостности (ушибы);
 - б) переломы костей лица:
 - с нарушением целостности кожных покровов или слизистой оболочки полости рта (открытые переломы);
 - без нарушения их целостности (закрытые переломы);
 - в) повреждения мягких тканей и костей лица в сочетании с повреждением других областей тела.

Ушибы челюстно-лицевой области

Раны мягких тканей лица

Раны - повреждение мягких тканей с нарушением целостности кожных покровов или слизистой оболочки рта.

Различают раны:

- 1) поверхностные;
- 2) глубокие.

По отношению к естественным полостям (полости рта, носа, верхнечелюстным пазухам):

- 1) проникающие;
- 2) непроникающие.

По характеру травмирующего агента:

- 1) резаные;
- 2) ушибленно-рваные;
- 3) рваные;

- 4) колотые;
- 5) укушенные.

Клиническая картина: определяются характером раны, локализацией и сопутствующими повреждениями костей лица. Резаная рана: рана зияет, имеет ровные края.

Рубленые: обширные повреждения, часто повреждается костный скелет лица, часто проникающие. Влияние микробной загрязненности значительно.

Ушибленно-рваная и колотая рана: редко наблюдаются сильные кровотечения, чаще происходят загрязнение и обильное инфицирование ран. При укушенных ранах часто возникает дефект тканей. Типичные локализации: кончик носа, верхняя и нижняя губа, ушная раковина. Возможно заражение бешенством при укусе животных.

Для проникающих в верхнечелюстную пазуху, полость носа, рта ран характерно кровотечение изо рта и носа.

Лечение ран челюстно-лицевой области: осуществляется в соответствии с общими принципами лечения ран. Особенности:

- 1) экономное иссечение тканей в области краев раны;
- 2) широкое применение первичной пластики при наличии дефекта мягких тканей;
- 3) применение обшивания раны (соединения швами краев кожи с краями слизистой оболочки полости рта);
- 4) сроки первичной хирургической обработки с наложением швов увеличены до 48 ч, а иногда и до 72 ч с момента травмы.

Хирургическую обработку ран производят под местной инфильтрационной и проводниковой анестезией.

Рану промывают теплыми растворами антисептиков, прикрывают стерильным тампоном. Кожу вокруг раны протирают спиртовым раствором йода, йодиолом, спиртом; проводят ревизию раны, удаляют кровяные сгустки, инородные тела, свободно лежащие осколки кости. Экономно иссекают размозженные нежизнеспособные ткани, производят остановку кровотечения перевязкой сосудов в ране. Послойно ушивают края раны, начиная со слизистой оболочки полости рта. Вводят дренаж. Назначают антибиотикотерапию.

Переломы челюстно-лицевой области

1. Открытые - имеется сообщение костной раны с окружающей средой, все переломы в пределах зубного ряда принято считать открытыми.
2. Закрытые - такое сообщение не имеется, к ним относятся: перелом ветви нижней челюсти, мышечного и венечного отростка, внутрисуставные переломы.

По числу и расположению переломы делятся на:

- 1) односторонние;
- 2) двусторонние, когда имеется 2 перелома по обе стороны от средней линии;
- 3) тройные и т. д.;
- 4) двойные, 2 перелома по одну сторону от средней линии.

По характеру линии перелома:

- 1) линейные;
- 2) оскольчатые.

Методы иммобилизации при переломах челюстей

Иммобилизация:

- 1) временная (транспортная): круговая бинтовая теменно-подбородочная повязка, стандартная транспортная повязка, мягкая подбородочная праща Померанцевой-Урбанской, металлические шины-ложки с внеротовыми стержнями, межчелюстное лигатурное скрепление;
- 2) постоянная (лечебная): с помощью шин: назубные (гладкая шина-скоба, ленточная шина Васильева, алюминиевая шина Тигерштедта), зубонадесневые (шина Вебера, шина Ванкевича), наддесневые (шина Порты).

Вывих височно-нижнечелюстного сочленения (вывих нижней челюсти)

Среди всех вывихов эти травмы составляют от 1,5 до 5,5 %, возникают преимущественно у женщин, что связано с меньшей глубиной суставной ямки и менее развитым связочным аппаратом. Вывих нижней челюсти может наступить при сильном открывании рта, при крике, зевоте, рвоте, во время удаления зуба, зондирования желудка, интубации трахеи, во время наркоза и др.

Вывихи бывают:

- 1) травматические и врожденные;
- 2) острые и привычные;
- 3) передние и задние;
- 4) односторонние и двусторонние.

При воздействии на область нижней челюсти возникает травматический острый вывих, при этом сагиттальное направление удара вызывает двустороннее поражение, а удар сбоку - односторонний вывих. Привычный вывих возникает в результате травматического вправления острого вывиха, перерастяжения суставной капсулы, аномалиях прикуса и отдельных видах деформаций челюстей. При смещении головки нижней челюсти кпереди возникают передние вывихи, при смещении головки нижней челюсти кзади возникают задние вывихи (наблюдаются при переломах мышечкового отростка). Чаще наблюдаются передние двусторонние вывихи. Возможно развитие вывиха при сильном раскрытии рта (при еде, крике, зевоте, при вмешательствах - удалении зуба, зондировании желудка, интубации и т. д.). Патогенез связан с растяжением либо разрывом суставной капсулы. Имеет значение врожденная слабость связочного аппарата.

Клиническая картина: боль, невозможность закрывания рта, невозможность принятия пищи, затруднение речи, слюнотечение. При одностороннем вывихе подбородок, уздечка нижней губы смещены в здоровую сторону. При одностороннем переломе мышечкового отростка смещение происходит в сторону повреждения. При двустороннем вывихе рот широко открыт, подбородок смещается вниз, жевательные мышцы напряжены, щеки уплощены.

При пальпации головка нижней челюсти прощупывается под скуловой дугой впереди суставного бугорка, область впереди от козелка уха западает. Со стороны наружного слухового прохода движения головки не определяются. Положение заднего края ветви челюсти имеет косое направление. Угол челюсти сближается с сосцевидным отростком. Для диагностики необходима томограмма височно-нижнечелюстных суставов.

При острых вывихах значительно растягиваются связки сустава, что может привести к привычному вывиху при отсутствии должного лечения и реабилитации. Застарелые невправимые вывихи требуют специального хирургического лечения.

Лечение: вправление вывиха под обезболиванием (проводниковая по Берше-Дубову или инфльтрационная анестезия). Больной усаживается на низкий стул, чтобы голова упиралась в стенку или спинку стула, а нижняя челюсть находилась на уровне локтевого сустава руки врача. Врач становится впереди больного, накладывает большие пальцы обеих рук, обернутых плотными слоями марли или полотенцем, на коренные зубы нижней челюсти справа и слева. Остальными пальцами охватывает челюсть снизу. При двустороннем вывихе вправление проводят одновременно. Совершают толчок кзади, быстро убирают большие пальцы с поверхности зубов во избежание их прикусывания. После вправления вывиха иммобилизируют нижнюю челюсть працевидной повязкой, стандартной пластмассовой пращей или межчелюстными лигатурами. Иммобилизацию проводят на 12-14 дней с обязательным назначением челюстной диеты. При привычных вывихах рекомендуется ортопедическое лечение.

Подвывих височно-нижнечелюстного сустава

Неполный вывих нижней челюсти обычно не требует вправления. Подвывих чаще бывает впереди, реже - кзади. Подвывих может развиться как осложнение после вывиха.

Клиническая картина: при широком открывании рта нижняя челюсть кратковременно фиксируется в состоянии максимального отведения книзу, а затем вправляется самостоятельно или при небольшом вспомогательном усилии руками. Подвывихи носят хронический характер. Указанное явление наблюдается при строении сустава, когда суставной бугорок слабо выражен. Рентгенологически при подвывихе впереди головка нижней челюсти располагается на вершине или на переднем скате бугорка.

Лечение: при удовлетворительной высоте суставного бугорка, но слабости связочного аппарата целесообразно ограничить открывание рта с помощью аппарата Петросова или шины Ядровой. При отсутствии эффекта возможны ушивание суставной капсулы, увеличение высоты суставного бугорка.

Переломы костей лица

Они делятся на:

- 1) травматические;

2) патологические (самопроизвольные, спонтанные при наличии опухоли, воспалительных процессов). Переломы костей лица составляют 3,8 % всем переломам.

Классификация механических повреждений верхней, средней, нижней и боковых зон лица

1) по локализации:

а) травмы мягких тканей с повреждением:

- языка;
- слюнных желез;
- крупных нервов;
- крупных сосудов.

б) травмы костей:

- нижней челюсти;
- верхней челюсти и скуловых костей;
- костей носа;
- двух костей и более;

2) по характеру ранения: сквозные, слепые, касательные; проникающие в полость рта, не проникающие в полость рта; проникающие в верхнечелюстные пазухи и полость носа;

3) по механизму повреждения:

а) огнестрельные: пулевые, осколочные, шариковые, стреловидными элементами;

б) комбинированные поражения;

в) ожоги;

г) отморожения.

Повреждения лица могут быть изолированным, одиночными, изолированными, множественными: сочетанными изолированными (сопутствующие и ведущие), сочетанными множественными (сопутствующие и ведущие).

Переломы, сопровождающиеся повреждением кожных покровов и слизистой оболочки полости рта, носа, считаются открытыми (все переломы в пределах зубного ряда). Переломы без повреждения мягких тканей принято считать закрытыми. Проникающими называются повреждения, при которых рана соединяется с полостью рта, носа, придаточными пазухами, глоткой, трахеей.

Клиническая картина: резкие боли, полуоткрытый рот, слюнотечение, невнятная речь, расстройства жевания, глотания, изменение формы лица, нарушение прикуса, патологическая подвижность отломков, нарушение функций черепно-мозговых нервов, гематома, болезненная припухлость, отек лица.

Нарушение целостности костных структур необходимо определять на рентгенограммах в двух проекциях.

Осложнения переломов костей лица.

Непосредственные осложнения - острая дыхательная недостаточность, асфиксия, кровотечение, шок, коллапс, воздушная эмболия, первичное обезображивание лица, нарушение акта жевания и глотания.

Ранние осложнения - на этапах эвакуации или в лечебном учреждении - ранние кровотечения, гематомы, кровоизлияния, нарастающая дыхательная недостаточность при проходимости дыхательных путей; подкожная эмфизема лица, острые воспалительные осложнения (нагноение гематомы, абсцессы, флегмоны).

Поздние - вторичные кровотечения, бронхопульмональные осложнения, травматические остеомиелиты, синуситы, рожистое воспаление, газовая и гнилостная инфекция, столбняк, менингит, сепсис, травматические кисты, аневризмы, контрактуры, неправильное сращение костных отломков, анкилоз, ложные суставы, нарушение прикуса, избыточное образование костной мозоли, повреждения нервов, слюнные свищи и кисты, рубцы, вторичное обезображивание, эмоционально-психические расстройства.

Переломы альвеолярного отростка

Встречаются чаще на верхней челюсти, сопровождаются переломами или вывихами зубов.

Клиническая картина: нарушение прикуса, разрывы слизистой оболочки по линии перелома, кровоизлияния в области преддверия полости рта, патологическая подвижность участка альвеолярного отростка, затруднения при жевании и речи, переломы и вывихи зубов. Диагноз ставится по результатам рентгенологического исследования.

Лечение. Удаление отломков отростка вместе с прилежащими зубами, так как их приживание невозможно. Острые костные края сглаживают и укрывают лоскутами из быстротвердеющей пластмассы.

Переломы верхней челюсти

Составляют около 7 % всех переломов костей лица.

Согласно классификации Лефора переломы верхней челюсти разделяют на 3 типа.

Лефор I (верхний тип) - линия перелома проходит через носолобный шов, по внутренней стенке глазницы до места соединения верхне- и нижнеглазничной щелей.

Лефор II (средний тип) - линия перелома проходит в месте соединения лобного отростка верхней челюсти с носовой частью лобной кости и костями носа.

Лефор III (нижний тип) - линия перелома проходит в горизонтальной плоскости над альвеолярным отростком и сводом твердого неба.

Преобладающее число переломов верхней челюсти являются открытыми в связи с разрывами слизистой оболочки полости рта, носа и верхнечелюстной пазухи.

Клиническая картина: сильные боли при смыкании челюстей, открытый прикус, удлинение и уплощение лица за счет смещения отломков книзу,

подвижность отломков, отечность и гематомы вокруг глаз, изменение чувствительности в области иннервации второй ветви тройничного нерва при переломах в области подглазничного отверстия, кровотечение из носа, болезненность при надавливании на крыловидный отросток основной кости, при двусторонних переломах глазное яблоко опускается вместе с нижним краем глазницы, вывих зубов верхней челюсти. При пальпации обнаруживаются крепитация, подкожная эмфизема, подвижность альвеолярного отростка, а при более тяжелых типах переломов - и всей верхней челюсти.

При переломах основания черепа обычно наблюдают ликворею из носа, наружного слухового прохода, в области раневых поверхностей слизистой оболочки полости рта.

Диагноз уточняет рентгенологическое исследование.

Переломы верхней челюсти тем тяжелее, чем выше расположена линия перелома и чем более значительный костный массив отделен от основания черепа.

Лечение и реабилитация. Первая помощь после остановки кровотечения, противошоковых мероприятий и профилактики асфиксии заключается в попытке вправления отломков до установления правильного прикуса с последующей их временной фиксацией.

Все способы иммобилизации при переломах верхней челюсти сводятся к фиксации ее к основанию черепа.

Переломы нижней челюсти

Переломы нижней челюсти составляют около 70 % всех переломов костей лица. Переломы в области тела нижней челюсти, включая центральные и боковые отделы, область угла, наблюдаются почти у 80 % больных. Переломы ветви челюсти разделяют на переломы собственно ветви, венечного и мышечкового отростка. Следует различать одиночные, двойные (односторонние и двусторонние), тройные и множественные переломы нижней челюсти, без смещения и со смещением отломков, линейные, оскольчатые, с наличием или отсутствием зубов в линии перелома. Переломы в области зубного ряда считаются открытыми. Чаще всего линии переломов проходят в местах наименьшего сопротивления кости нижней челюсти («линии слабости»): шейка мышечкового отростка, угол челюсти, лунка 8 зуба, область клыка, область подбородочного отверстия, средняя линия.

Клиническая картина: резкие боли при жевании и разговоре, отечность мягких тканей в области перелома. Рот полуоткрыт, слюна окрашена кровью. Пальпация нижней челюсти выявляет патологическую подвижность отломков и локальную болезненность.

Рентгенологически перелом нижней челюсти характеризуется наличием линии просветления, являющейся отображением плоскости перелома, имеющей линейный характер.

Лечение: первая помощь пострадавшему заключается в профилактике кровотечения или борьбе с ним, а также асфиксией, шоком, в введении противостолбнячной сыворотки (3000 МЕ).

Транспортная (временная) иммобилизация требует использования повязок, фиксирующих нижнюю челюсть к верхней. На зубы можно наложить лигатурные повязки. Необходимо шинирование челюстей.

Оперативные методы лечения проводятся при недостаточном количестве или полном отсутствии зубов, при подвижности зубов; при переломах за пределами зубного ряда (угол, ветвь, мышелковый отросток); большом смещении отломков и интерпозиции мягких тканей; при дефектах кости челюсти; множественных переломах; комбинированных поражениях.

Методы прямого остеосинтеза:

- 1) внутрикостные - штифты, стержни, спицы, винты;
- 2) на костные - клей, круговые лигатуры, полумуфты, желобки;
- 3) внутрикостно-на костные - костный шов производится различными материалами, химический остеосинтез с помощью быстротвердеющих пластмасс;

Методы непрямого остеосинтеза:

- 1) внутрикостные - спицы Киршнера, штифтовые внеротовые аппараты без компрессии и с компрессионным устройством;
 - 2) на костные - подвешивание нижней челюсти к верхней, круговые лигатуры с налесневыми шинами и протезами, клеммовые внеротовые аппараты (зажимы), клеммовые внеротовые аппараты с компрессионным устройством.
- Переломы у детей часто бывают без смещения по «типу зеленой ветки» в области центрального, бокового отделов, мышелкового отростка.

Переломы костей носа

Составляют около 10 % всех переломов лицевого скелета, могут сопровождаться переломами орбиты, придаточных пазух носа, решетчатого лабиринта. Почти у 40 % больных имеет место сочетанная черепно-мозговая травма.

Клиническая картина: деформация носа (искривление, уплощение, боковое смещение), отек мягких тканей, носовое кровотечение, затруднение носового дыхания. При пальпации отмечается подвижность костных отломков.

Лечение: репозиция отломков под местной инфильтрационной анестезией. Проводят специальными элеваторами или кровоостанавливающим зажимом с надетой на него резиновой трубкой. Инструмент осторожно вводят в носовой ход, приподнимают запавшие осколки и вправляют их надавливанием пальца. Перед вправлением следует удалить сгустки крови из носовых ходов, а после репозиции ввести по нижнему носовому ходу смоченные вазелиновым маслом полихлорвиниловые трубки. Последние обеспечивают носовое дыхание и избавляют больного от образования синехий.

Переломы скуловой кости и скуловой дуги

Составляют около 10 % всех переломов костей лица. Травма скуловых костей может наступить в результате прямого удара или при сдавливании лицевого скелета. Смещение отломков зависит от направления травмирующей силы и редко от сокращения мышц. Переломы скуловой кости почти у половины больных сопровождаются сочетанными повреждениями верхней челюсти (верхнечелюстная пазуха), костей орбиты и носа. У 30 % больных наблюдаются черепно-мозговые повреждения.

Клиническая картина: отек мягких тканей в подглазничной и околоушно-жевательной областях, распространяющийся на нижнее и верхнее веко; западение скуловой области после уменьшения отека мягких тканей, кровотечение из носа и ушей; боли и ограничения при открывании рта и при жевании; головокружение; шум в ушах; понижение слуха и остроты зрения (диплопия); кровоизлияния в сетчатку глаза, энофтальм; смещение глазного яблока вниз; подкожная эмфизема лица на стороне повреждения; изменение чувствительности в области иннервации нижнеглазничного нерва.

Лечение: зависит от степени смещения отломков, характера перелома и сроков оказания помощи после травмы. Переломы без смещения лечатся консервативно. Репозицию отломков проводят под местной анестезией. При незначительном смещении отломки можно вправить пальцем со стороны преддверия полости рта, лопаткой Буяльского или шпателем, крючком Лимберга. После вправления больной должен ограничить открывание рта, принимать жидкую пищу до 12-14-го дня после травмы.