

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

## **КУРС КЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**УТВЕРЖДАЮ**

Зав. курсом: И.А. Казанцева



### **МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА № 12**

**Темы тематического блока контактной работы обучающегося на  
занятиях семинарского типа  
(9 СЕМЕСТР)**

**ДЛЯ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

**РАЗДЕЛ (МОДУЛЬ) «КЛИНИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»  
(ДИСЦИПЛИНА «СТОМАТОЛОГИЯ»)**

**РАЗДЕЛ: Хирургия полости рта**

**ТЕМА № 12:**

**Травма зубов, челюстей и мягких тканей челюстно-лицевой области.  
Принципы лечения и неотложная помощь.**

**ЦЕЛЬ:**

На основании практических и теоретических знаний научиться правильно и своевременно диагностировать, проводить адекватное комплексное лечение больных с травмами челюстно-лицевой области; правильно выбрать показания и противопоказания для проведения хирургических вмешательств, рационально подобрать необходимый инструментарий; научиться определять показания к госпитализации больного.

**Формируемые общекультурные компетенции (ОК):** ОК-7

**Формируемые общепрофессиональные компетенции (ОПК):** ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7

**Формируемые профессиональные компетенции (ПК):** ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-8, ПК-9

**ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТЕМЫ ТЕМАТИЧЕСКОГО БЛОКА ЗАНЯТИЯ: 5 часов (225 минут).**

**МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ:** тематические пациенты, клинические кабинеты; методические разработки, тестовые задания, ситуационные задачи, наборы рентгенограмм; учебная литература, мультимедийные презентации, учебные видеофильмы.

**МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:** учебные базы курса

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ:**

1. Анатомо-топографические особенности верхней и нижней челюсти и прилегающих к ним мягких тканей.
2. Причины травматизма челюстно-лицевой области.
3. Классификация повреждений челюстно-лицевой области.
4. Методы обследования пациентов с повреждениями челюстно-лицевой области.
5. Клиническая картина травм мягких тканей лица и челюстно-лицевой области.
6. Принципы лечения травм мягких тканей челюстно-лицевой области.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

- 1) Классификация травм мягких тканей лица и челюстно-лицевой области;
- 2) Клиника, диагностика травм мягких тканей лица и челюстно-лицевой области;
- 3) Принципы лечения травм мягких тканей лица и челюстно-лицевой области, неотложная помощь.
- 4) Лечение переломов нижней челюсти. Неотложная помощь. Временная, постоянная иммобилизация.

### **СХЕМА ОРИЕНТИРОВОЧНОЙ ОСНОВЫ ДЕЙСТВИЯ.**

1. Ответьте на вопросы или тесты контроля исходного уровня знаний.
2. После инструктажа преподавателя о содержании практической работы на занятии, алгоритме выполнения манипуляций приступите к выполнению самостоятельной работы.
3. Опросите пациента о характере жалоб.
4. Соберите анамнез жизни, анамнез заболевания.
5. Оцените общее состояние пациента.
6. Проведите внешний осмотр пациента, оцените состояние регионарных лимфатических узлов.
7. Проведите осмотр полости рта.
8. Получите информированное добровольное согласие пациента на проведение стоматологического вмешательства, оговорите с руководителем практики особенности вмешательства у данного пациента.
9. Проведите стоматологические манипуляции согласно плану-алгоритму.
10. Заполните медицинскую и отчетную документацию.
11. Решите задания итогового контроля (вопросы, тесты или ситуационные задачи).
12. Получите задание для внеаудиторной самостоятельной работы.

### **Контроль итогового уровня знаний**

#### **ТЕСТЫ**

001. Основным симптомом перелома верхней челюсти является
- а) головная боль
  - б) носовое кровотечение
  - в) патологическая подвижность нижней челюсти
  - г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей
  - д) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

002. Симптом нагрузки при переломах нижней челюсти определяется давлением
- а) на скуловые кости снизу вверх
  - б) на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
  - в) на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
  - г) на крючок крыловидного отростка снизу вверх
003. Характерный симптом при одностороннем переломе мышцелкового отростка нижней челюсти
- а) открытый прикус
  - б) кровотечение из носа
  - в) разрыв слизистой альвеолярного отростка
  - г) изменение прикуса моляров со стороны перелома
  - д) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома
004. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области заключаются
- а) в антисептической обработке, наложении швов и повязки
  - б) в остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки
  - в) в иссечении некротически измененных тканей, удалении кровных сгустков, дренировании раны
  - г) в антисептической обработке, в иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны на себя
  - д) в экономном иссечении тканей в области раны, использовании первичной пластики, обшивании раны (подшивание слизистой оболочки к коже)
005. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение
- а) первого часа
  - б) 8-12 часов
  - в) 24-48 часов
  - г) 3 суток
  - д) 8 суток
006. Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя
- а) 8-12 часов
  - б) 24 часа
  - в) 48 часов
  - г) 8 суток

007. Первично отсроченный шов при ранениях лица накладывают
- а) на 4-5-е сутки
  - б) на 6-7-е сутки
  - в) на 7-8-е сутки
  - г) на 8-9-е сутки
008. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают
- а) на 4-5-е сутки
  - б) на 8-9-е сутки
  - в) после эпителизации раны
  - г) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
009. Поздний вторичный шов при ранениях лица накладывают
- а) на 4-5-е сутки
  - б) после эпителизации раны
  - в) с началом формирования рубца
  - г) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
010. Вторичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области проводят
- а) при эпителизации раны
  - б) при отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций
  - в) при медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса
011. Обязательным мероприятием при проведении первичной хирургической обработки ран лица является введение
- а) гамма-глобулина
  - б) антирабической сыворотки
  - в) стафилококкового анатоксина
  - г) противостолбнячной сыворотки
012. Внеротовые средства для иммобилизации перелома нижней челюсти, используемые в СХППГ
- а) Порта
  - б) аппарат Збаржа
  - в) аппарат Рудько
013. Остеосинтез по Макиенко проводится
- а) спицей
  - б) минипластинами
  - в) стальной проволокой
  - г) бронзо-алюминиевой лигатурой

д) компрессионно-дистракционным аппаратом

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача № 1.

Пациент Г., 30 лет, обратился с жалобами на выраженную припухлость в области левой половины лица и отсутствие чувствительности в подглазничной области слева.

Из анамнеза выяснено, что около трех суток назад получил травму челюстно-лицевой области. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний: простудные болезни; два года назад получил перелом правого предплечья и правой голени в результате автомобильной аварии. Год назад был перелом нижней челюсти слева в области подбородка.

При осмотре определяется значительный отек мягких тканей в подглазничной области слева, имеется кровоизлияние в нижнее веко слева, парестезия кожи подглазничной области слева, ограничение открывания рта до 2,0 см, пальпаторно определяется симптом «ступеньки» по нижнеглазничному краю слева. В полости рта 24 зуб отсутствует, остальные зубы неподвижны, в прикусе. Подвижности в области бывшего перелома нет, но имеется утолщение кости по нижнечелюстному краю слева в проекции 33, 34, 35 зубов.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Какое дополнительное исследование необходимо провести?
4. Составьте план лечения.
5. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти.

### Задача № 2.

Пациент Н., 20 лет, обратился с жалобами на припухлость нижней и верхней губ, на приступообразные боли иррадирующего характера в области фронтальных зубов верхней челюсти.

Из анамнеза выявлено, что 5 часов назад получил удар в лицо. Сознание не терял, тошноты и рвоты не было.

Объективно: отек мягких тканей верхней и нижней губы. На красной кайме верхней губы - рана глубиной около 1 см. Рот открывается в полном объеме. Перелом коронки 21 зуба в области латерального угла коронки, корневая пульпа обнажена, резкая боль от прикосновения, на температурные раздражители. 11 смещен в небную сторону, резкая боль при перкуссии, из-под десны сукровичное отделяемое. Скол медиального угла режущего края в пределах дентина 12 зуба, зондирование болезненно. Клыки, премоляры и моляры верхней челюсти устойчивы, интактны. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Проведите дополнительное обследование.
3. Окажите неотложную помощь.
4. Спланируйте реставрацию фронтальных зубов верхней челюсти.
5. Как проводится профилактика столбняка?

### **Задача № 3.**

Пациент А., 20 лет, в результате автомобильной аварии получил травму нижней челюсти. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. На третьи сутки после травмы обратился в травматологический пункт по месту жительства и был направлен в специализированную клинику.

Из анамнеза выявлено, что за 6 месяцев до последней травмы был перелом тела нижней челюсти слева.

Объективно: рот открывается до 1,5 см, пальпаторно определяется болезненность в области мышцелкового отростка слева. При нагрузке на подбородок возникает боль в области мышцелкового отростка нижней челюсти слева. 37 зуб отсутствует, остальные зубы неподвижны, в прикусе, патологической подвижности на месте бывшего перелома нет, но имеется утолщение кости по краю нижней челюсти слева.

При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - линия перелома в области основания мышцелкового отростка нижней челюсти справа. Малый фрагмент смещен кпереди и кнутри.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте план лечения.
4. Опишите методику оперативного лечения.
5. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

## **РОЛЕВАЯ ИГРА**

Количество участников: 4- 7 студентов.

Роли: пациент, врач-стоматолог-хирург, врач-стоматолог-терапевт, врач-стоматолог-ортопед, врач-рентгенолог, врач-физиотерапевт, эксперт-аналитик.

Роль пациента: описывает жалобы больного характерные для заболевания по теме занятия, акцентирует внимание на появление симптомов в области ранее пролеченных зубов и покрытых ортопедическими конструкциями.

Роль врача-стоматолога-хирурга: на основании жалоб и дополнительных наводящих вопросов выясняет анамнез болезни, анамнез жизни, проводилось ли лечение ранее и его эффективность. Описывает объективные данные, клинические симптомы болезни и назначает

проведение дополнительных методов обследования и консультации других специалистов. Озвучивает предварительный диагноз.

Роль врача-стоматолога-терапевта: на основании дополнительных методов обследования определить показания и противопоказания для сохранения «причинного» зуба

Роль врача-стоматолога-ортопеда: на основании дополнительных методов обследования определить показания и противопоказания для сохранения «причинного» зуба и ортопедической конструкции.

Роль врача-рентгенолога: описывает внутриротовую рентгенограмму, ортопантограмму пациента с данной патологией.

Роль врача-стоматолога-хирурга: обосновывает окончательный диагноз и назначает план комплексного лечения.

Роль врача-физиотерапевта: предлагает проведение возможных физиотерапевтических процедур при данной патологии.

Роль эксперта-аналитика - делает заключение. Дает рекомендации каждому игроку. Обмен мнениями всех участников (оценка и самооценка работы).

Ведущий преподаватель наблюдает за последовательностью игры и по мере необходимости исправляет или направляет ее ход.