

*Методические рекомендации к самостоятельной работе по дисциплине
Б1.О.55 Челюстно-лицевая хирургия*

Специальность 31.05.03 Стоматология

квалификация: врач-стоматолог

Форма обучения: очная

Срок обучения: 5 лет

Методические рекомендации по дисциплине утверждены приказом ректора № 1 от 01.06.2023 года

Нормативно-правовые основы разработки и реализации методических рекомендаций по дисциплине:

- 1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденный Приказом Министра науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984
- 2) Общая характеристика образовательной программы.
- 3) Учебный план образовательной программы.
- 4) Устав и локальные акты Института.

Методическая разработка для преподавателя

1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса. по дисциплине Челюстно-лицевая хирургия

1.1 Самостоятельная работа студентов является обязательным компонентом образовательного процесса, так как она обеспечивает закрепление получаемых на занятиях лекционного типа знаний путем приобретения навыков осмысления и расширения их содержания, навыков решения актуальных проблем формирования универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, научно-исследовательской деятельности, подготовки к занятиям семинарского типа, сдаче зачетов и экзаменов.

Самостоятельная работа студентов представляет собой совокупность аудиторных и внеаудиторных занятий и работ, обеспечивающих успешное освоение образовательной программы высшего профессионального образования в соответствии с требованиями ФГОС.

Навыки самостоятельной работы по освоению каких-либо знаний приобретаются человеком с раннего детства и развиваются в течение всей жизни. К началу обучения в вузе каждый студент имеет личный опыт и навыки организации собственных действий, полученные в процессе обучения в школе, учреждениях дополнительного образования, во время внешкольных занятий и в быту. Однако при обучении в вузе требования к организации самостоятельной работы существенно возрастают, так как они связаны с освоением сложных универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций.

Самостоятельная работа – планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студентов, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студентов).

К современному специалисту в области медицины общество предъявляет достаточно широкий перечень требований, среди которых немаловажное значение имеет наличие у выпускников определенных

Навыков (компетенций) и умения самостоятельно добывать знания из различных источников, систематизировать полученную информацию, давать оценку конкретной профессиональной ситуации. Формирование такого умения происходит в течение всего периода обучения через участие студентов в практических занятиях, выполнение контрольных заданий и тестов, написание работ.

1.2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся, по дисциплине Челюстно-лицевая хирургия

Код	Планируемые результаты обучения по дисциплине:	Наименование индикатора достижения компетенции
Профессиональные компетенции		
ПК-2	Способен к назначению и проведению медикаментозного и немедикаментозного лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, контролю его эффективности и безопасности	ИПК-2.8 Способен оценивать показания и противопоказания к проведению оперативных вмешательств на ЧЛО, методики их проведения

1.3 Содержание самостоятельной работы обучающихся

№ п/п	Период обучения (семестр). Наименование раздела (модуля), тема дисциплины (модуля)	Содержание самостоятельной работы обучающихся	Всего часов
1	2	3	4
6 семестр			
Раздел 1. Организация работы отделения челюстно-лицевого хирургии			
1.	Тема 1. Организация отделения челюстно-лицевой хирургии	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; решение практических задач; работа с нормативно-правовой документацией; подготовка к текущему контролю.	4
Раздел 2. Обезболивание в стоматологии.			
2.	Тема 3. Основные методы обезболивания при проведении операций в ЧЛО	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; решение практических задач; подготовка к текущему контролю.	4
Раздел 3. Неотложные состояния в хирургической стоматологии.			

3.	Тема 4. Неотложные состояния в челюстно-лицевой хирургии	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; работа с нормативно-правовой документацией; решение практических задач; подготовка к текущему контролю.	4
Раздел 4. Гнойно-воспалительные заболевания ЧЛЮ			
4.	Тема 5. Одонтогенный гайморит, лимфадениты	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; решение практических задач; подготовка к текущему контролю.	4
Раздел 5 Гнойно-воспалительные заболевания ЧЛЮ			
5.	Тема 7. Медиастениты. сепсис	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; решение практических задач; подготовка к текущему контролю.	2
Раздел 6. Гнойно-воспалительные заболевания ЧЛЮ			
6.	Тема 10. Костная мозоль	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; решение практических задач; работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; подготовка к текущему контролю.	2
Раздел 7. Гнойно-воспалительные заболевания ЧЛЮ			
7.	Тема 11. Флегмоны ЧЛЮ.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; решение практических задач; работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; подготовка к текущему контролю.	2
Раздел 8. Одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.			
8.	Тема 14. Принципы лечения гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; решение практических задач; работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; подготовка к текущему контролю.	2
9.	Тема 16. Замещение дефектов ЧЛЮ трансплантатами, использование вспомогательной техники	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; решение практических задач; работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; подготовка к текущему контролю.	2
Всего за семестр			26
7 семестр			
Раздел 9. Травматология ЧЛЮ.			

10.	Тема 18. Переломы нижней челюсти.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; решение практических задач; работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; подготовка к текущему контролю.	6
11.	Тема 19. Переломы верхней челюсти.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; решение практических задач; работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; подготовка к текущему контролю.	6
12.	Тема 20. Переломы скуловой кости, скулоглазничного комплекса	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; решение практических задач; работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; подготовка к текущему контролю.	6
13.	Тема 21. Переломы костей скулоназот-моидального комплекса.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; решение практических задач; работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; подготовка к текущему контролю.	6
14.	Тема 22. Операции с применением бикоронарного доступа.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; решение практических задач; работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; подготовка к текущему контролю.	4
15.	Тема 23. Раны ЧЛЮ.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; решение практических задач; работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; подготовка к текущему контролю.	4
Раздел 10. Гнатическая хирургия челюстно-лицевой области.			
16.	Тема 24. ТТРГ	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; решение практических задач; работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; подготовка к текущему контролю.	4
17.	Тема 25. Прикус	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; решение практических задач; работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; подготовка к текущему контролю.	6

18.	Тема 26 Костная пластика челюстей	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; решение практических задач; работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; подготовка к текущему контролю.	6
19.	Тема 27. Гнатическая хирургия	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; решение практических задач; работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; подготовка к текущему контролю.	6
20.	Тема 28. Эстетическая хирургия	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; решение практических задач; работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; подготовка к текущему контролю.	6
21.	Тема 29. Врожденная патология краниофасциальной области	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: проработка теоретического материала учебной дисциплины; решение практических задач; работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; подготовка к текущему контролю.	6
Всего за семестр			66

2. Цели и основные задачи СРС

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Самостоятельная работа в рамках образовательного процесса в вузе решает следующие задачи:

- закрепление и расширение знаний, умений, полученных студентами во время аудиторных и внеаудиторных занятий, превращение их в стереотипы умственной и физической деятельности;
- приобретение дополнительных знаний и навыков по дисциплинам учебного плана;

- формирование и развитие знаний и навыков, связанных с научно-исследовательской деятельностью;
- развитие ориентации и установки на качественное освоение образовательной программы;
- развитие навыков самоорганизации;
- формирование самостоятельности мышления, способности к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- выработка навыков эффективной самостоятельной профессиональной теоретической, практической и учебно-исследовательской деятельности;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста.

3. Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе по дисциплине Челюстно-лицевая хирургия выделяется два (один) вид(а) самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная. Тесная взаимосвязь этих видов работ предусматривает дифференциацию и эффективность результатов ее выполнения и зависит от организации, содержания, логики учебного процесса (межпредметных связей, перспективных знаний и др.):

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются: подготовка докладов/устных реферативных сообщений, решение ситуационных задач.

3.1. Перечень тематик докладов/устных реферативных сообщений (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

1. Пластика лоскутом на ножке.
2. Формировании носа по методу Хитрова.
3. Лоскуты на микрососудистом анастомозе, используемые для замещения дефектов на лице.
4. Общие закономерности микрососудистой анатомии тканей и типы кровообращения сложных тканевых комплексов. Их классификация, функции, показания к использованию.

5. Контурная пластика. Виды имплантатов, показания, противопоказания к применению.
6. Методы пластического восстановления утраченных тканей носа.
7. Методы реконструктивного лечения перреломов скуло-орбитального комплекса
8. Реабилитация пациентов после реконструктивных операций в челюстно-лицевой области
9. Питание пациентов после реконструктивных операций в челюстно-лицевой области.
10. Основы эстетической хирургии в челюстно-лицевой области.

3.2. Перечень ситуационных задач

Тема 1

Ситуационная задача 1

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

Вопросы

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

Ответы

1. Прежде чем приступить к операции по поводу устранения верхней прогнатии необходимо установить границы вмешательства и воспроизвести перемещение отрезка челюстей на гипсовых моделях.

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

3. В тех случаях, когда центральные и боковые резцы не удовлетворяют косметическим требованиям, сохранение этих зубов нецелесообразно, может быть предпринято удаление их с коррекцией альвеолярного отростка и замещение зубов мостовидным протезом. Если фронтальная группа зубов удовлетворяет косметическим требованиям, их сохраняют (депульпируют с последующим пломбированием каналов корней). Лечение планируют по распространенным методам хирургического вмешательства по Кон-Стоку или Шухарду, которые состоят в удалении 1.4, 2.4 или 1.5, 2.5, остеотомии альвеолярного отростка верхней челюсти в области перемещаемых зубов.

Альвеолярный отросток верхней челюсти вместе с зубами перемещается кзади, устанавливается в желаемой артикуляции с зубами фронтальной группы нижней челюсти, накладываются фиксирующие резиновой тягой бимаксиллярные проволочные шины с зацепными петлями, которые удерживают челюсти в правильном положении.

4. Реабилитационный период должен включать физиотерапевтическое лечение, ЛФК, механотерапию

Ситуационная задача 2

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

Вопросы и задания

1. Укажите основной метод лечения. Для решения ситуационной задачи возможно использование информационных технологий

Ответы

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

Ситуационная задача 3

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

Вопросы и задания:

Для решения ситуационной задачи возможно использование информационных технологий

1. Обследование проведено в полном объеме?

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

Ответы

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

Ситуационная задача 4

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

Вопросы

Для решения ситуационной задачи возможно использование информационных технологий

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

Ответы

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

Ситуационная задача 5

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица

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

Вопросы и задания:

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

Ответы

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

Тема 2

Ситуационная задача 1

После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа (мукозогенная).

Вопросы и задания:

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

Ответы

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

Ситуационная задача 2

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

Вопросы и задания:

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

Ответы

1. Посттравматический дефект нижней губы (укушенная рана). Травматический откол коронковой части 4.2, 3.1. Подвывих 4.1. Полный вывих 3.2.

2. Тщательная антисептическая и хирургическая обработка раны до кровоточащих тканей.

Выполняются дугообразные разрезы слизистой оболочки с дополнительными разрезами в виде “Z” у основания этих разрезов. Таким образом, восстанавливается внутренняя выстилка и красная кайма губы. Накладываются кетгутовые швы на мышечный слой, наружная рана закрывается перемещением двух встречных треугольных лоскутов с углами боковых разрезов 30° и 90°, выкроенных в области подбородка, т.е. у нижнего края раны. Депульпирование 4.2, 4.1, наложение гладкой короткой шины от 4.3 до 3.3 для удержания 4.1. Необходимо провести курс прививок антирабической сыворотки.

3. Для составления плана лечения по поводу дефекта нижней губы состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 имеет значение: острые края 4.2, 4.1 должны быть устранены, подвижный 3.1 должен быть фиксирован к соседним зубам.

Ситуационная задача 3

У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в месте перехода лобной области в височные,

нижняя граница - в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.

Вопросы

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

Ответы

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

Ситуационная задача № 4

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

Вопросы и задания:

1. На основании клинической картины поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения. Имеет ли значение для составления плана лечения состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2?

Ответы

1. Посттравматический дефект нижней губы (укушенная рана). Травматический откол коронковой части 4.2, 3.1. Подвывих 4.1. Полный вывих 3.2.

2. Тщательная антисептическая и хирургическая обработка раны до кровоточащих тканей.

Выполняются дугообразные разрезы слизистой оболочки с дополнительными разрезами в виде "Z" у основания этих разрезов. Таким образом, восстанавливается внутренняя выстилка и красная кайма губы. Накладываются кетгутовые швы на мышечный слой, наружная рана закрывается перемещением двух встречных треугольных лоскутов с углами боковых разрезов 30° и 90° , выкроенных в области подбородка, т.е. у нижнего края раны. Депульпирование 4.2, 4.1, наложение гладкой короткой шины от 4.3 до 3.3 для удержания 4.1. Необходимо провести курс прививок антирабической сыворотки.

Для составления плана лечения по поводу дефекта нижней губы состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 имеет значение: острые края 4.2, 4.1 должны быть устранены, подвижный 3.1 должен быть фиксирован к соседним зубам.

Ситуационная задача № 5

Больная, 22 лет, обратилась с жалобами на косметический дефект вследствие деформации нижней половины лица, затруднения при откусывании пищи, нарушение речи. При обследовании выявляется

выступление верхней челюсти вперед по отношению к нормально развитой нижней челюсти. Передняя группа зубов на верхней челюсти выступает вперед, режущие края которых касаются нижней губы. Верхняя губа укорочена и несколько вздернута вверх, губы не смыкаются. При разговоре произношение губных звуков затруднено.

Вопросы

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

Ответы

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

Тема 3

Ситуационная задача № 1.

Пациент М. 27 лет обратился в клинику с жалобами на ограничение открывания рта, онемение кожи левой подглазничной области и верхней губы слева, диплопию. В анамнезе травма левой половины лица, произошедшая 7 дней назад. Сохраняется отечность левой подглазничной области и гематома нижнего века левого глаза. Признаков воспаления нет.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите причины, обуславливающие жалобы пациента.
3. Виды оперативного вмешательства, показанные в данном случае.
4. Назовите типы хирургического лечения, проводимые при неправильно сросшихся переломах скуло-орбитального комплекса.
5. Перечислите возможные виды фиксации фрагментов.

Ответ.

1. Перелом левой скуловой кости со смещением.
2. Перечисленные симптомы обусловлены смещением кости и травмой окружающих структур (подглазничного нерва, собственно жевательной мышцы, изменением положения глазного яблока, давлением на венечный отросток нижней челюсти).
3. Репозиция скуловой кости крючком Лимберга или элеватором Карапетяна. Радикальная синусотомия с репозицией фрагментов скуло-орбитального комплекса. Фиксация их может осуществляться на йодоформном тампоне, титановыми минипластинами, проволочными швами, скобами с памятью формы или комбинацией выше перечисленных способов.
4. По истечении длительного срока и консолидации скуловой кости в неправильном положении показана операция: остеотомия и остеосинтез с применением титановых минипластин, фиксируемых шурупами.
5. Все вышеперечисленное. на протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Ситуационная задача 2.

Больной К., 23-х лет, обратился с жалобами на подвижность 11 и 12, множественные сколы на передних зубах верхней челюсти.

Анамнез: три дня назад после удара, появилась резкая боль, подвижность 12, приступ боли от холодной и горячей пищи, при накусывании, покачивании зуба, а также в ночное время. Внешний осмотр: незначительная деформация верхней губы справа за счет отека мягких тканей и гематомы. На слизистой оболочке верхней губы – ссадины.

Местный статус: 12 - розового цвета, подвижность коронки II степени, при пальпации – боль в десне на 3 – 4 мм выше десневого края, резкая боль от холодного, при перкуссии. Множественные трещины, сколы эмали 12, 11.

На внутриротовой рентгенограмме линия просветления на твердых тканях проходит в косом направлении средней трети корня 12.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. С помощью какого метода исследования можно определить витальность пульпы травмированных зубов?
3. Определите тактику врача – челюстно-лицевого хирурга.
4. Укажите способы фиксации отломков и сроки консолидации отломков.
5. Как провести лечение сколов и трещин эмали, восстановить естественный цвет 12 зуба?

Ответ.

1. Перелом корня 12. Острый травматический пульпит 12. Сколы эмали 12 и 11. Гематома верхней губы.
2. ЭОД – электроодонтодиагностика. Показатель жизнеспособности до 40 мкА.
3. Под инфильтрационной анестезией провести эндодонтическое лечение.

4. Шинирование отломков корня серебряным штифтом. Изготовление пластмассовой шины – каппы на 321, связывание зубов композитом. Сроки образования цементной мозоли – 3 – 4 недели.

5. Под обезболиванием эмалепластика композитом; реминерализирующая терапия, покрытие фторлаком; назначение внутрь препаратов кальция, поливитаминового комплекса. Провести эндодонтическое отбеливание зуба, при неудаче - покрыть вениром.

Ситуационная задача 3

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

Вопросы и задания

Укажите основной метод лечения.

Ответы

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

Ситуационная задача 4

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

Вопросы и задания:

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

Ответы

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

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

Тема 4

Ситуационная задача 1

После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа (мукозогенная).

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

Ответ:

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

Ситуационная задача 2

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

1. Поставьте диагноз.

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

Ответ:

1. посттравматический дефект нижней губы (укушенная рана). Травматический откол коронковой части 4.2, 3.1. Подвывих 4.1. Полный вывих 3.2.

2. Тщательная антисептическая и хирургическая обработка раны до кровоточащих тканей. Выполняются дугообразные разрезы слизистой оболочки с дополнительными разрезами в виде “Z” у основания этих разрезов. Таким образом, восстанавливается внутренняя выстилка и красная кайма губы. Накладываются кетгутовые швы на мышечный слой, наружная рана закрывается перемещением двух встречных треугольных лоскутов с углами боковых разрезов 30° и 90° , выкроенных в области подбородка, т.е. у нижнего края раны. Депульпирование 4.2, 4.1, наложение гладкой короткой шины от 4.3 до 3.3 для удержания 4.1. Необходимо провести курс прививок антирабической сыворотки.

3. Для составления плана лечения по поводу дефекта нижней губы состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 имеет значение: острые края 4.2, 4.1 должны быть устранены, подвижный 3.1 должен быть фиксирован к соседним зубам.

Ситуационная задача 3

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

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

Ответ:

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

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

Ситуационная задача 4

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

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

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

Ответы:

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

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

Ситуационная задача 5

Больной 24 года

Жалобы на деформацию нижнего отдела лица и затрудненное открывание рта.

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

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

Ответ:

1. Вторичный деформирующий остеоартроз правого и левого височно-нижнечелюстных суставов.

2. Рентгенологическое обследование:

А) ортопантограмма - деформация правой и левой суставных головок и мышцелковых отростков нижней челюсти. Укорочены и расширены ветви челюсти. У основания мышцелковых отростков и в проекции нижнечелюстной вырезки определяются костные выросты. Правый и левый углы челюсти гипертрофированы;

Б) томография суставов (при привычном положении нижней челюсти и максимальном опускании нижней челюсти) и обзорный снимок нижней челюсти в прямой проекции.

3. Возможные причины данного заболевания:

- травма бытовая (в данном случае - травма качелями);
- родовая травма;
- воспалительные процессы (гематогенный остеомиелит, гнойный отит, мастоидит, редко одонтогенный остеомиелит дистальных отделов ветви нижней челюсти).

4. Метод лечения - хирургический. Операция - остеотомия правой и левой ветвей нижней челюсти с обязательной одномоментной пластикой алло-, аутотрансплантатами или эндопротезами для создания дистальной опоры челюсти.

Тема 5

Ситуационная задача 1

Пациент А., 35 лет. Доставлен реанимобилем в приемное отделение областной больницы, пострадал в ДТП. Объективно: состояние тяжелое, уровень сознания - кома 1 стадии, дыхание поверхностное, ЧД— 24/мин, тоны сердца ритмичные, ЧСС - 50/мин, АД100/50 мм. рт. ст. Ссадины на коже лба, во рту - рвотные массы, прикус не нарушен, признаков повреждения слизистой оболочки рта нет. Обзорная краниограмма: перелом теменной кости слева и нижней челюсти в области угла слева без смещения.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей и костных структур, выяснить степень компенсации витальных функций, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: приведение жизненно-важных функций в состояние компенсации, восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. На состояние пациента влияют 2 травматических повреждения.

Каждое из них угрожает жизни и здоровью в разной степени и предполагает соответствующий план обследования и лечения. Коматозное состояние требует углубленного обследования жизненно-важных органов и

анатомических зон, так как нет возможности выяснить анамнез. Первостепенные задачи лечения: обеспечить контроль функций внешнего дыхания, сердечно-сосудистой деятельности, выделения, провести мероприятия по устранению последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ) специалистами-реаниматологами и нейрохирургами. Объем мероприятий по поводу челюстно-лицевой травмы определяется, с одной стороны, необходимостью профилактики осложнений, а с другой стороны, допустимым травматизмом манипуляций в условиях тяжелой ЧМТ. Ожидаемы осложнения со стороны органов ЧЛО - травматический остеомиелит, нарушение консолидации отломков. Нарушение алгоритма оказания помощи тяжелому пациенту всегда приводит к нежелательному эффекту.

Ответ:

1. Черепно-мозговая травма тяжелой степени
2. План обследования. Ввиду коматозного состояния пациента и невозможности выяснения у него жалоб необходимо обследование всех жизненно важных органов для исключения их повреждений (измерение ЧСС, АД, определение функции внешнего дыхания, рентгенограмма черепа, шейного отдела позвоночника, исследование органов грудной клетки, брюшной полости, забрюшинного пространства, тазовых органов).
3. План лечения: в первую очередь, необходимо провести коррекцию витальных функций. Для профилактики асфиксии необходимо санировать верхние дыхательные пути. При неадекватном спонтанном дыхании - интубация, по показаниям - перевод на ИВЛ. Катетеризация центральной и/или периферической вены, при невозможности - венепункция. Катетеризация мочевого пузыря. Специализированное лечение челюстно-лицевой травмы проводят только при стабилизации гемодинамических показателей, так как ранние активные действия могут привести к усугублению состояния пациента. После стабилизации состояния пациента - рентгенологический контроль зоны перелома (возможно появление смещения отломков в период реанимации). Репозиция отломков при отсутствии смещения не проводится. Фиксация методом назубного двучелюстного шинирования. Иммобилизация методом межчелюстного эластического вытяжения, шиноподбородочной пращей. Антибактериальная терапия.

Ситуационная задача 2

Больной К., 32 года. Час назад получил удар рукой в лицо. Беспокоит боль в верхней челюсти, незначительное кровотечение изо рта. Объективно: состояние удовлетворительное. Отек верхней губы выражен умеренно. На слизистой оболочке верхней губы имеется рана 3×1 см, края раны неровные, отмечается поступление крови. Центральные верхние резцы подвижны в переднезаднем направлении. Перкуссия их болезненна. Из лунок 1.1. и 2.1. зубов отмечается незначительное кровотечение. При смыкании зубов центральные резцы-антагонисты не соприкасаются. Рентгенограмма (рисунок).



Рисунок - Рентгенограмма

Вопросы:

1. Диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Лечение повреждений связочного аппарата зуба аналогично лечению вывихов костей. Обработка раны слизистой оболочки губы соответствует канонам общей хирургии. При описанной травме может быть поврежден не только связочный аппарат зуба, но и пульпа.

Прогнозируемое осложнение - некроз пульпы с развитием периостита или остеомиелита, развивается спустя 2 -4 недели после травмы.

Ответ:

1. Диагноз: неполный вывих 1.1., 2.1. зубов. Рваная рана слизистой оболочки верхней губы.
2. Электродонтодиагностика, КТ
3. План лечения: репозиция вывихнутых зубов с последующей иммобилизацией в течение 4 недель (шина-скоба, лигатурное связывание). При подобной травме существует высокий риск некроза пульпы. Клинические проявления наступают по истечении 2 - 3 недель, как правило, в виде острого гнойного периостита. Жизнеспособность пульпы в латентном периоде может быть определена путем электрооднотометрии (ЭОД). Поэтому, при иммобилизации необходимо выбрать такой способ, при котором будет обеспечен доступ к коронкам с целью проведения ЭОД. В первые дни после травмы электровозбудимость пульпы может быть снижена, поэтому ЭОД-контроль проводится в динамике: сразу после травмы и в течение недели после нее. Если при повторных обследованиях электровозбудимость пульпы остается низкой, то это указывает на гибель пульпы и необходимость

эндодонтического лечения. Клиническими признаками гибели пульпы являются потускнение и потемнение коронки. При наличии хронического воспалительного процесса (хронический пульпит, периодонтит и др.) измененная пульпа изначально является источником инфицирования зоны травмы и способствует развитию септических осложнений. В таком случае проводится удаление зуба. Рану слизистой оболочки губы подвергают первичной хирургической обработке, которая включает ревизию раны, иссечение краев и перевод ее в резаную, гемостаз и ушивание. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия. Иммунопрофилактика столбняка по показаниям.

Ситуационная задача 3

Пациент В., 39 лет. Доставлен в приемное отделение областной больницы с жалобами на тошноту, однократную рвоту, сильную боль в лице, нарушение прикуса и конфигурации лица. Из анамнеза - пострадал в ДТП. Объективно: состояние тяжелое. В сознании, возбужден. Бледен. Дыхание ритмичное, везикулярное, проводится во все отделы. ЧД - 16/мин. Пульс ритмичный, ЧСС - 82/мин., АД - 135/90 мм рт. ст. Выражен отек верхней губы, пальпация средней зоны лица резко болезненна, имеются гематомы век с обеих сторон, овал лица удлиннен, прикус патологический, открытый - контакт только на молярах; снижена чувствительность кожи в зоне иннервации 2-й ветви тройничного нерва. Слизистая оболочка рта – единичные подслизистые кровоизлияния по верхней переходной складке преддверия.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выяснить степень компенсации витальных функций, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Описанные симптомы могут быть характерны для травм различной степени тяжести. Для правильной оценки тяжести повреждений необходимо изучение областей анатомически близких к лицевому скелету (основание черепа, глазное яблоко). Гематомы век могут быть признаком симметричных ушибов. Общеклиническое обследование пациента с челюстно-лицевой травмой включает пальпацию лицевого скелета с проведением нагрузочных проб с целью выявления других патогномичных признаков повреждения костных структур. План лечения: мероприятия по репозиции, фиксации и иммобилизации отломков, профилактике осложнений. Лечение черепно-

мозговой травмы без нарушения витальных функций проводится одновременно в соответствии со степенью тяжести.

Ответ:

1. Сочетанная травма: закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Перелом верхней челюсти по Ле-Фор II (по средней линии слабости, среднего типа) со смещением.

2. Дообследование: попытка пальпаторно выявить патологическую подвижность и боль при осевой нагрузке; краниография - обзорная и в дополнительных проекциях, по показаниям - компьютерная томография средней зоны лица, черепа; общеклинические лабораторные исследования, консультация нейрохирурга, офтальмолога, оториноларинголога. Контроль нарастающей внутричерепной гематомы с выполнением КТ по показаниям.

3. Лечение: холод местно (1 сутки), одномоментная репозиция и фиксация двучелюстной назубной шиной, иммобилизация теменно-подбородочной пращой. При значительном смещении, интерпозиции мягких тканей, многооскольчатом переломе - открытая репозиция с металлоosteосинтезом. Лечение сочетанных повреждений смежных областей специалистами по профилю. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия. Иммунопрофилактика столбняка по показаниям.

Ситуационная задача 4

Пациент Б., 43 года. Доставлен реанимобилем в приемное отделение областной больницы. Со слов бригады скорой медицинской помощи - пострадал в ДТП 30 минут назад. Объективно: состояние тяжелое, сознание ступорозное, диффузный цианоз, дыхание стридорозное, ЧД 13/мин, при выдохе изо рта отделяется умеренное количество пенистой мокроты с примесью крови. Пульс ритмичный, ЧСС - 120/мин, АД - 125/80 мм. рт. ст. Нижний отдел лица деформирован, при пальпации определяется патологическая подвижность фронтального отдела нижней челюсти. В полости рта - кровь, пенистая мокрота, язык ограниченно подвижен, западает кзади.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. План оказания неотложной помощи?
3. План обследования.
4. План лечения, реабилитации, диспансерного наблюдения?
5. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

6. Какой ориентировочный срок нетрудоспособности при данном заболевании

А. Манипуляции по купированию угрожающих жизни синдромов должны соответствовать механизму их развития. Асфиксия при травме ЧЛЮ может быть вызвана различными причинами (дислокационная, obturационная, аспирационная). Одновременно необходимо проводить мероприятия по контролю и компенсации других жизненно важных функций. Цель обследования: выяснить степень компенсации витальных функций, определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выявить возможные осложнения и сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: компенсация витальных функций, восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Устранение асфиксии может быть осуществлено мероприятиями по удалению инородных тел из верхних аэродигестивных (воздуховодных) путей, устранением западения языка, созданием обходного пассажа воздуха. Первоочередные задачи лечения: обеспечить контроль функций внешнего дыхания, сердечно-сосудистой деятельности, выделения. Задачи лечения челюстно-лицевой травмы: репозиция, фиксация и иммобилизация поврежденных костных структур, профилактика ожидаемых осложнений. Наиболее вероятные осложнения - травматический остеомиелит, пневмония, последствия устранения асфиксии.

Ответ:

1. Диагноз: двусторонний перелом нижней челюсти со смещением центрального отломка, механическая асфиксия, острая дыхательная недостаточность 2 стадии.

2. Алгоритм действий по устранению асфиксии у пациента с челюстно-лицевой травмой: санация полости рта и достижимых аэродигестивных путей вручную или электроотсосом, тракция языка кпереди вручную или языкодержателем, коникотомия, трахеотомия. Переход к последующей манипуляции осуществляется при неэффективности предыдущей. После восстановления внешнего дыхания проводится интенсивная терапия для компенсации жизненно важных функций. У пациента следует предполагать наличие дислокационной асфиксии вследствие двустороннего перелома нижней челюсти из-за смещения центрального отломка и массива тканей дна рта и языка кзади.

3. Рентгенография панорамная, КТ.

4. Репозиция отломков, способ фиксации: двучелюстное шинирование, или остеосинтез при невозможности шинирования (отсутствие зубов, значительное смещение, интерпозиция мягких тканей), иммобилизация теменно-подбородочной пращой. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия, бронхолитики, коррекция КЩС.

5. После выздоровления санация полости рта, проведение профессиональной гигиены полости рта, рекомендации по индивидуальной гигиене, подбор средств, мотивация на соблюдение гигиены полости рта и прохождение профилактических осмотров 1 раз в 6 месяцев.

6. 30 - 45 дней

Ситуационная задача 5

Пациент Г., 27 лет. Упал на катке 1 час назад, ударился подбородком. Беспокоит боль в области подбородка. Объективно: состояние удовлетворительное. На коже подбородка - ссадины, пальпация в области подбородка болезненна, прикус не нарушен, определяется патологическая подвижность нижней челюсти на уровне 3.1. – 4.1. зубов, крепитация в области подбородка при выполнении нагрузочных проб. Симптом Венсана отрицателен с обеих сторон. Прикус не нарушен, слизистая оболочка рта не изменена.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?
4. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

5. Какой ориентировочный срок нетрудоспособности при данном заболевании

А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выяснить степень компенсации витальных функций, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Общеклиническое обследование пациента с челюстно-лицевой травмой включает пальпацию лицевого скелета с проведением нагрузочных проб. Как наличие патогномичных признаков перелома, так и их отсутствие не является основанием для отказа от проведения рентгенологического исследования. Способ рентгенологического обследования должен соответствовать характеру предполагаемого повреждения. В силу сложной рентгеноанатомии костей черепа не всегда возможно определить линию перелома при стандартных укладках. Такие случаи требуют уточняющей рентгенодиагностики (другие укладки, КТ). План лечения включает мероприятия по репозиции, фиксации и иммобилизации отломков, профилактике осложнений.

Ответ:

1. Диагноз: открытый травматический перелом нижней челюсти во фронтальном отделе без смещения. У пациента имеется патогномичный

признак перелома (крепитация в области подбородка при выполнении нагрузочных проб). Сохранение адекватного прикуса в данной ситуации объясняется динамически и статически равной тягой мышц левой и правой стороны.

2. Методы уточняющей рентгенодиагностики - ортопантомография, КТ.

3. Репозиция при отсутствии смещения не проводится. Способы фиксации: моношина на нижнюю челюсть, двучелюстная шина (при небольшом смещении), теменно-подбородочная повязка (при отказе от шинирования), остеосинтез (при отсутствии зубов, значительном смещении, интерпозиции мягких тканей, патологическом заживлении), иммобилизация: межчелюстное эластическое вытяжение, теменно-подбородочная праща. Рентгенологический контроль консолидации через 4 недели. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия.

4. После выздоровления санация полости рта, проведение профессиональной гигиены полости рта, рекомендации по индивидуальной гигиене, подбор средств, мотивация на соблюдение гигиены полости рта и прохождение профилактических осмотров 1 раз в 6 месяцев.

5. 28-30 дней

Тема 6

Ситуационная задача 1

Больной 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 тому назад получил удар в лицо. Сознание не терял, тошноты 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. I1 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.

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

П П

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Проведите дополнительное обследование.
3. Окажите неотложную помощь.
4. Спланируйте реставрацию фронтальных зубов верхней челюсти.

Ответ.

1. Рвано – ушибленная рана верхней губы. Перелом коронки 21, 12. Острый травматический пульпит 21. Неполный вывих, дистопия 11.
2. Обследование: рентгенологическое и ЭОД.
3. ПХО раны верхней губы. Репозиция 11, фиксация фронтальных зубов верхней челюсти шиной капшой, проволочной шиной и др. 21 - экстирпация пульпы, пломбирование корневого канала, его подготовка для реставрации или последующего протезирования.
4. 12 - восстановление анатомической формы, цвета фотокомпозитом. 21 - восстановление культевой вкладкой с последующим покрытием керамической или пластмассовой коронкой. Или восстановление анатомической формы фотокомпозитом на стекловолоконном штифте.
5. Профилактику столбняка: 1. введение противостолбнячного анатоксина (БСА) под лопатку подкожно 1 мл без проведения пробы или 2. введение противостолбнячной сыворотки (БСС) в плечо подкожно 3000МЕ после проведения пробы.

Ситуационная задача 2

После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа (мукозогенная).

Вопросы и задания:

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

Ответы

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

Ситуационная задача 3

У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в месте перехода лобной области в височные,

нижняя граница - в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.

Вопросы

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

Ответы

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

Ситуационная задача 4

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

Вопросы и задания:

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

Ответы

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

2. Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным

уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Ситуационная задача 5

Больной 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 тому назад получил удар в лицо. Сознание не терял, тошноты 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.

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

П П

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Проведите дополнительное обследование.
3. Окажите неотложную помощь.
4. Спланируйте реставрацию фронтальных зубов верхней челюсти.

Ответ.

1. Рвано – ушибленная рана верхней губы. Перелом коронки 21, 12. Острый травматический пульпит 21. Неполный вывих, дистопия 11.

2. Обследование: рентгенологическое и ЭОД.

3. ПХО раны верхней губы. Репозиция 11, фиксация фронтальных зубов верхней челюсти шинойкаппой, проволочной шиной и др. 21 - экстирпация пульпы, пломбирование корневого канала, его подготовка для реставрации или последующего протезирования.

4. 12 - восстановление анатомической формы, цвета фотокомпозитом. 21 - восстановление культевой вкладкой с последующим покрытием керамической или пластмассовой коронкой. Или восстановление анатомической формы фотокомпозитом на стекловолоконном штифте.

5. Профилактику столбняка: 1. введение противостолбнячного анатоксина (БСА) под лопатку подкожно 1 мл без проведения пробы или 2. введение противостолбнячной сыворотки (БСС) в плечо подкожно 3000 МЕ после проведения пробы.

4. Организация СРС

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: факультет, кафедра, учебный и методический отделы, преподаватель, библиотека, электронная информационно-образовательная среда института и сам обучающийся.

5. Самостоятельная работа студентов по дисциплине Челюстно-лицевая хирургия

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1	Гнатическая хирургия.	Подготовка докладов/устных реферативных сообщений, решение ситуационных задач.
2	Восстановительная хирургия лица.	Подготовка докладов/устных реферативных сообщений, решение ситуационных задач.
3	Травматические повреждения костей средней зоны лица.	Подготовка докладов/устных реферативных сообщений, решение ситуационных задач.
4	Костная пластика челюстей.	Подготовка докладов/устных реферативных сообщений, решение ситуационных задач.
5	Травматические повреждения челюстей.	Подготовка докладов/устных реферативных сообщений, решение ситуационных задач.
6	Повреждение мягких тканей челюстно-лицевой области.	Подготовка докладов/устных реферативных сообщений, решение ситуационных задач.
	Итого СРС 92	

6. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине Челюстно-лицевая хирургия.

Оценка	Критерии оценивания
Для оценки решения ситуационной задачи:	
«отлично»	Задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
«хорошо»	Задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.
«удовлетворительно»	Задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
«неудовлетворительно»	Задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы
Для оценки рефератов:	
«отлично»	выставляется, если содержание доклада/устного реферативного сообщения/реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
«хорошо»	выставляется, если содержание доклада/устного реферативного сообщения/реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала
«удовлетворительно»	выставляется, если аргументация взгляда на проблему недостаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
«неудовлетворительно»	выставляется, если тема устного реферативного сообщения не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы
Для оценки презентаций:	
«отлично»	Содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.
«хорошо»	Содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.
«удовлетворительно»	Содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является

	актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.
«неудовлетворительно»	Содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.
Для практических навыков:	
«отлично»	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями.
«хорошо»	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов.
«удовлетворительно»	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, в основном сформированы, но теоретические знания по дисциплине освоены частично.
«неудовлетворительно»	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, не сформированы и теоретическое содержание дисциплины не освоено.

Методическая разработка для обучающегося

1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине Челюстно-лицевая хирургия

В процессе самостоятельной работы студент приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя, студент должен:

- освоить содержание, выносимое на самостоятельную работу студентов и предложенное преподавателем и компетенциями по дисциплине.
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

студент может: сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

2. Методические рекомендации для студентов по отдельным формам самостоятельной работы.

Система высшего образования подразумевает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Сделать это бывает весьма непросто: если в школе ежедневный контроль со стороны учителя заставлял постоянно и систематически готовиться к занятиям, то в институте вопрос об уровне знаний вплотную встает перед студентом только в период сессии. Такая ситуация оборачивается для некоторых соблазном весь семестр посвятить свободному времяпрепровождению («когда будет нужно – выучу!»), а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

Формы	Описание
Работа с книгой.	<p>При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.</p> <p>Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.</p> <p>Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.</p> <p>Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).</p> <p>При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.</p> <p>Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.</p> <p>Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при прочтывании записей лучше запоминались.</p> <p>Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.</p> <p>Различают два вида чтения; первичное и вторичное. <i>Первичное</i> - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого олова.</p>

	<p>Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения. Задача <i>вторичного</i> чтения – полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).</p>
<p>Работа с литературой.</p>	<p>Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к следующим:</p> <p>Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться.</p> <p>Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...).</p> <p>Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень сэкономить время).</p> <p>Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.</p> <p>При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...</p> <p>Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).</p> <p>Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).</p> <p>Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью словаря, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чудом» начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая эта работа или нет...</p> <p>Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро...</p> <p>Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном.</p> <p>Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...</p>

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того насколько осознанна читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста:**

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения, излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения:**

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь.

Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом:

1. Аннотирование – предельно краткое связное описание просмотренной или прочитанной книги (статьи), ее содержания, источников, характера и назначения;
2. Планирование – краткая логическая организация текста, раскрывающая содержание и структуру изучаемого материала;
3. Тезирование – лаконичное воспроизведение основных утверждений автора

	<p>без привлечения фактического материала;</p> <p>4. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;</p> <p>5. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного. Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.</p>
Составление конспекта	<p>Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;</p> <p>Выделите главное, составьте план;</p> <p>Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;</p> <p>Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.</p> <p>Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.</p> <p>В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.</p> <p>Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.</p>
Занятия семинарского типа	<p>Для того чтобы занятия семинарского типа приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.</p> <p>При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.</p> <p>Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по</p>

	<p>возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.</p>
Самопроверка.	<p>После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.</p> <p>В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале. Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.</p>
Консультации	<p>Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.</p>
Подготовка к экзаменам и зачетам.	<p>Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.</p> <p>Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.</p> <p>В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.</p> <p>Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть</p>

	<p>хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.</p> <p>Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.</p> <p>Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.</p>
<p>Подготовка к зачетам и экзаменам</p>	<p>Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).</p> <p>Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.</p> <p>Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале. Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше продемонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).</p> <p>Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательные аргументированные точки зрения.</p>
<p>Написания научных текстов (рефератов)</p>	<p>Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.</p> <p>Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями.</p> <p>Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).</p> <p>Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.</p> <p>Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над</p>

	научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.
--	--

3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине Челюстно-лицевая хирургия.

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1	Гнатическая хирургия.	Подготовка докладов/устных реферативных сообщений, решение ситуационных задач.
2	Восстановительная хирургия лица.	Подготовка докладов/устных реферативных сообщений, решение ситуационных задач.
3	Травматические повреждения костей средней зоны лица.	Подготовка докладов/устных реферативных сообщений, решение ситуационных задач.
4	Костная пластика челюстей.	Подготовка докладов/устных реферативных сообщений, решение ситуационных задач.
5	Травматические повреждения челюстей.	Подготовка докладов/устных реферативных сообщений, решение ситуационных задач.
6	Повреждение мягких тканей челюстно-лицевой области.	Подготовка докладов/устных реферативных сообщений, решение ситуационных задач.
	Итого СРС 92	

4. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине Челюстно-лицевая хирургия.

Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

Оценка	Критерии оценки
Зачтено	Выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.
Не зачтено	Выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы