

Тема: Система реабилитации детей с
врожденными расщелинами губы и неба

Цель: Изучить комплексную систему реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и неба.

Задачи:

1. Изучить принципы реабилитации детей в условиях работы центра диспансеризации.
2. Ознакомиться с современными принципами лечения врожденных расщелин верхней губы и неба.
3. Научиться составлению комплексного плана лечения детей с расщелиной губы и неба.

Место проведения занятия: детское челюстно – лицевое отделение

Необходимое оборудование и материалы: ноутбук ,мультимедийная презентация, рентгенограммы, фотокарты больных, операционная и перевязочная.

План занятия

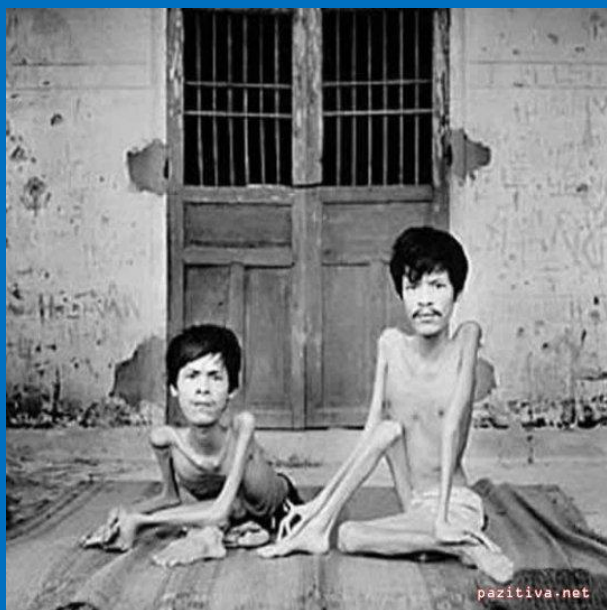
Этапы занятия	Оборудование	Учебные пособия и средства контроля	Место	Время(в процентах к общей продолжительности занятия)
1.Проверка исходных знаний, решение учебных задач	Ноутбук	Контрольные вопросы и задачи для выявления исходных знаний студентов. Фотографии. Набор хирургических инструментов.	Хирургический кабинет	40
2.Самостоятельная курация больных.Обсуждение принятых больных, проверка историй болезни	Оборудование и инвентарий хирургического кабинета.	Методические указания, медицинская документация.Листок практических навыков.	-- « --	50
3.Подведение итогов занятия. Задание на следующее занятие.		Ситуационные задачи		10

В настоящее время насчитывается минимально 500 болезней человека, наследственное возникновение которых не вызывает сомнения



Рис.1 Тяжелое врожденное уродство, несовместимое с жизнью

Ежегодно в Российской Федерации рождается приблизительно 30 тысяч детей с врожденными и наследственными заболеваниями, среди которых от 3500 до 5000 – с патологией лица и челюстей.



А.



Б.

Рис.2 Тяжелые врожденные уродства туловища(А) и лица(Б)

Врожденные расщелины верхней губы и неба(ВРГН) относятся к числу распространенных пороков и составляют до 1/3 всех уродств человека. По данным Всемирной организации здравоохранения рождаемость детей с ВРГН в мире в среднем составляет 1,5 на 1000 живорожденных детей.

Частота расщелин по Омской области и городу Омску составляет 1:653 по городу, 1:685 по области, в среднем на 1000 живорожденных младенцев по региону рождается 1.49 ребенок с врожденными расщелинами губы и неба.

Врожденная патология имеет стабильную тенденцию к росту. Так за последние 100 лет количество детей с врожденными уродствами увеличилось в 3 раза.

Врожденную патологию, в зависимости от природы и времени возникновения, принято делить на наследственную, передающуюся генетическим аппаратом, и ненаследственную, обусловленную воздействием тератогенных факторов на различных стадиях развития зародыша. Наследственная и ненаследственная врожденная патология глубоко отличаются друг от друга.

По данным американских специалистов, с учетом всех форм аномалий (анатомических, физиологических, психических, биохимических, функциональных) у современных детей раннего школьного возраста врожденные уродства обнаруживаются в 25% случаев. Другими словами, каждый 4-й ребенок рождается с отклонениями в развитии.

ЭТИОЛОГИЯ

3 критических периода эмбриогенеза, во время которых воздействие внешних неблагоприятных факторов наиболее опасно:

- первые 3 недели
- с 3 по 16 неделю.
- с 18 по 22 неделю.

Каузальный генез уродств(по Ю.В.Гулькевич, Г.И.Лазюк,К.Ю.Гулькевич)

ЭКЗОГЕННЫЕ ПРИЧИНЫ

Физические факторы

Механические

Термические

Радиационные

Химические факторы

Гипоксия

Неполноценное питание

Гормональная дискорреляция

Тератогенные яды

Биологические факторы

Вирусы

Бактерии и их токсины

Простейшие

Психические факторы

Эндогенные причины

Наследственность

Биологическая неполноценность половых клеток

Влияние возраста родителей

Все дети с расщелинами лица и неба – инвалиды детства.

Основной задачей челюстно – лицевых хирургов , которые работают с детьми с врожденными уродствами является не только прооперировать ребенка, а, самое главное, помочь стать ему полноценным членом общества.

Лечение детей с расщелинами лица и неба обязательно должно быть комплексным и начинаться сразу после рождения ребенка.

Комплексное лечение врожденных расщелин губы и неба

Приказ Министра здравоохранения РСФСР
№ 175 от 16.07.1970 г.»О развитии стоматоло-
гической помощи населению РСФСР»

Созданы межобластные лечебно-консультатив-
ные центры для детей с врожденной патоло-
гией челюстно-лицевой области.

Основные специалисты центра:

1. Хирург-стоматолог

2. Ортодонт

3. Логопед

4. Оториноларинголог

5. Психоневролог

6. Педиатр

7. Медицинский генетик

8. Методист по лечебной физкультуре

РОЛЬ ПЕДИАТРА В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЁННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛИЦА

В системе комплексной реабилитации детей с врожденной патологией лица врач-педиатр отвечает за физическое и психическое здоровье ребенка. Исходя из этого он организует всю лечебно-профилактическую работу, главными задачами которой являются: контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима, расчет и организация сбалансированного питания, активная профилактика детских инфекций.

Здоровый доношенный ребенок нуждается в поступлении 110 - 180 мг/кг пищи в сутки. Лучшим питанием является грудное молоко. У детей с расщелиной губы проблем с грудным вскармливанием обычно не возникает. Дети с расщелиной неба требуют особой методики кормления. Для них существуют 2 способа вскармливания; грудное и из бутылочки. Сосок матери или соску бутылочки необходимо располагать в полости рта ребенка таким образом, чтобы они могли прижиматься между языком и сохранившейся частью неба. Для облегчения сосания груди можно использовать следующие приемы: массаж груди до кормления; прикладывание теплых компрессов на грудь за 20 минут до кормления; частое прикладывание к груди (каждые 2-3 часа); пальцевое сдавливание ореолы (темная область вокруг соска), которое помогает увеличить выстояние соска, облегчить его захват и удержание ртом ребенка. Если после нескольких попыток ребенок не в состоянии удержать сосок или при наличии больших дефектов неба, приходится сцеживать молоко и кормить ребенка из бутылочки. Обычно начинают с простых сосок, которые размягчают кипячением. Если они не обеспечивают качественного кормления, тогда переходят к специальным ортодонтическим соскам. Хорошие результаты дает кормление специальными сосками для младенцев с расщелиной неба NUK MedicPro



Рис.3 Аппарат для искусственного вскармливания при расщелине губы



Рис.4 Соска NUC для искусственного вскармливания при расщелине неба

ПРИНЦИПЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ И ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И НЕБА, ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Целью ортодонтического лечения детей с расщелинами верхней губы и неба является нормализация окклюзии зубных рядов, устранение деформации и недоразвития верхних челюсти, первичной адентии верхних фронтальных зубов, рациональное протезирование, достижение долговременных результатов коррекции прикуса.

В первое посещение врачом ортодонтом проводится осмотр и обследование. Новорожденному с соблюдением правил асептики слепочной ложкой снимается оттиск с верхней челюсти при помощи эластичной массы. Для предупреждения асфиксии необходимо вызвать громкий плач малыша, во время которого ложка с оттискной массой вводится в полость рта младенцу. Плач ребенка должен продолжаться до момента затвердения оттискной массы, затем оттиск выводится одним конгломератом.

В зависимости от вида, формы и размеров расщелины применяются как аппараты Мак-Нейла, так и преформированные аппараты по методике Симановской-Шаровой.

Аппараты Мак-Нейла применяются для расширения в области боковых фрагментов верхних челюстей при дефиците места для межчелюстной кости.

Форму верхней челюсти исправляют в возрасте до трех месяцев пластинкой с винтом или пружиной Коффина и внеротовыми отростками. При помощи эластичной тяги внеротовые отростки присоединяют к головной шапочке.

Винт (винты) или пружину Коффина располагают с учетом направления перемещения фрагментов (Ф.Я. Хорошилкина, 1999). Метод прост, но работа в полости рта новорожденного требует определенных навыков..



Рис.5 Установка ортодонтической аппаратуры для сужения расщелины в полости рта новорожденного

Раннее ортодонтическое лечение влияет не только на формирование правильной альвеолярной дуги, но и на ширину расщелины. Оно способствует уменьшению расщелины неба в 1,5 – 2 раза, расщелина превращается в щелевидный дефект, что снижает тяжесть уранопластики. Удобны в работе и не требуют снятия оттиска у новорожденного разработанные Т.В. Шаровой стандартные преформированные пластинки.



Рис.6 Ортодонтическое лечение с использованием несъёмных ортодонтических аппаратов с целью: расширения верхней челюсти



Рис.7выравнивания зубного ряда («разворот» центральных резцов)

Непосредственно перед уранопластикой делается защитная пластинка, покрывающая верхние зубы, твердое небо и распространяющаяся на мягкое небо. Снимается оттиск, отливается модель, свод твердого неба до шеек зубов заполняется гипсом. Защитная пластинка формируется из воска, продолжаясь в виде отростка в области мягкого неба. Затем воск заменяется на пластмассу. На операционном столе после окончания уранопластики на свод твердого неба помещается перевязочный материал и одевается защитная пластинка. Пластинкой пациент пользуется в течение послеоперационного периода (примерно три недели) и затем еще 2 месяца после выписки из стационара.

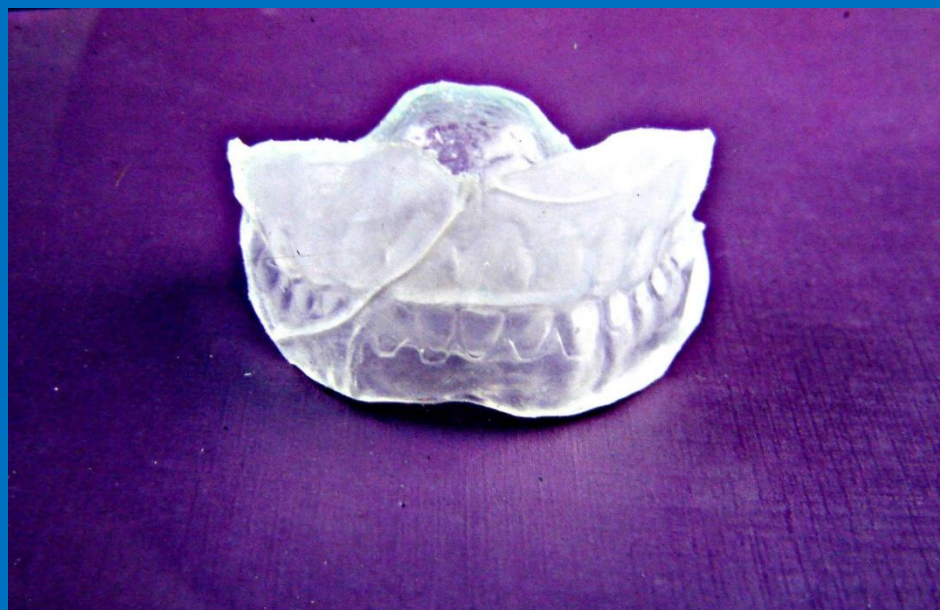


Рис.8 Защитная небная пластинка

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА

Одним из важнейших разделов комплексного лечения детей с расщелинами лица и неба является логопедическая помощь. Основные задачи Центра и логопедической службы; выявление детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области в первые дни после рождения; - составление индивидуального плана лечения ребенка в зависимости от формы и вида врожденной патологии, общего состояния и отсутствия или наличия сопутствующих врожденных пороков развития.

Расстройства речи у больных с врожденными расщелинами неба

У больных с врожденными расщелинами неба вследствие отсутствия перегородки между ротовой и носовой полостью и укорочения мягкого неба наступают расстройства речи, выражающиеся проявлением в той или иной степени открытой гнусавости с неясным и неправильным произношением звуков. Образование взрывных звуков- Б,П,Д,Т ,невозможно вследствие отсутствия достаточного напора струи воздуха. Другие взрывные и проточные звуки-Г,К,Р не удаются,так как отсутствует опора в небе для контакта с языком. Деформация альвеолярного отростка,неправильное расположение и дефекты зубов нарушают образование губозубных(В,Ф) и зубо-зубных(С,З) звуков.

Извращение артикуляции сказывается в том,что язык бывает пассивным,малоподвижным,большинство движений,необходимых для произношения звуков речи, в нем отсутствуют.

У больных с расщелиной неба речь сопровождается рядом компенсаторных движений отдельных участков мышц лица:крыльев носа,носогубных складок,лобных мышц,сморщивающих брови и др.Этими движениями они как бы стремятся задержать прохождение струи воздуха.

Недостаточность речевого аппарата сопровождается запаздыванием развития голосообразовательной координационной работы в центральной нервной системе,поэтому дети с врожденной расщелиной неба начинают говорить на 1 – 2 года позже.

Рис.9 Этапы работы врачей – логопедов с детьми с расщелинами неба



ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Вследствие выраженных анатомо-функциональных нарушений, у ребенка с расщелиной неба быстро развиваются хронические воспалительные процессы ЛОР-органов. Постоянный заброс слюны и пищи в полость носа, слизистая которой не приспособлена к этому, приводит к быстрому развитию хронического воспалительного процесса слизистой полости носа. Широкое сообщение полости носа и полости рта приводит к формированию смешанного носоротового типа дыхания и свободному попаданию воздуха в верхние дыхательные пути. Это предрасполагает к развитию частых простудных воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Частые воспалительные процессы верхних дыхательных путей приводят к гиперплазии лимфоидной ткани лимфоэпителиального глоточного кольца с быстрым формированием очагов хронического воспаления в небных (хронические тонзиллиты) и глоточной (аденоиды) миндалинах. Сочетание врожденной неполноценности мышц, напрягающих небную занавеску и крылоглоточной части верхнего констриктора глотки способствуют расстройству функции слуховой трубы, вследствие чего воспалительный процесс из носоглотки быстро переходит в слуховую трубу с развитием в последующем воспалительных процессов среднего уха (хронические средние отиты) и снижению слуха.

После постановки ребенка на диспансерный учет, он подлежит осмотру не реже 4 раз в год. Группы риска формируются по следующим заболеваниям:

- хронические тонзиллиты и аденоидиты;
- хронические синуситы;
- хронические отиты;
- нарушения слуха любой этиологии.

- Перед операцией уранопластики проводилась обязательная санация
- ЛОР-органов. Нам кажется целесообразной обязательная аденотомия.
- За счет расщелины неба прекрасный подход к глоточной миндалине позволяет
- полностью удалить разросшуюся лимфоидную ткань и коагулировать слизистую
- вокруг раны для исключения возможности рецидива. Обязательным является
- проведение противорецидивного курса консервативной терапии хронического тонзиллита с включением паровых и аэрозольных ингаляций и
- смазыванием носоглотки. При частых рецидивах хронического тонзиллита,
- не поддающихся консервативному лечению, рекомендована тонзилэктомия.
- К моменту проведения корригирующих пластических операций на лице
- проводится хирургическая коррекция носовой перегородки, направленная
- на восстановление носового дыхания.

стоматологии и клинической генетики ввиду значительной распространенности этих пороков развития. Медико-генетическое консультирование является одним из видов специализированной помощи населению, направленной, главным образом, на предупреждение появления детей с наследственной патологией.

Успешное медико-генетическое консультирование обусловлено тщательно-
стью и полнотой сбора генеалогической информации и точностью поставлен-
ного диагноза. Сбор родословной должен быть выполнен с большим внима-
нием, включать информацию минимум о трех поколениях. Особое значение
имеет выявление кровного родства между супругами, изучение состояния
здоровья близнецов (если они есть в семье), а также сведения о мертворож-
денных, выкидышах, рождении детей с врожденной патологией различных
органов и систем в других поколениях.

Медико-генетическое консультирование проводится в 3 этапа.

На первом этапе проводится дифференциальная диагностика с использованием специальных генетических методов исследования: клинико-диагностического, генеалогического, дерматоглифического, цитогенетического, биохимического, а также различных параклинических методов.

На втором этапе, после установления диагноза и типа наследственной передачи, проводится определение прогноза потомства.

На третьем этапе проводится собственно медико-генетическое консультирование с целью разъяснения степени риска рождения больных детей у пробанда или членов его семьи и дача рекомендаций.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ГУБЫ И НЁБА

Клиника врожденных расщелин верхней губы

Основные анатомические нарушения:

1. Расщепление верхней губы
2. Укорочение срединного фрагмента губы
3. Деформация кожно-хрящевой части носа

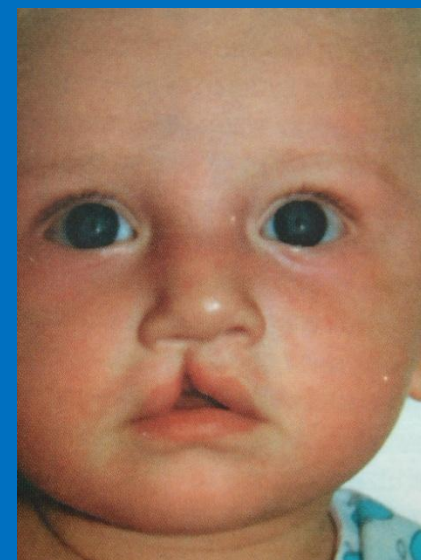


Рис.10 Различные виды неполных расщелин губы

Возрастные показания к пластике верхней губы

Ранняя пластика верхней губы проводится в родильных домах или детских челюстно-лицевых отделениях на 2-4 день или после 11-14 дня жизни ребенка. Противопоказаниями к ранней пластике служат асфиксия или травма при родах, сопутствующие врожденные пороки развития, послеродовые воспалительные процессы у матери. Результаты ранней пластики значительно хуже, чем при проведении ее в более позднем возрасте. В настоящее время оптимальным сроком для хейлопластики (пластики верхней губы) считается возраст 6-8 месяцев. В нашем отделении при неполных расщелинах верхней губы проводится хейлопластика по Обуховой, при полных - по Милларду.

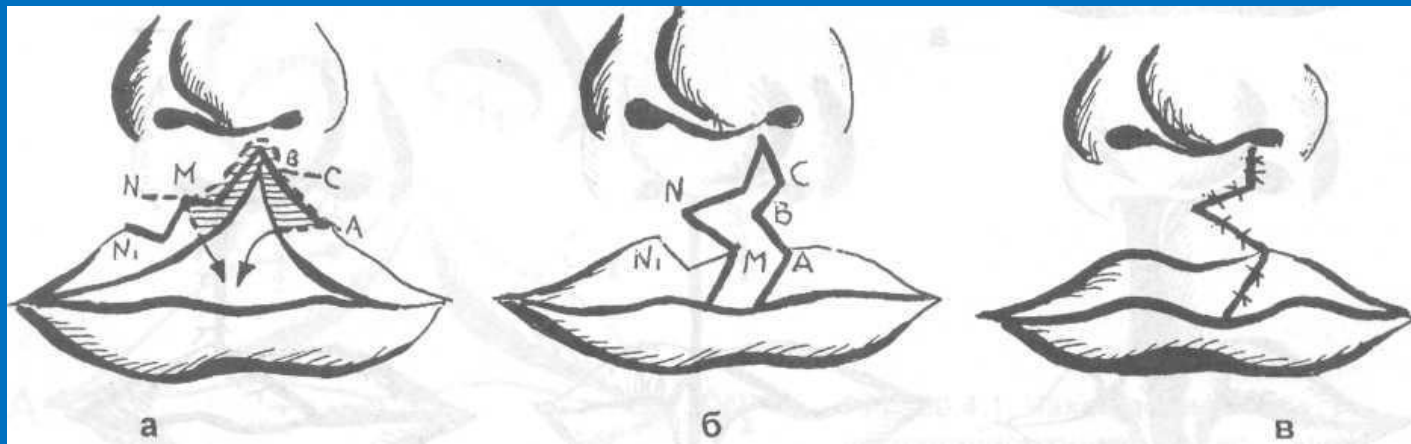
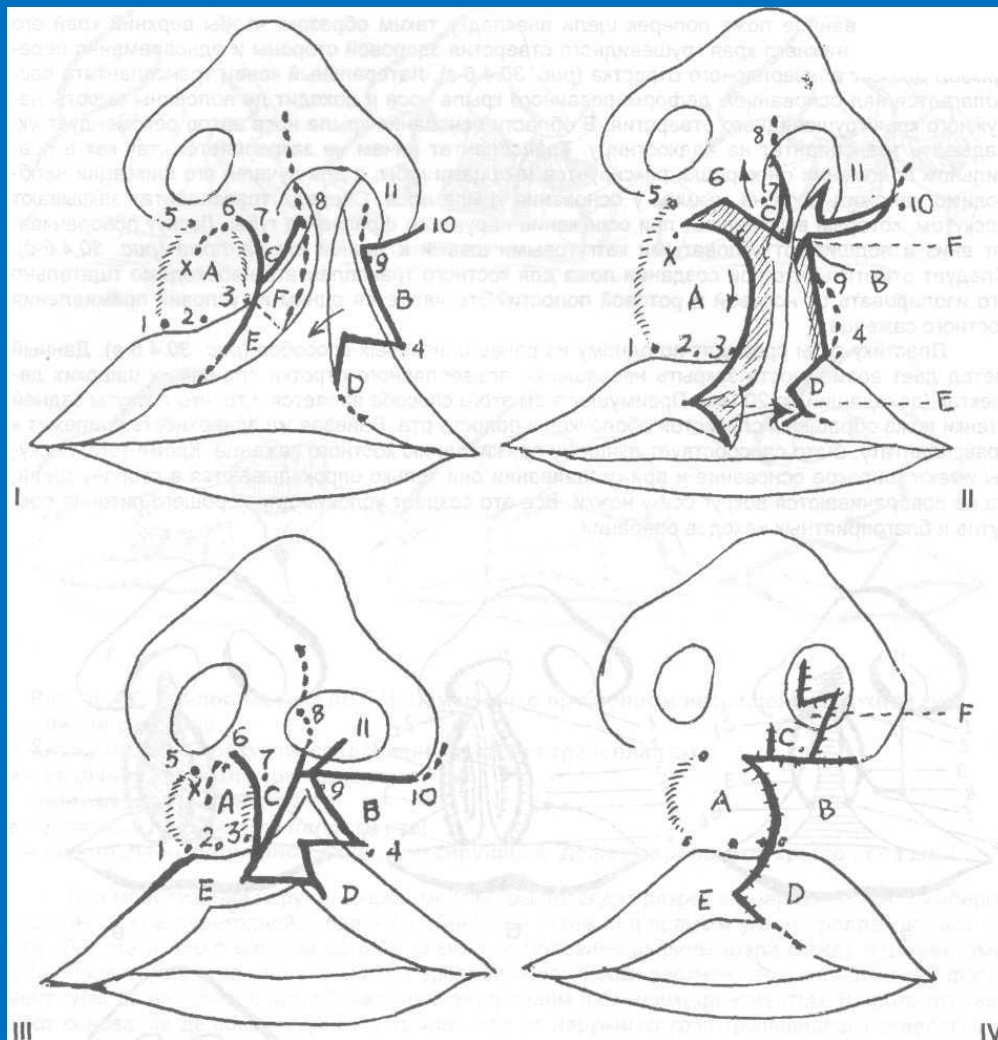


Рис. 11 Хейлопластика по методу Л.М. Обуховой (а, б, в - этапы операции).

Метод Л. М.Обуховой (1957). Применяется при неполных несращениях верхней губы (рис.). На наружном фрагменте губы выкраивают лоскут ABC и вшивают его в рану треугольной формы (MN), которая образуется после проведения добавочного разреза на внутреннем фрагменте. Длина основания треугольного лоскута (расстояние AC) равняется величине укорочения губы (расстояние NN₁) или разнице линий, идущих параллельно вверх от высших точек выступов пограничных линий каймы по боковым валикам фильтрума. Красная кайма раскраивается ступенеобразно или под углом 45° вниз от нижнего угла треугольного лоскута. Заштрихованную часть кожи у девочек можно повернуть вниз и создать слизистую оболочку губы, а у мальчиков ее необходимо иссечь во избежание роста волос на внутренней поверхности губы

Рис.12.Операция хейлопластики по Милларду



Описание схемы операции по Милларду

I - разметка предстоящих разрезов при полной левосторонней расщелине верхней губы и неба: 1, 2, 3, 4-ограничивающие точки на кожно-слизистой линии верхней губы; 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 -опознавательные точки в носогубном желобке и на дне носа; А - медиальный лоскут, включающий укороченную половину филтрома и лука Купидона; В -латеральный лоскут, предназначенный для вшивания в дефект ткани под основанием перегородки носа после ротации лоскута А вниз и мобилизация лоскута С вверх. Лоскут В может быть увеличен за счет кожи преддверия носа и продления горизонтального разреза 9-10 вокруг основания крыла; С - лоскут кожи, предназначенный для одностороннего удлинения кожной части перегородки и для частичной пластики дна преддверия носа; при широких расщелинах лоскут С может быть удлинен за счет участка красной каймы F на медиальном фрагменте губы; D -лоскут Миро, предназначенный для вшивания в освежающий разрез на медиальном фрагменте красной каймы; E -лоскут , выкроенный из красной каймы медиального фрагмента губы, предназначенный для утолщения красной каймы по нижнему краю латерального ее фрагмента. X - условная точка, до которой нужно продлить дугообразный разрез для достаточного низведения подтянутого кверху филтрома.

II - разметка предстоящих разрезов при неполной и частичной левосторонней расщелине верхней губы.

III - положение мобилизованных лоскутов верхней губы и носа перед ушиванием раны. Стрелками обозначено направление перемещения лоскутов: пунктир на коже бокового фрагмента губы указывает участок резецируемой полоски кожи в случае необходимости увеличения высоты лоскута В.

IV - расположение послеоперационных рубцов и лоскутов верхней губы и носа после ушивания раны.

Рис.13.Расщелина верхней губы (до операции)



Рис.14.Расщелина верхней губы (после операции)



Клиника врожденных расщелин неба

Основные анатомические нарушения:

1. Расщелина неба
2. Укороченное мягкое небо
3. Расширенный отдел глотки.



Рис.15 Врожденные полные расщелины неба, альвеолярного отростка и верхней губы

Устранение врожденной расщелины неба преследует следующие цели:

- 1.Закрывать расщелину неба;
- 2.Удлинить мягкое небо;
- 3.Сузить расширенный отдел глотки.

Операцию при врожденных расщелинах неба проводят в разном возрасте.

С развитием анестезиологии и организацией диспансерного обслуживания таких детей возраст, в котором оперируют расщелину неба, все больше «молодеет».В некоторых клиниках проводят пластику мягкого неба в возрасте до 1 года или в 1 год.

Учитывая что в нашей клинике операции проводятся под фторотановым наркозом, мы предпочитаем одномоментное закрытие расщелины мягкого и твердого неба в возрасте 5-6 лет. Однако, несмотря на разные точки зрения о возрасте ребенка, большинство хирургов в настоящее время считает, что операции на небе должны быть закончены в дошкольном возрасте. **Индивидуально возрастные показания к операции** определяет врач челюстно – лицевой хирург совместно с врачом-педиатром.

Главным является вид расщелины и способность организма ребенка выдержать объемное хирургическое вмешательство.

Радикальная уранопластика по А.А. Лимбергу

По краям расщелины иссекают полоску слизистой оболочки неба шириной в 3—4 мм до переднего края дефекта. Освежение краев расщелины выгоднее осуществлять не иссечением слизистой, а рассечением тканей линейным разрезом по всему краю дефекта. От уровня дистального края последнего зуба (первого или второго моляра) производят разрезы справа и слева по внутренней поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти, отступя на 2—3 мм от десневого края (рис. 93). Передний конец этих разрезов доводят до лунки клыка, бокового резца или до срединной линии в зависимости от способа образования переднего лоскута. Разрезы, освежающие края расщелины, соединяют поперечным разрезом, проходящим на несколько миллиметров впереди от начала расщелины. Передние лоскуты выкраивают в зависимости от формы дефекта. Прямым широким распатором отслаивают слизисто-надкостничные лоскуты со стороны боковых разрезов и края расщелины до заднего края кости и большого небного отверстия. Узким долотом производят резекцию задневнутреннего края большого небного отверстия той и другой стороны, превращая его в полукольцо для освобождения сосудисто-нервного пучка. Это позволяет лоскуты твердого неба вместе с сосудисто-нервным пучком сместить кзади и кнутри. Для сужения ротовой части глотки (мезофарингоконстрикция) продолжают кзади разрез на твердом небе, проводя его вертикально книзу на внутреннюю поверхность альвеолярного отростка нижней челюсти у последнего зуба. Клетчатку окологлоточного пространства тупо расслаивают — в ране становится виден передневнутренний край медиальной крыловидной мышцы. Боковую стенку глотки смещают кнутри по обеим сторонам.

С целью уменьшения натяжения мышц мягкого неба производят интерламинарную остеотомию. Для этого конец узкого прямого долота или остеотома устанавливают непосредственно снаружи от большого небного отверстия, а ручку долота — над малыми коренными зубами противоположной стороны и, слабо ударяя молотком, делают острием долота насечку в кортикальной пластинке внутренней поверхности альвеолярного отростка. Затем, упиравшись концом долота в кость, ручку отводят внутрь и устанавливают ее над центральными резцами. Прощупывают через мягкие ткани крючок крыловидного отростка и направляют долото снаружи от него через крыловидную вырезку в направлении крыловидной ямки. Далее вместо долота в образованную костную щель вводят широкий прямой распатор и рычагообразными движениями или давлением внутрь надламывают внутреннюю пластинку крыловидного отростка справа и слева. Этим уменьшают натяжение мышц, начинающихся от внутренней пластинки крыловидного отростка (*mm. tensor veli palatini, constrictor pharyngeus superior*). Тонким кетгутом послойно накладывают швы на мягкое небо. Края лоскутов твердого неба сближают узловыми или П-образными кетгутовыми швами. В область крыловидной вырезки в окологлоточное пространство вводят тампоны с йодоформом. Всю поверхность неба закрывают йодоформной марлей и защитной пластинкой из быстро твердеющей пластмассы или целлулоида. Пластинку оставляют до полной эпителизации раны. Она удерживается на зубах, которые плотно охватывает. В тех случаях, когда расщелина в передней части широкая, то при смещении неба назад передний его отдел закрывают с помощью лоскута кожи на ножке.

Рис.16. Хирургическое лечение врожденных расщелин
неба(по методике А.А.Лимберга)

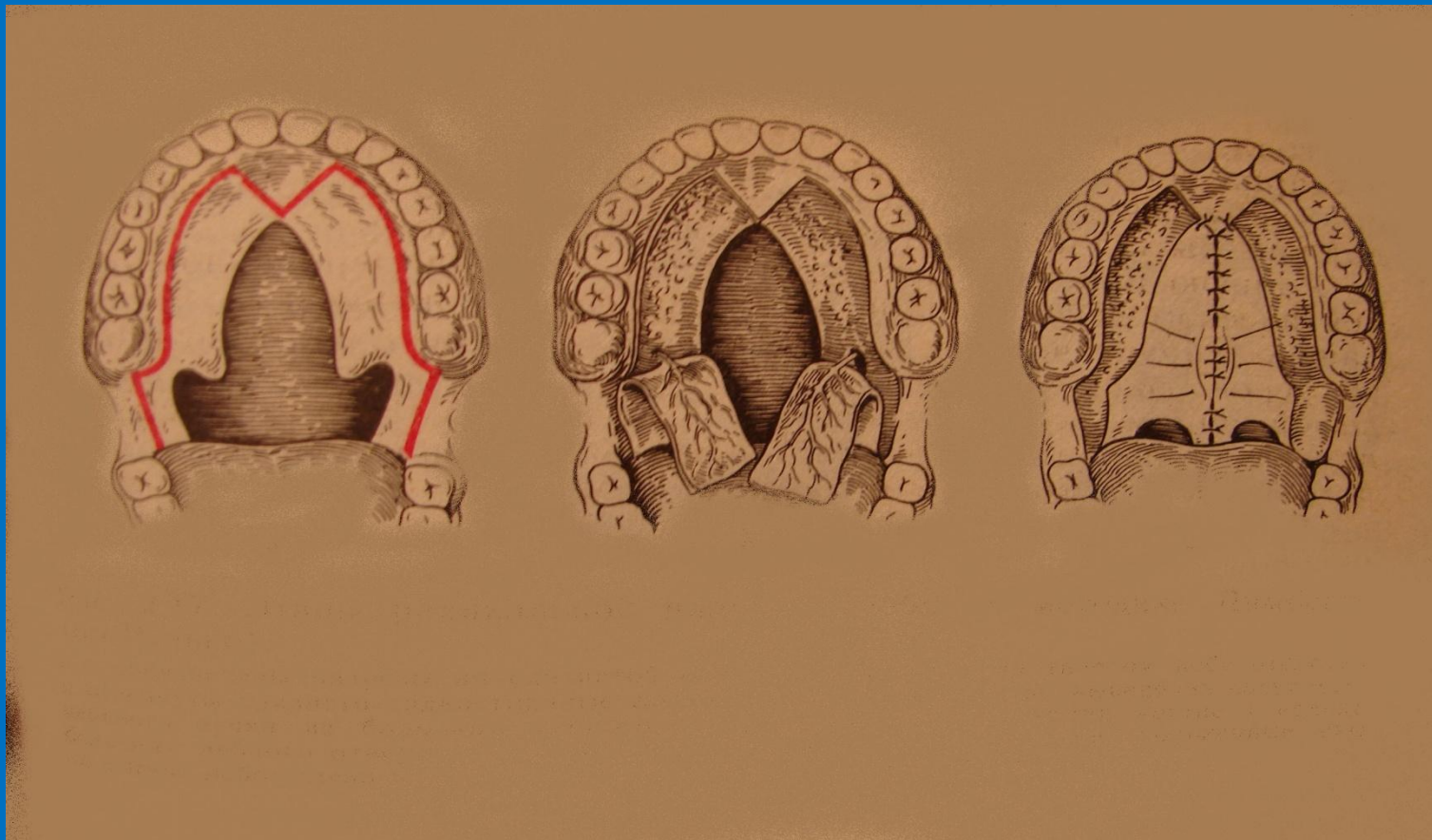




Рис.17 Полная расщелина неба



Рис.18 Полная двухсторонняя расщелина неба, альвеолярного отростка и верхней губы (« волчья пасть»).

**Рис.19.Расщелина нёба после пластики
через три недели**



ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Проведенные сотрудниками нашей кафедры обследования полости рта у детей с врожденными расщелинами верхней губы и особенно неба показали, что наличие расщелины приводит к нарушению гомеостаза полости рта и высокому уровню поражения зубов кариесом и его осложнениями. заболеваниями пародонта. Операция уранопластики усиливает эти негативные тенденции (Евмененко Р.А., 2005) Поэтому профилактику стоматологических заболеваний необходимо начинать сразу после рождения.

Объем стоматологической помощи включает в себя:

- 1). плановую санацию полости рта;
- 2) комплекс профилактики стоматологических заболеваний;
- 3) одномоментную санацию полости рта и ЛОР-органов.

ОБРАЗЦЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ К ЗАНЯТИЮ:

Выберите один правильный ответ

1. ФОРМИРОВАНИЕ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ
ТЕРАТОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ МОГУТ ВЫЗВАТЬ В ПЕРИОД ФОРМИРОВАНИЯ
ПЛОДА

- 1). 12-16 недели
- 2). 16-20 недели
- 3). 6 – 8 недель
- 4). 20-22 недели
- 5). 1 – 2 недели

2. ТЕРАТОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ МОГУТ ВЫЗВАТЬ ФОРМИРОВАНИЕ ВРОЖ-
ДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЫ НЕБА В ПЕРИОД ЭМБРИОГЕНЕЗА

- 1). 9 – 12 недель
- 2). 12-15 недель
- 3). 16-20 недель
- 4). 20-24 недели
- 5). 1 – 2 недели

3. МЕДИКО – ГЕНЕТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ РОДСТВЕННИКАМ БОЛЬНОГО И БОЛЬНОМУ С ДИАГНОЗОМ

- 1). остеома верхней челюсти
- 2). неполная расщелина мягкого неба
- 3). эпюлис
- 4). резаная рана левой щечной области
- 5). одонтома

4. ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОЗМОЖНО ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА

- 1). 1-2 месяца
- 2). 5-6 месяцев
- 3). 2-3 дня
- 4). 10-11 месяцев
- 5). верно 2,3

5. В ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ОПЕРАЦИЮ УРАНОПЛАСТИКИ ПРОВОДЯТ В ВОЗРАСТЕ

- 1). 1-2 года
- 2). 3 года
- 3). 6-8 лет
- 4). 12-13 лет

Ответы на образцы тестовых заданий к занятию:

1 – 3

2 – 1

3 - 2

4 - 5

5 - 3

ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ К ЗАНЯТИЮ

ЗАДАЧА 1

Родители принесли на консультацию ребёнка В., 2 месяца. Родителей беспокоит внешний вид верхнего отдела собственно полости рта.

Со слов мамы: ребёнок родился в срок. Вес при рождении 3300г.

Объективно: при осмотре отмечается полное несращение тканей верхней губы, альвеолярных отростков верхних челюстей и неба.

Вопросы

1. Диагноз.

3.Какова этиология выявленной Вами нозологической формы?

4.Какова врачебная тактика и выбор метода лечения в отношении выявленной Вами нозологической формы?

5.Какие профилактические мероприятия необходимы для предупреждения данного осложнения?

6.Прогноз по выявленной Вами нозологической форме

ЗАДАЧА 2

На стоматологический прием обратилась мама с ребенком В., в возрасте 4 месяцев, с жалобами на изменение формы верхней губы.

Анамнез жизни: родился недоношенным (7 мес.) с малым весом.

При внешнем осмотре наблюдается неполное несращение тканей верхней губы. У левого крыла носа, над участком несращения тканей наблюдается полоска неизменных тканей. В полости рта наблюдается изменение формы неба. Целостность неба не нарушена.

1. Диагноз

2. Какова этиология выявленных Вами нозологических форм?

3. Какова врачебная тактика и выбор метода лечения выявленной Вами нозологической формы?

4. Какие профилактические мероприятия необходимы для предупреждения данного осложнения?

5. Прогноз по выявленной Вами нозологической форме.

ОБРАЗЦЫ ОТВЕТОВ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ К ЗАНЯТИЮ:

ЗАДАЧА 1

1. Полная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и неба. Диагноз поставлен на основании осмотра
2. Врожденный расщелины челюстно – лицевой области - врожденная патология, развивающиеся вследствие нарушения формирования тканей в результате действия патогенных факторов на развивающийся плод в первый триместр беременности.
3. Дети с расщелинами челюстно – лицевой области – инвалиды детства. Дети находятся на диспансерном наблюдении в отделении детской челюстно – лицевой хирургии. Лечение комплексное, многоэтапное, с привлечением группы специалистов
4. Ведение здорового образа жизни. Медико-генетическое консультирование
5. При выполнении всех этапов лечения в полном объеме прогноз благоприятный

ЗАДАЧА 2

1. Неполная левосторонняя расщелина верхней губы. Скрытая расщелина неба?

Диагноз поставлен на основании осмотра.

2. Врожденные расщелины челюстно – лицевой области - врожденная патология, развивающиеся вследствие нарушения формирования тканей в результате действия патогенных факторов на развивающийся плод в первый триместр беременности.

3. Дети с расщелинами челюстно – лицевой области – инвалиды детства. Дети находятся на диспансерном наблюдении в отделении детской челюстно – лицевой хирургии. Лечение комплексное, многоэтапное, с привлечением группы специалистов.

6. Ведение здорового образа жизни. Медико-генетическое консультирование

5. При выполнении всех этапов лечения в полном объеме прогноз благоприятный

Основная литература

1. Зеленский, Владимир Александрович. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия : учебник / В. А. Зеленский, Ф. С. Мухорамов . - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

2. Персин, Леонид Семенович. Стоматология детского возраста : учебник / Л. С. Персин .- Москва: Медицина, 2008.

Дополнительная литература

1. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Сборник иллюстрированных клинических задач и тестов : учеб. пособие / УМО по мед. и фармацев. образованию вузов России ред.: О. З. Топольницкий, А.П.Гургенадзе.-Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2. Топольницкий О.З. Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие / О. З. Топольницкий , А. Ю. Васильев.- Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011.
Режим доступа <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970418260.html>.
3. Зеленский, Владимир Александрович. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Зеленский, Ф. С. Мухорамов .- Москва: ГЭОТАР Медиа, 2009.
Режим доступа :<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970411704.html>
4. Стоматология детская. Хирургия [Электронный ресурс] : учебник / УМО по мед. и фармацев. образованию вузов России-ред. В. М. Елизарова.-Москва : Медицина, 2009
Режим доступа :<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN5225034314.html>
5. Клинические ситуации с иллюстрациями для итоговой государственной аттестации выпускников медицинских вузов Российской Федерации : учеб.метод. пособие для мед. вузов спец. 060105.65"Стоматология"/ УМО по мед. и фармацев. образованию вузов России, ВУНМЦ, Моск. гос. мед.стом. ун-тред. Г. М. Барер.-Москва : ВУНМЦ, 2008.

Электронные образовательные ресурсы

1. Электронная библиотека ОмГМУ. Режим доступа: <http://weblib.omsk-osma.ru>; свободный доступ для авторизованных пользователей;
2. Электронно-библиотечная система «КнигаФонд». Режим доступа: <http://www.knigafund.ru>. 30 точек доступа;
3. Научная электронная библиотека. Режим доступа: <http://elibrary.ru/defaultx.asp>; свободный доступ;
4. СПС «Гарант»: локальная компьютерная сеть. 155 точек доступа;
5. СПС «Консультант Плюс»: локальная компьютерная сеть. 22 точки доступа;
6. База данных Scopus. Режим доступа. <http://www.scopus.com>. 500 точек доступа
7. ЭБС «Консультант студента». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/> 805 точек доступа