

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России)**



Кафедра стоматологии №2

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

МОДУЛЬ

«ДЕТСКАЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ»

Владикавказ, 2017 г

Занятие № 1

Тема: Заболевания ВНЧС у детей. Их классификация. Первично-костные повреждения и заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Остеоартрит, остеоартроз, костный анкилоз, неоартроз.

Цель занятия: Изучить клинику, диагностику, лечение и дифференциальную диагностику основных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у детей.

Вопросы, знание которых необходимо для изучения данной темы:

- 1) Анатомия ВНЧС.
- 2) Функции ВНЧС.
- 3) Жевательные мышцы.
- 4) Виды окклюзии.

Вопросы, подлежащие изучению:

- 1) Классификация заболеваний ВНЧС.
- 2) Рентгенодиагностика функциональных нарушений ВНЧС.
- 3) Функциональная диагностика.
- 4) Дифференциальная диагностика болевой дисфункции ВНЧС с заболеваниями, имеющими сходные симптомы.
- 5) Остеоартрит, остеоартроз, костный анкилоз, неоартроз. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

ВНЧС является сложной функциональной системой, имеет специфические особенности, отличающие его от других суставов опорно-двигательного аппарата. Этот сустав образован головкой мышцелкового отростка нижней челюсти, нижнечелюстной ямкой височной кости и лежащим спереди задним скатом суставного бугорка. Костная структура охвачена суставной капсулой, которая прикреплена вверху к основанию височной кости, внизу к шейке мышцелкового отростка. Суставной диск делит ВНЧС на два пространства (верхнее, нижнее). Оба пространства заполнены синовиальной жидкостью. Капсулярно-связочный аппарат ВНЧС состоит из вне- и внутрикапсулярных связок. Сустав имеет хорошо развитую сосудистую сеть. Парность ВНЧС, синхронность движений - одна из важных его кинетических функций. Сустав обеспечивает движения вертикальные, сагиттальные и трансверсальные.

Знание особенностей ВНЧС необходимо для правильного выбора методов диагностики и лечения заболеваний этого сустава, особенно в период детского возраста на фоне анатомо-функциональных изменений, обусловленных ростом ребенка.

Все заболевания ВНЧС можно разделить на две группы: первично-костные и функциональные. При первично-костном типе патологии

причиной заболевания ВНЧС может быть врожденное несовершенство развивающейся кости или воспаление суставных концов костей - мышцелкового отростка нижней челюсти и височной кости. Первично-костные заболевания сустава в детском возрасте приводят к нарушению наследственно-детерминированного роста нижнечелюстной кости вследствие врожденной неполноценности или гибели в процессе воспаления зоны активного роста кости, локализующейся в мышцелковом отростке нижней челюсти.

Функциональные заболевания сопровождаются развитием хронического воспалительного или воспалительно-дегенеративного процесса, первично поражающего суставной хрящ, а затем медленно, годами, распространяющегося на костную ткань суставных концов костей.

Первично-хрящевые заболевания сустава развиваются в подростковом возрасте вследствие возрастной дисфункции ВНЧС и жевательных мышц и могут привести к заболеваниям, патогенетически связанным между собой, - привычному вывиху, острому и хроническому артриту, артрозу.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ [ПО Н.Н. КАСПАРОВОЙ, 1979]

1. Первично-костные повреждения и заболевания сустава.

1.1. Врожденная патология ВНЧС.

1.2. Воспалительные заболевания суставных концов костей: остеоартрит; неоартроз; вторичный деформирующий остеоартроз; костный анкилоз.

2. Функциональные заболевания ВНЧС и их исходы в подростковом возрасте.

2.1. Юношеская дисфункция ВНЧС: привычный вывих; болевой синдром дисфункции.

2.2. Воспалительные и воспалительно-дегенеративные первично-хрящевые заболевания, развивающиеся вследствие дисфункции сустава: артрит (острый, хронический); деформирующий юношеский артроз.

Остеоартрит (деформирующий остеоартроз) — является наиболее распространенным видом артрита, и представляет собой хроническое заболевание, поражающий сустав, суставной хрящ, суставную сумку, кости, мышцы и связки.

Анкилоз — это неподвижность сустава, наступающая в результате образования костного, хрящевого или фиброзного сращения суставных концов сочленяющихся костей. Анкилоз может возникнуть вследствие травмы (ранение, закрытый оскольчатый перелом суставных концов костей, ушиб и другие повреждения, особенно повторные, сопровождающиеся внутритканевым кровоизлиянием), инфекционного или дегенеративного процесса в суставе, а также при неправильном лечении заболеваний и

повреждений суставов, когда недостаточно используется функциональный метод лечения и применяется длительная иммобилизация.

Неоартроз или новый (ложный) сустав — это патологическое сочленение в непосредственной близости от ВНЧС или вместо него, возникшее вследствие смещения мышцелкового отростка нижней челюсти в новое положение под воздействием травмы или в результате лизиса головки мышцелкового отростка после травмы или воспаления. По сравнению с нормой, это патологическое и неполноценное соединение костей. Неоартроз — это наиболее благоприятный исход остеоартрита ВНЧС. Он может развиваться после внесуставных и высоких внутрисуставных переломов мышцелкового отростка нижней челюсти, а так же после гематогенного или одонтогенного остеомиелита нижней челюсти.

1. Функционально-дистензионные заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков развиваются в результате:

- а) хронической травмы височно-нижнечелюстного сустава;
- б) острой травмы височно-нижнечелюстного сустава;
- в) одонтогенного остеомиелита челюсти;
- г) перелома нижней челюсти;
- д) диспропорции роста опорно-двигательного аппарата.

2. Укажите наиболее вероятные причины острого остеоартрита ВНЧС у детей:

- а) острый гнойный средний отит;
- б) острый вывих ВНЧС;
- в) острый гнойный лимфаденит околоушно-жевательной области;
- г) тяжелая форма гриппа;
- д) внутрисуставной перелом мышцелкового отростка нижней челюсти.

3. Укажите рентгенологические признаки не характерные для вторичного деформирующего остеоартроза ВНЧС у детей:

- а) головка мышцелкового отростка уплощена и склерозирована;
- б) головка мышцелкового отростка расположена впереди от суставного бугорка;
- в) суставная щель неравномерна и приближается к прямой линии;
- г) недоразвитие ветви нижней челюсти;
- д) укорочение мышцелкового отростка и утолщение шейки его.

4. Для клиники одностороннего фиброзного анкилоза ВНЧС характерно:

- а) невозможность открыть рот;
- б) боль в области сустава;
- в) дистальный прикус;
- г) ограничение открывания рта;
- д) косой прикус.

5. Для клиники костного одностороннего анкилоза ВНЧС характерно:
- а) открытый прикус;
 - б) дистальный прикус;
 - в) ограниченное открывание рта;
 - г) невозможность открыть рот;
 - д) боль в области пораженного ВНЧС.
6. Для клиники одностороннего неоартроза в области височно-нижнечелюстного сустава у детей характерно:
- а) невозможность открыть рот;
 - б) перекрестный прикус;
 - в) хруст и щелканье в суставе;
 - г) одностороннее недоразвитие нижней челюсти;
 - д) ограниченное открывание рта.
7. Для клиники юношеской дисфункции ВНЧС сустава наиболее характерны:
- а) привычный вывих;
 - б) хруст и щелканье в суставе;
 - в) отек и гиперемия кожи в околоушной области;
 - г) невозможность открыть рот;
 - д) косой прикус.
8. Острый травматический вывих ВНЧС чаще всего бывает:
- а) задний;
 - б) боковой двусторонний;
 - в) боковой односторонний;
 - г) передний односторонний;
 - д) передний двусторонний.
9. Укажите методы, применяемые для лечения юношеской дисфункции ВНЧС у детей:
- а) введение в полость сустава гормональных противовоспалительных препаратов путем инъекций;
 - б) активная механотерапия;
 - в) редрессация ВНЧС;
 - г) использование аппаратов, ограничивающих открывание рта;
 - д) ограничение приема твердой пищи.
10. Сроки проведения операции при костном анкилозе ВНЧС:
- а) после окончания роста костей лицевого скелета;
 - б) в любом возрасте после постановки диагноза;
 - в) после проведения ортодонтического лечения;
 - г) после 16 лет;
 - д) после 18 лет.

Занятие № 2

Тема: Врожденные пороки развития лица. Врожденные расщелины верхней губы и неба. Анатомические и функциональные нарушения. Классификация. Принципы и сроки хирургического лечения в зависимости от вида расщелин.

Цель занятия: Изучить этиологию, патогенез, клинику методы комплексного лечения детей с врожденными пороками развития лица, в том числе с врожденными расщелинами верхней губы и неба, а также основы профилактики и медицинской реабилитации детей этой группы; особенности вскармливания детей с врожденными расщелинами губы и неба.

Вопросы, знание которых необходимо для изучения данной темы:

- 1) Анатомия и топографическая анатомия лица и челюсти.
- 2) Сроки эмбрионального развития тканей зубочелюстной системы.
- 3) Круговая мышца рта.
- 4) Анатомия мягкого и твердого неба.

Вопросы, подлежащие изучению:

- 1) Классификация врожденных пороков развития лица.
- 2) Патогенез, этиология врожденных пороков развития (экзогенные и эндогенные факторы).
- 3) Классификация врожденных расщелин верхней губы и неба.
- 4) Клиника (анатомические, функциональные нарушения) при различных формах врожденных расщелин верхней губы и неба.
- 5) Особенности и способы ухода и вскармливания за детьми с врожденными расщелинами верхней губы и неба.
- 6) Лечение и медицинская реабилитация. Сроки и содержание диспансерного периода.

Причины возникновения врожденных пороков развития у человека можно представить следующей схемой:

А. Эндогенные причины:

- 1) Изменения наследственных структур (мутации).
- 2) Эндокринные заболевания.
- 3) «Перезревание» половых клеток.
- 4) Возраст родителей.

Б. Экзогенные причины:

1. Физические факторы:

- а) радиационные;
- б) механические.

2. Химические факторы:

- а) лекарственные вещества;
- б) химические вещества, применяемые в быту и промышленности;
- в) гипоксия;
- г) неполноценное питание.

3. Биологические факторы:

- а) вирусы;
- б) микоплазмы;
- в) протозойная инфекция;

Авторы считают, что основной причиной возникновения врожденных пороков развития являются эндогенные факторы, а экзогенные факторы, которым раньше уделялось большое внимание, имеют второстепенное значение.

Этиологические факторы, приводящие к появлению пороков развития лица и челюстей, делятся на экзогенные и эндогенные.

Экзогенные причины

Физические факторы:

- механические (перенесённые аборты, неправильное положение плода, опухоли матки, многоплодная беременность, травмы матери в первые месяцы беременности и т.д.);
- термические (гипертермия);
- ионизирующее облучение (внешнее и внутреннее).

Химические факторы:

- гипоксия (анемия, токсикоз у беременных, маточные кровотечения, хронический алкоголизм и т.д.);
- неполноценное и несбалансированное питание;
- гормональные дискорреляции (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы у беременной, фенилкетонурия);
- тератогенные яды (бензин, формальдегид, соли тяжёлых металлов, окись азота, пары ртути, алкоголь и т.д.);
- лекарственные вещества (химиопрепараты, гормоны коры надпочечников, инсулин, витамин А, салицилаты, диазепам и др.).

Биологические факторы:

- вирусы (коровой краснухи, кори, цитомегаловирус, простого герпеса, эпидемического паротита, ветряной оспы);
- бактерии и их токсины;
- простейшие.

Психические факторы (вызывающие гипердреналинемию)

Эндогенные причины

Патологическая наследственность (доминантным или рецессивным путём);

Биологическая неполноценность половых клеток (неправильный образ жизни; вредные привычки: алкоголь, курение, наркотики);
Влияние возраста и пола родителей.

Вопросы тестового контроля к практическому занятию:

1. Укажите задачи хирурга во время хейлопластики:

- а) ушить расщелину;
- б) удлинить верхнюю губу;
- в) нормализовать функцию сосания;
- г) нормализовать функцию глотания;
- д) все ответы правильные.

2. Укажите задачи хирурга во время уранопластики:

- а) нормализовать функцию речи;
- б) удлинить мягкое небо;
- в) ушить расщелину;
- г) нормализовать функцию глотания;
- д) все ответы правильные.

3. При врожденных расщелинах верхней губы нарушаются следующие функции:

- а) жевания;
- б) глотания;
- в) сосания;
- г) слуха;
- д) нарушены все указанные функции

4. При врожденных расщелинах неба нарушаются следующие функции:

- а) дыхания;
- б) глотания;
- в) сосания;
- г) речи;
- д) нарушены все указанные функции.

5. Хейлопластику на кафедре принято проводить в возрасте:

- а) до 1 месяца жизни ребенка;
- б) от 2 до 3 месяцев жизни ребенка;
- в) от 4 -до 7 месяцев жизни ребенка;
- г) от 8 до 10 месяцев жизни ребенка;
- д) после 12 месяцев жизни ребенка.

Занятие № 3

Тема: Врожденные синдромы с вовлечением челюстно-лицевой области. Врожденные кисты и свищи лица и шеи. Дермоидные и эпидермоидные кисты.

Цель занятия: Изучить врожденные синдромы с вовлечением ЧЛЮ. Научиться предварительно диагностировать и определять необходимые, дополнительные методы обследования и лечения.

Вопросы, знание которых необходимо для изучения данной темы:

- 1) Анатомия строения нижней челюсти.
- 2) Анатомия подъязычной кости.
- 3) Анатомия мягких тканей и анатомические образования шеи.

Вопросы, подлежащие изучению:

- 1) Околоушные кисты и свищи.
- 2) Боковые и срединные кисты шеи.
- 3) Дермоидные и эпидермоидные кисты и др.
- 4) Своевременная диагностика злокачественных опухолей ЧЛЮ.
- 5) Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика кист и свищей.
- 6) Хирургическое лечение.

К врожденным опухолеподобным образованиям челюстно-лицевой области и шеи у детей относятся дермоидные и эпидермоидные кисты, срединные и боковые кисты (свищи) шеи, а также свищи околоушной области и др.

Дермоидная киста - врожденное дизонтогенетическое образование, исходящее из эктодермы в результате порока ее развития. Клинически дермоидные кисты локализуются чаще всего по линиям сращения, где в стадии эмбрионального развития организма находились щели или складки эктодермы. В челюстно-лицевой области дермоиды могут располагаться на дне полости рта по средней линии, под языком, у корня носа между бровями, около крыльев носа, в области верхне-наружного края орбиты и реже в других местах. Клинически дермоид представляет собой образование округлой формы, эластичное, безболезненное при пальпации, не спаянное с кожей и окружающими тканями. Кожа и слизистая над ним в цвете не изменены. Однако при локализации в области корня носа и верхне-наружного края орбиты образование интимно связано с надкостницей. В этом случае его следует дифференцировать от мозговой грыжи путем диагностической пункции, рентгенологического обследования и консультации у нейрохирурга. Растет дермоид медленно, незаметно, практически не нагнаивается. Как правило, дермоидные кисты дна полости

рта обнаруживаются у детей старшего возраста, когда опухоль достигает больших размеров. Оболочка дермоидной кисты представлена дермой, т.е. построена так же, как кожа, и имеет волосяные луковицы, сальные и потовые железы. Дермоидные кисты внутри содержат продукты жизнедеятельности кожи: кожное сало, волосы, слущенный эпидермис, примесь серозной жидкости, кристаллы холестерина.

Лечение дермоидных кист исключительно хирургическое - удаление образования вместе с оболочкой (цистэктомия). Оперативный доступ определяется особенностями локализации кисты.

Эпидермоидная киста - это врожденное дизонтогенетическое образование эктодермальной природы, образующееся из отшнуровавшегося эпителия в период смыкания жаберных дуг. Таким образом, эпидермоидная киста по механизму возникновения ничем не отличается от дермоидной кисты. Встречаются они несколько чаще, чем дермоидные кисты. Локализуются преимущественно в области переднего отдела дна полости рта. Клинически представляют собой мягкое, безболезненное образование, не спаянное с кожей и окружающими тканями. Кожа над кистой в цвете не изменена. Растет она медленно, практически не нагнаивается. Оболочка эпидермоидной кисты тонкая и покрыта многослойным плоским эпителием (эпидермисом). Содержимое кисты - жидкость желтого цвета с кристаллами холестерина и слущенными клетками эпителия (чешуйки кератина). Для уточнения диагноза возможно УЗИ, пункционная биопсия, а также контрастная цистография. Это позволяет определить объем образования и его локализацию с целью составления плана оперативного вмешательства. Эпидермоидную кисту следует дифференцировать в первую очередь с ранулой и (или) кистой подчелюстной слюнной железы, а также с кистозной формой лимфангиомы. Лечение эпидермоидных кист хирургическое - удаление образования вместе с оболочкой (цистэктомия). Так как оболочка кисты тонкая, то операция несколько сложнее, чем при удалении дермоида.

Срединная киста (свищ) шеи - это врожденное образование, развивающееся из остатков нередуцированного щитовидно-язычного протока, который имеется у эмбриона при развитии щитовидной железы. При нормальном развитии плода в конце 4-ой недели внутриутробного развития этот проток подвергается обратному развитию и постепенно полностью исчезает, оставляя в области корня языка слепое отверстие. Если же щитовидно-язычный проток полностью не редуцирует, он - источником возникновения срединных кист и свищей шеи. В детском возрасте патология встречается очень часто.

Срединные кисты шеи могут локализоваться на любом участке щитовидно-язычного протока: как от слепого отверстия языка до подъязычной кости, так и ниже - от тела подъязычной кости до перешейка щитовидной железы (значительно чаще). Киста растет медленно,

безболезненно, но имеет склонность к нагноению или воспалению, чем часто проявляет себя клинически. При воспалении ее следует дифференцировать в первую очередь с лимфаденитом подподбородочной области. Клинически (вне воспаления) - это мягкое, эластичное образование округлой формы, не спаянное с кожей и окружающими тканями, но имеющее тесную связь с телом подъязычной кости. Диагностируется обычно не ранее 2-3-летнего возраста. Локализуется по средней линии шеи на уровне подъязычной кости выше или (чаще) ниже ее. При глотании образование смещается только вверх, вслед за подъязычной костью. Для уточнения диагноза возможно проведение УЗИ, диагностической пункции (киста содержит светлый тягучий секрет) или контрастной цистографии.

Лечение срединных кист шеи хирургическое. Поперечным разрезом на уровне тела подъязычной кости выделяют оболочку кисты и резецируют часть тела подъязычной кости, с которым оболочка кисты тесно спаяна. В ряде случаев свищевой ход, идущий от кисты, может перфорировать тело подъязычной кости и продолжаться до "слепого" отверстия корня языка. В этом случае свищ также следует полностью иссечь.

Срединный свищ шеи - врожденное образование, по механизму возникновения ничем не отличающееся от срединной кисты шеи. Диагностируется сразу после рождения или же в первые месяцы или годы жизни ребенка. Во многих случаях свищ образуется вторично, при нагноении срединной кисты шеи. Однако врожденный свищ шеи может быть и самостоятельным заболеванием. Наружное отверстие свища находится обычно ниже тела подъязычной кости, ближе к средней линии шеи. Кожа вокруг устья свища мацерирована, гиперемирована, иногда рубцово изменена. При пальпации определяется тяж, ведущий к телу подъязычной кости. Устье свища периодически открывается, и из свища выделяется слизистый секрет, иногда с гноем в небольшом количестве. Свищ может быть полным (от кожи на шее до "слепого" отверстия языка) и неполным, внутренним или наружным (от кожи на шее или от корня языка до тела подъязычной кости). При полном свище введенная на шее 1% метиленовая синь изливается из "слепого" отверстия языка в полость рта. Для уточнения диагноза и составления плана оперативного вмешательства возможно проведение контрастной фистулографии. Лечение срединных свищей шеи хирургическое - иссечение свища на всем протяжении с резекцией части тела подъязычной кости.

Боковая киста (свищ) шеи - это врожденное образование бронхиогенного происхождения, исходящее из эпителиальных остатков жаберных дуг или зубно-глоточного протока. Рудиментарные эпителиальные остатки жаберного аппарата второй жаберной щели или третьего глоточного кармана и зубно-глоточного протока в боковых отделах шеи долго сохраняются в латентном состоянии. Несмотря на то, что образование врожденное,

проявляется оно клинически чаще в подростковом возрасте под влиянием воспаления, травмы или желез внутренней секреции. Растут кисты медленно, локализуются в средней трети шеи в области "сонного" треугольника, впереди кивательной мышцы. Клинически образование мягкое, безболезненное, округлой формы, не спаянное с кожей и окружающими тканями, различного размера (от 3-4 см и более). Кожа над ним в цвете не изменена. Однако боковые кисты шеи имеют склонность к нагноению, симулируя в этом случае клинику абсцесса или флегмоны боковой поверхности шеи. После вскрытия кисты или самостоятельного прорыва гноя может сформироваться боковой свищ шеи. Для уточнения диагноза возможно проведение УЗИ, диагностической пункции и (или) контрастной цистографии. В полости кисты содержится жидкость желтоватого цвета. При цитологическом исследовании пунктата выявляются эпителиальные клетки с признаками ороговения, лимфоциты, кристаллы холестерина. Дифференцировать боковые кисты шеи следует с лимфаденитом, кистозной формой лимфангиомы, аневризмой сосудов шеи, опухолями околоушной и подчелюстной слюнной железы и др.

Лечение боковых кист шеи хирургическое - цистэктомия, т.е. удаление кисты вместе с оболочкой. Поскольку оболочка кисты тесно связана с сосудисто-нервным пучком шеи, особенно с внутренней яремной веной, операция представляет собой определенные сложности. При воспалении кисты вначале проводят мероприятия, направленные на купирование воспалительного процесса, а затем (в спокойном периоде) проводят цистэктомию.

Боковой свищ шеи - это врожденное образование, исходящее из тех же эмбриональных зачатков, что и киста. Образуется чаще всего вторично, в результате нагноения кисты, но может быть и первично-врожденным заболеванием. В этом случае клинически он проявляется значительно раньше кист, иногда в первые месяцы жизни ребенка. Различают полные и неполные боковые свищи шеи. При полном свище он продолжается от кожи боковой поверхности шеи до небной миндалины или боковой поверхности глотки. Неполный свищ слепо заканчивается в мягких тканях шеи. Из устья свища, которое расположено впереди кивательной мышцы в средней и нижней трети ее, периодически выделяется жидкость, содержащая слущенный эпителий и лимфоидные элементы. Кожа вокруг устья мацерирована, гиперемирована, часто рубцово изменена. Для уточнения диагноза и составления плана хирургического лечения возможно проведение контрастной фистулографии. С целью диагностики в устье свища, впереди кивательной мышцы, можно ввести 1% раствор метиленовой сини, который может выливаться в области небной миндалины. Это свидетельствует о том, что свищ полный.

Лечение боковых свищей шеи хирургическое - иссечение свища на всем протяжении. Операция, особенно при полных свищах, часто представляет

собой значительные трудности. Для успешного проведения операции в свищ до операции вводят 1% раствор метиленового синего. При неполном иссечении свища возможен рецидив заболевания.

Врожденные свищи околоушной области обнаруживаются обычно сразу же после рождения ребенка. Заболевание нередко носит наследственный характер. Локализуются свищи чаще в предушной области, обычно впереди основания завитка ушной раковины. Иногда свищи сочетаются с добавочными рудиментами ушной раковины. При пальпации из свища выделяется салоподобная масса в небольшом количестве. При пальпации и зондировании можно определить, что свищевые ходы от устья на коже направляются кзади до хрящевого отдела наружного слухового прохода. Иногда свищевой ход открывается в наружный слуховой проход. Свищи склонны к воспалению, в результате чего кожа вокруг устья свища гиперемирована, мацерирована. Дифференциальная диагностика проводится со слюнными свищами и подкожной гранулемой.

Лечение свищей околоушной области хирургическое - иссечение свищей на всем протяжении, часто с участком хрящевой основы наружного слухового прохода, что значительно усложняет операцию. Ее целесообразно проводить в дошкольном возрасте (4-5 лет).

Занятие № 4

Тема: Опухоли и опухолеподобные процессы мягких тканей лица, органов и слизистой оболочки полости рта(гемангиомы, лимфангиомы, сосудистые дисплазии, нейрофиброматоз, фибромы, папилломы, опухоли слюнных желез и др.).

Цель занятия: Изучить клинику, диагностику и лечение доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований мягких тканей челюстно-лицевой области у детей.

Вопросы, знание которых необходимо для изучения данной темы:

- 1) Анатомия мягких тканей ЧЛО у детей.
- 2) Топографическая анатомия ЧЛО.
- 3) Морфология и гистология доброкачественных опухолей мягких тканей эпителиальной и соединительно-тканной природы.
- 4) Клиника и диагностика опухолей мягких тканей ЧЛО.

Вопросы, подлежащие изучению:

- 1) Классификация, клиника, диагностика.
- 2) Медикаментозное и хирургическое лечение опухолей и новообразований.

- 3) Диатермоэлектрокоагуляция, склерозирующая терапия.
- 4) Компьютерная томография опухолей и опухолеподобных образований.
- 5) Дифференциальная диагностика, опухолей и опухолеподобных образований.
- 6) Лекарственные препараты, применяемые при лечении опухолей и опухолеподобных образований мягких тканей ЧЛЮ.
- 7) Госпитализация: экстренная, плановая.

Дети с доброкачественными образованиями полости рта составляют 4,9 % от общего количества хирургических больных.

Чаще опухоли выявляются в возрасте до 1 года, что говорит о их дизонтогенетическом происхождении. Дальнейший пик заболеваемости проявляется в возрасте 12-16 лет, что связано с повышенной эндокринной деятельностью.

Преобладающим видом новообразований полости рта у детей являются опухолеподобные (62,6 %), чаще встречаются у девочек.

Опухоль, как правило, локализуется в области верхней губы, угла рта, языка, твердого и мягкого нёба.

Опухолеподобные же образования - в области нижней губы, подъязычной области, на слизистой альвеолярного отростка.

Наибольшее количество новообразований происходит из эпителиальной ткани (многослойный плоский эпителий, железистый эпителий, зубообразовательный эпителий).

Среди эпителиальных опухолей из многослойного плоского эпителия чаще встречаются папилломы, которые занимают второе место по частоте после сосудистых опухолей в полости рта у детей.

Папиллома представляет собой образование чаще сосочкового характера на ножке или на широком основании, по цвету несколько бледнее или ярче цвета окружающей слизистой оболочки. В таком виде она не представляет сложности для диагностики. Но папиллома может иметь совершенно гладкую, блестящую поверхность, и тогда ее необходимо дифференцировать с фибромой. Часто в таких случаях правильный диагноз можно поставить только после гистологического исследования.

Особенностью папиллом является повышенная митотическая активность эпителия вокруг их основания, поэтому удалять их необходимо с подлежащей основой, во избежание рецидива.

Папилломатоз чаще наблюдается у детей 7-12 лет, что говорит в пользу постнатально-го происхождения. Он может иметь вирусную, реактивную, травматическую неопластическую этиологию.

Папилломатоз представляет собой множественное разрастание на слизистой оболочке щек, губ, языка, твердого и мягкого нёба в виде образования на широком основании, чаще с гладкой поверхностью,

безболезненное при пальпации, по цвету соответствует цвету окружающей слизистой оболочки или несколько бледнее.

Лечение зависит от этиологии (противовирусное, исключение травмирующего фактора, хирургическое).

Если папилломатоз чаще встречается у девочек, то дермоидные и эпидермоидные кисты чаще встречаются у мальчиков. Имеют дизонтогенетическую этиологию и часто проявляются сразу после рождения ребенка.

Особую подгруппу составляют доброкачественные пигментные опухоли - невусы, возникающие на слизистой оболочке полости рта чрезвычайно редко и проявляющиеся в возрасте 1-3 лет. Это голубой невус, который может иметь цвет от бледно-голубого до темно-синего. Он, как правило, имеет неправильную форму в виде пятна, не возвышающегося над поверхностью слизистой оболочки. Размер от 0,3 до 1 см в диаметре.

К группе редких опухолей у детей в полости рта относятся опухоли из железистого эпителия. Они возникают у детей старших возрастных групп, чаще 12-16 лет.

Аденомы, плеоморфные аденомы чаще встречаются в крупных слюнных железах: околоушной и поднижнечелюстной, а также малых железах мягкого и твердого нёба. Опухоль развивается в виде одного узла, растет медленно, не прорастая окружающие ткани, имеет тонкую фиброзную капсулу, не дает метастазов, и склонна к рецидивам.

Мукоэпидермоидная опухоль по своему строению может быть низкодифференцированной, умеренно дифференцированной и высокодифференцированной. Имеет инфильтративный рост. При низкодифференцированных формах возможен рецидив опухоли. Вмешательство сочетается с лучевой терапией.

Опухолоподобные новообразования из многослойного плоского эпителия относятся к редко встречающимся образованиям полости рта у детей.

Эпидермоидные кисты в грудном возрасте чаще определяются в области выводного протока подчелюстной и подъязычной слюнной железы или в области uvulae. Они могут имитировать абсцесс, так как имеют овальную форму образования желтого цвета. Размеры 0,5-0,7- 1 см в диаметре. Дермоидные и эпидермоидные кисты дна полости рта выявляются в более позднем возрасте - 4-6 лет. Они обычно занимают всю подъязычную область.

Лечение дермоидных и эпидермоидных кист хирургическое.

Опухолоподобные новообразования из железистого эпителия по частоте занимают первое место среди опухолей и опухолоподобных образований полости рта у детей. Наиболее часто встречаются ретенционные кисты малых слюнных желез, ретенционные кисты Бландин-Нуновской

железы. Реже встречаются ретенционные кисты подъязычной слюнной железы.

Ретенционные кисты как больших, так и малых слюнных желез встречаются чаще у детей в возрасте 7-12 лет. Ретенционные кисты малых слюнных желез чаще локализуются в области нижней губы и являются результатом одномоментной или хронической травмы. Представляют собой образование округлой формы на широком основании, слизистая над ними истончена, просвечивает жидкое содержимое. Размер от 0,3x0,3 до 1x1 см в диаметре. Периодически киста может вскрываться, содержимое истекает, и она исчезает, но затем может вновь появиться. Лечение ретенционных кист малых слюнных желез хирургическое.

Наибольшие трудности в диагностике и лечении представляют ретенционные кисты Бландин-Нуновской железы, располагающейся в области передней 1/3 языка на нижней его поверхности. Их необходимо дифференцировать с фибромами и папилломами данной локализации, так как кисты данной локализации часто вскрываются и теряют признаки ретенционной кисты. При хирургическом лечении кисты необходимо тщательно удалить все соседние дольки железы в пределах раны во избежание рецидива.

Ретенционные кисты подъязычной слюнной железы. Чаще встречаются у мальчиков в возрасте 7-12 лет. Причиной возникновения кист являются травма или воспаление (сиаладенит).

Ретенционная киста подъязычной слюнной железы представляет собой образование округлой или овальной формы вдоль выводного протока. Слизистая оболочка над ним резко истончена, просвечивает жидкое содержимое.

Размер от 0,5x0,5 до 2,5x3,5 см.

Дифференцировать ретенционные кисты подъязычной слюнной железы необходимо с лимфангиомой данной локализации. Лимфангиома обычно распространяется на противоположную сторону подъязычной области, а также дермоидными и эпидермоидными кистами.

Ретенционные кисты требуют хирургического лечения - удаление кисты вместе с железой (цистаденэктомия).

Зубообразовательный эпителий в полости рта у детей служит источником возникновения опухолеподобных образований - желез Серра.

Железы Серра являются результатом дизонтогенеза и выявляются в возрасте до 1 года. У девочек они наблюдаются чаще.

Локализуются железы Серра в области слизистой оболочки альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей. Представляют собой образование округлой формы на широком основании желтовато-белесоватого цвета размером от 0,2x0,2 до 0,5x0,5 см, плотноватой консистенции, безболезненное при пальпации. Количество их может быть от

1 до 3, 4, 5. Располагаться могут на альвеолярном отростке одной или обеих челюстей.

Диагностика желез Серра представляет трудности, так как они относятся к группе редко встречающихся образований полости рта. Дифференцировать их необходимо с фибромами и папилломами. Лечение железы Серра не требуется, так как подвергаются инволюции на 1-м году жизни, но могут сохраняться и в более старшем возрасте.

Соединительнотканые опухоли и опухолеподобные образования по частоте занимают 3-е место после сосудистых и эпителиальных образований.

Опухоли соединительнотканного происхождения.

Фибромы могут быть дизонтогенетического и постнатального происхождения. Проявляются или до 1 года жизни, или чаще в возрасте 12-16 лет, реже 7-12 лет.

Локализуются фибромы чаще в области языка, нижней губы, твердого и мягкого нёба, реже на альвеолярном отростке, в области верхней губы, щеки.

Фиброма представляет собой образование округлой, овальной, вытянутой, неправильной формы на широком основании или на ножке.

Фибромы могут быть единичные, множественные (2-3 шт.). По цвету соответствуют окружающей слизистой оболочке. По плотности от мягкой до плотной консистенции. Размер от 0,3 до 1,5-2 см в диаметре. Пальпация безболезненна. Рост медленный. Лечение - хирургическое, рецидива не дают.

Миобластомиома и миксома относятся к группе редко встречающихся образований полости рта.

Миобластомиомы - дизонтогенетического происхождения и проявляются сразу после рождения ребенка. Локализуются чаще в области языка, но могут быть в области мягкого нёба и нижней губы. Встречаются в виде единичных или множественных образований на широком основании белесовато-розоватого цвета с блестящей гладкой поверхностью. Размер от 0,2x0,2 до 0,5x0,5 см.

Миксома - опухоль постнатального происхождения, состоящая из слизистой ткани. В полости рта встречаются крайне редко у детей старшего возраста - 7-12 лет и 12-16 лет.

Миксома - опухоль округлой или узловатой формы грязно-серого или желтоватого цвета, нечетко отграниченная, мягкой консистенции.

Миобластомиома и миксома способны к озлокачествлению, поэтому при хирургическом иссечении их рекомендуется удалять вместе со здоровой тканью.

Опухолеподобные образования соединительнотканного происхождения.

Фиброматоз - разрастания плотной фиброзной ткани, покрывающие альвеолярный отросток с вестибулярной и язычной стороны. Этиология:

эндокринные нарушения, травма. Фиброматоз может иметь наследственный характер. Обычно встречается у девочек в возрасте 7-12 лет и старше.

Различают две формы: локальную, когда разрастания определяются в области группы зубов, и диффузную, при которой разрастания занимают всю поверхность альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей. Лечение хирургическое: при локальной форме - одномоментное удаление разрастаний, при диффузной - поэтапное иссечение производится в пределах здоровых тканей вместе с надкостницей.

Пиогенная гранулема представляет собой образование синюшного, багрового цвета, бугристое, с элементами некроза, мягкой консистенции, легко кровоточащее при прикосновении. Является разрастанием грануляционной ткани в ответ на внедрение инфекций в раневую поверхность. Растет очень быстро. Располагается в области губ, языка, щеки. Лечение хирургическое. Рецидива не отмечено.

Эпулисы занимают по частоте второе место среди опухолеподобных образований после ретенционных кист. Возникают они в постнатальном периоде, чаще у детей в возрасте 12-16 лет, реже 7-12 лет.

Различают три вида эпулисов:

- Фиброзный (фиброма альвеолярного отростка). Представляет собой плотное образование на широком основании или на ножке, безболезненное при пальпации, по цвету соответствует цвету окружающей слизистой оболочке. Размер от 0,3 до 1-1,5 см в диаметре. Иссекается в пределах здоровых тканей до кости.
- Ангиоматозный (ангиома альвеолярного отростка). Представляет собой образование красного, синюшного цвета, мягкой консистенции, легко кровоточащее при пальпации, безболезненное. Размер от 0,3 до 2-3 см в диаметре. На R-грамме могут быть незначительные изменения деструктивного характера. Иссекается в пределах здоровых тканей.
- Периферическая гигантоклеточная гранулема - образование синюшно-багрового цвета, плотной консистенции, безболезненное при пальпации. На рентгенограмме определяется деструкция костной ткани. Удаляется в пределах здоровых тканей с удалением разрушенной костной ткани (частичная резекция альвеолярного отростка).

Тестовые задания:

1. У детей, больных хроническим паренхиматозным паротитом, в анамнезе выявляется перенесенный острый эпидемический паротит:

- 1) всегда;
- 2) иногда;
- 3) никогда;
- 4) крайне редко;

5) только у детей с сопутствующей патологией ЛОР-органов.

2. Хронический паренхиматозный паротит заболевание

- 1) передающееся воздушно-капельным путем;
- 2) неконтагиозное;
- 3) передающееся половым путем;
- 4) имеющее вертикальный путь передачи;
- 5) наследственное.

3. Для острого эпидемического паротита симметричное поражение обеих желез

- 1) характерно всегда;
- 2) не характерно;
- 3) характерно только для детей с патологией органов дыхания;
- 4) характерно только для детей с патологией ЛОР-органов;
- 5) характерно только для детей с патологией ЖКТ.

4. Для хронического паренхиматозного паротита симметрическое поражение обеих слюнных желез является признаком

- 1) обязательным;
- 2) необязательным;
- 3) обязательным только для детей с патологией органов дыхания;
- 4) обязательным только для детей с патологией ЛОР-органов;
- 5) обязательным только для детей с патологией ЖКТ.

5. Симметричное поражение обеих околоушных слюнных желез более характерно для паротита

- 1) хронического паренхиматозного в стадии ремиссии;
- 2) острого эпидемического;
- 3) калькулезного;
- 4) новорожденных;
- 5) хронического паренхиматозного в стадии обострения.

Занятие № 5

Тема: Опухоли и опухолеподобные процессы костей лица, у детей. Костные кисты. Клиника отдельных нозологических форм доброкачественных и злокачественных новообразований и опухолеподобных процессов.

Онкологическая настороженность детского стоматолога. Комплексная реабилитация детей с новообразованиями челюстно-лицевой области.

Цель занятия: Изучить клинику, диагностику, лечение костных кист, опухолей и опухолеподобных процессов костей лица, показания к хирургическому лечению опухолеподобных поражений костей лицевого скелета.

Вопросы, знание которых необходимо для изучения данной темы:

- 1) Анатомия костей лица.
- 2) Топографическая анатомия клетчаточных пространств, прилежащих к челюстным костям.
- 3) Патологическая анатомия: морфология опухолеподобных поражений костей лицевого скелета.
- 4) Рентгенологическая характеристика опухолей челюстных костей.

Вопросы, подлежащие изучению:

- 1) Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика опухолей и опухолеподобных процессов костей лица.
- 2) Этиология, патогенез.
- 3) Номенклатура и классификация опухолей челюстных костей.
- 4) Характерные морфологические отличия основных видов опухолей челюстных костей, принципы дифференциальной морфологической диагностики.
- 5) Лечение и реабилитация детей с опухолями и опухолеподобными процессами костей лица.

КОСТНЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

Костные опухоли возникают первично в кости и развиваются из соединительнотканых элементов, входящих в ее состав.

Костеобразующие опухоли при своем развитии формируют опухолевую костную ткань.

Остеома. Доброкачественная опухоль из зрелой костной ткани. По структуре опухолевой ткани остеома может быть компактной и губчатой. По локализации они могут иметь центральное и периферическое расположение. Остеомы чаще встречаются на верхней челюсти. В большинстве случаев в процесс вовлекаются околоносовые пазухи. Остеомы растут крайне медленно, однако в единичных случаях темпы их роста варьируют. Клиническая картина мало выражена. Симптоматика определяется локализацией, размерами и направлением роста опухоли.

Лечение остеом - только хирургическое. Операция показана в тех случаях, когда возникают эстетические и функциональные нарушения.

Цитологическое исследование при остеомах неинформативно. При диагнозе остеомы в случае ее бессимптомного течения больной должен находиться под динамическим наблюдением с осмотром каждые 6 месяцев.

Остеобластома и остеоид-остеома - это две опухоли, тесно связанные между собой. Они имеют одинаковое микроскопическое строение и нет специфических микроскопических признаков, их отличающих. Различия между ними проявляются в неодинаковой величине и локализации, различной рентгенологической картине и реакции близлежащих участков кости, различных клинических симптомах и течении. Отличительной особенностью остеобластомы является практически полное отсутствие какой-либо зоны реактивного костеобразования (зона реактивного склероза).

Остеобластома - доброкачественная осте-областическая опухоль, сходная по гистологическому строению с остеоид-остеомой, но отличающаяся в клинических проявлениях. Располагается в губчатом веществе костной ткани и характеризуется большими размерами. Зона реактивного костеобразования в окружающей кости отсутствует. Деформация челюсти и изменения слизистой оболочки полости рта, болевой синдром, как правило, отсутствуют.

Лечение - хирургическое, возможно удаление опухоли путем выскабливания. Морфологически опухоль построена из примитивных остеоидных и слабо обызвествленных балочек, которые формируют беспорядочную сеть. В петлях, образованных этими костными структурами, располагается богато васкуляризованная клеточно-волокнистая фиброзная ткань. Клеточные элементы соединительной ткани представлены фибробластами, многочисленными остеобластами и единичными остеокластами.

Гигантоклеточные опухоли (ГКО) наиболее часто встречаются среди других доброкачественных образований лицевого скелета у детей. Наибольшая частота поражения ГКО отмечается в возрастных группах 4-7 лет и 7-12 лет с преобладанием лиц мужского пола и преимущественной локализацией на нижней челюсти.

Клинико-рентгенологические проявления ГКО многообразны и зависят от морфологического строения опухоли и изменений ее структуры (в том числе изменений дистрофического характера), происходящих по мере роста образования.

Цитологическое исследование является достаточно информативным методом. В 75% случаев результат цитологического исследования соответствует патоморфологическому диагнозу. Результат цитологического исследования всегда должен интерпретироваться с учетом данных клинико-рентгенологического обследования.

Лечение. Единственным методом, используемым при лечении ГКО любой локализации, должен быть хирургический - удаление образования с

резекцией соответствующего фрагмента верхней или нижней челюсти. Выполнение операций типа выскабливания у детей недопустимо. Зубы или зачатки зубов, прилегающие к очагу поражения, необходимо удалять.

Оссифицирующая фиброма. Клиническая картина оссифицирующей фибромы напоминает монооссальную фиброзную дисплазию. Однако в отличие от нее опухоль значительно быстрее растет. Зубы в области расположения опухоли смещаются. Опухоль вызывает вздутие челюсти, смещение и истончение кортикального слоя.

Рентгенологическая картина нехарактерна и в большей степени напоминает картину фиброзной дисплазии. Независимо от размеров и локализации опухоль всегда хорошо отграничена.

Лечение - использование щадящего подхода в лечении (выскабливание) часто дает рецидивы.

Фиброзная дисплазия - порок развития, по биологической сущности близкий к истинным опухолям. Патологические очаги характеризуются автономностью роста, возможностью рецидива при неполном удалении. При морфологическом исследовании патологических очагов у детей выявляются полиморфизм клеточных элементов и повышенная митотическая активность. Часто продолжительное время заболевание протекает бессимптомно. По характеру изменений в кости различают очаговую и диффузную форму. Очаговая форма встречается как в виде одиночного поражения одной из челюстей, так и многоочаговых поражений на одной или разных челюстях.

Херувизм - своеобразная форма фиброзной дисплазии, отличающаяся семейно-наследственным характером поражения. Болезнь передается от одного из родителей не всем детям, в потомстве могут быть здоровые дети. Поражение встречается в одном или многих поколениях. Половой избирательности в наследовании не отмечается. Один из характерных признаков болезни - симметричное поражение челюстных костей. В отдельные периоды болезни может преобладать более бурное развитие одной из сторон, наступает асимметрия лица. Период наиболее интенсивного роста патологических очагов - 5-7 лет. С наступлением половой зрелости процесс стабилизируется и отмечается тенденция к интенсивному костеобразованию, заканчивающемуся построением нормальной кости. В клинической картине помимо асимметрии наблюдаются последствия нарушения зубо-образования: адентия, ретенция зубов, дистопия и раннее выпадение зубов.

Морфологически отмечаются разрастания фиброзной ткани (часто с явлениями миксо-матоза) и выраженной остеокластической реакцией.

Лечение. К оперативному вмешательству прибегают при нарушении функции, вызванной ростом патологического очага; социальной дезадаптации ребенка.

Синдром Олбрайта рассматривается большинством исследователей как одна из форм фиброзной дисплазии, заключающейся в сочетании раннего полового созревания с интенсивной пигментацией некоторых участков кожи и рассеянными очагами в костях скелета. Костные поражения являются эмбриональным пороком превращения мезенхимы в костную ткань.

«Коричневая опухоль» гиперпаратиреоидизма. Системное заболевание, развивающееся в результате опухоли паращитовидной железы, выделяющей избыточное количество паратгормона. Процесс характеризуется перестройкой кости в виде значительного рассасывания ее и построения примитивных костных балочек. Рассасывание кости преобладает надобразованием плотных структур, пролиферация остеогенной ткани ведет к возникновению гигантоклеточных разрастаний, в которых образуются серозные и кровяные кисты. Костные изменения приводят к деформации, искривлению, патологическому перелому. Вследствие усиленного выделения солей кальция возникают изменения во внутренних органах (И.С. Карапетян).

Лечение - хирургическое, у эндокринолога (удаление опухоли паращитовидных желез). При функциональных и эстетических нарушениях - выскабливание патологической ткани в челюстных костях.

Центральная гигантоклеточная репаративная гранулема - опухолевидное образование. Ее важным диагностическим признаком является малоподвижность образования, связанная с наличием широкого основания опухоли. Образование может характеризоваться быстрым ростом, с самого начала своего появления значительной деформацией пораженного участка челюсти, расшатыванием интактных зубов, нарушением прикуса.

Хирургическое лечение данного образования должно проводиться также достаточно радикально, с удалением зубов, находящихся или прилегающих к ткани образования.

ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ

Амелобластома (адамантинома) представляет собой одонтогенную эпителиальную опухоль, строение которой сходно со строением ткани эмалевого органа зубного зачатка. Амелобластома обладает способностью к инвазивному росту. В большинстве случаев диагностируется у детей после 10 лет, но может встречаться даже в грудном возрасте. Нижняя челюсть поражается чаще (область больших коренных зубов, угол и ветвь), чем верхняя. Проявления амелобластомы малохарактерны. Клинические признаки сходны с таковыми при одонтогенной кисте. Рентгенологическая картина переменчива. Согласно данным литературы, на основании сопоставления данных рентгенологического и морфологического исследований показано,

что ткань опухоли выявляется за пределами границ, определяемых по рентгенограмме. Таким образом, рентгенологический метод не позволяет выявить истинных границ опухоли.

Течение амелобластом неагрессивное. В отдельных случаях амелобластомы проявляются признаками высокой агрессивности - прорастание опухоли в окружающие мягкие ткани.

Наиболее часто встречается поликистозный характер поражения. Крайне редко встречается монокистозное поражение.

Цитологическое исследование малоинформативно, и дифференциальная диагностика на основании пунктата не представляется возможной.

Микроскопическая картина строения многообразна не только в разных опухолях, но и в различных участках одной и той же опухоли.

Различают следующие варианты гистологического строения: фолликулярный, плексиформный, акантоматозный, базально-клеточный, зернисто-клеточный.

Ведущим методом лечения является удаление образования с резекцией соответствующего участка челюстной кости.

Амелобластическая фиброма. Клинические и рентгенологические проявления амелобластической фибромы нехарактерны и напоминают амелобластому. Амелобластические фибромы состоят из низкодифференцированных зубных тканей, которые встречаются только в зубных зачатках. В отличие от амелобластомы, амелобластические фибромы возникают в период развития и формирования постоянных зубов. Иногда на рентгенограммах в опухоли определяются зубоподобные конгломераты, являющиеся мало-дифференцированными зачатками зубов.

Лечение - хирургическое - резекция пораженного отдела челюсти. При гистологическом исследовании характерно наличие эпителиальных разрастаний, сходных с таковыми при амелобластоме, и рыхлой волокнистой соединительной ткани.

Аденоамелобластома. Редко встречающаяся доброкачественная опухоль. Клинико-рентгенологические проявления соответствуют фолликулярной кисте. Макроскопически оболочка толще, чем при фолликулярных кистах. Постановка диагноза возможна только после проведения патоморфологического исследования биопсийного материала.

Чаще локализуется на верхней челюсти в области клыков. В зоне опухоли выявляются непрорезавшиеся зубы, чаще клыки. Растет достаточно медленно. Хорошо отграничена от окружающих тканей, инкапсулирована.

Рентгенологически представлена кистоподобной зоной просветления без четких границ. Склеротический ободок по краю отсутствует. На фоне гомогенного просветления в пристеночной зоне могут определяться кальцификаты.

Кальцифицирующая одонтогенная киста. Согласно данным литературы, опухоль возникает в редуцированном эмалевом эпителии и состоит из нескольких слоев эпителиальных клеток с фокусами минерализации и фиброзной стромы. Чаще локализуется в области премоляров и моляров. Может иметь связь с непрорезавшимися зубами. Дифференциальная диагностика достаточно сложна, и диагноз устанавливается только после морфологического исследования биопсийного материала.

Лечение - из-за частого рецидивирования после кюретажа показаны более радикальные операции.

Одонтоамелобластома. Редко встречающаяся доброкачественная опухоль. Клинико-рентгенологические проявления напоминают амелобластому, отличаясь наличием в опухоли дентино- и эмалеподобных включений. Лечение - хирургическое. Возможно удаление опухоли путем выскабливания с последующей обработкой костной ткани.

Одонтома - порок развития зубных тканей. По структуре выделяют одонтомы простые, составные и сложные. Наиболее часто одонтома проявляется в период прорезывания зубов. Рост одонтомы самоограничен, связан с окончанием формирования и прорезывания зубов. Клинически деформация челюстных костей выявляется редко. Наиболее характерный клинический признак - задержка прорезывания постоянных зубов.

Лечение одонтомы - хирургическое - выскабливание (вместе с капсулой) или резекция. Существуют указания на возможность сохранения зубов или зачатков зубов, смещенных одонтомой. На срезах определяются зубы и мелкие зубоподобные образования с нормальным топографическим расположением эмали, дентина, цемента и одновременно конгломераты зубных тканей, имеющие извращенное расположение зубных структур. Вокруг опухоли обычно имеется капсула, состоящая из грубоволокнистой фиброзной ткани, иногда с включением зубных тканей.

Фиброма (одонтогенная фиброма). Опухоль, как правило, развивается медленно, боли нехарактерны. В процессе роста опухоли нарушается прорезывание зубов.

Основной отличительный признак одонтогенной фибромы - наличие остатков зубообразующего эпителия в соединительнотканной массе опухоли. Клиническая картина неспецифична. Морфологически представлена редкими, мелкими островками зубообразующего эпителия среди соединительнотканной массы опухоли.

Миксома (миксофиброма). Редко встречающаяся опухоль челюстных костей. Источником развития ее в челюстных костях служат резервные недифференцированные клетки мезенхимы, местом концентрации которых являются зубные зачатки. Клиническая картина бедна специфичными

симптомами. Капсулы у опухоли нет, зона пограничного склероза отсутствует.

Лечение - только хирургическое - резекция в пределах здоровой кости.

Цементома - новообразование, занимающее промежуточное положение между диспластическим процессом (цементодисплазией) и истинной опухолью, исходящей из перицементы прорезывавшихся зубов. Для цемента почти всегда характерны связь с зубами, спокойный характер роста и четкое ограничение очагов поражения от окружающей ткани. Однако в детском возрасте клинико-рентгенологическая картина не укладывается в эти рамки (тенденция к безграничному росту, способность к рецидивам, не всегда обнаруживаемая связь с зубами).

Лечение. Во избежание рецидива цементомы необходимо иссекать вместе с прилежащими участками костной ткани (частичная или полная резекция пораженного участка).

КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ

В Международной гистологической классификации опухолей (МГКО) (серия № 5) кисты рассматриваются в двух разделах: «Неэпителиальные кисты» и «Эпителиальные кисты».

А. Неэпителиальные кисты. 1. Аневризмальная киста. 2. Простая костная киста (травматическая, геморагическая).

Б. Эпителиальные кисты (результат порока развития). 1. Одонтогенные - первичная киста (кератокиста), гингивальная киста, киста прорезывания, зубосодержащая (фолликулярная киста). 2. Неодонтогенные - киста резцового канала, глобуломаксиллярная, срединная нёбная.

В. Воспалительные корневые кисты. 1. От временного зуба (аникальная и латеральная периодонтальная). 2. От постоянного зуба (аникальная и латеральная периодонтальная). 3. Рецидивная.

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ КИСТЫ

Эпителиальные кисты связаны с нарушением процесса эмбриогенеза и являются пороком развития зубов и челюстей. Их называют также щелевыми или фиссуральными кистами. Они представляют собой полость, выстланную эпителием. Наиболее часто встречаются глобуло-максиллярная, срединная нёбная и носонёбная (киста резцового канала) кисты.

Глобуломаксиллярная киста развивается в эмбриональном периоде из остатков эпителия в месте слияния резцовой кости и бокового отдела альвеолярного отростка верхней челюсти. Может располагаться либо между боковым резцом и клыком, либо между центральным и боковым резцами.

Часто протекают бессимптомно, так как отсутствует выбухание кортикальной пластинки в месте их расположения; зубы, прилежащие к кисте, интактны. Киста нередко обнаруживается случайно. Клинически проявляется неправильным положением латерального резца, клыка или ретенцией клыка.

Рентгенологически определяется очаг деструкции костной ткани веретенообразной формы, корни формирующихся зубов охватывают кисту. Лечение - хирургическое - полное удаление оболочки кисты.

Срединная нёбная и носонёбная кисты (киста резцового канала) образуются из остатков эпителия носонёбного канала; располагаются по линии соединения нёбных отростков верхней челюсти и в области резцового канала.

У детей встречаются редко. Характеризуются медленным, бессимптомным ростом, обнаруживаются при воспалении или часто случайно при рентгенографии, а также при достижении больших размеров, когда коронки центральных резцов смещаются по направлению друг к другу.

Клиническая картина характеризуется наличием эластичного выбухания в переднем отделе твердого нёба, по ходу нёбного шва за центральными резцами. Редко выбухание и истончение кости обнаруживаются и в преддверии полости рта. При пальпации определяется округлой формы образование с зыблением в центре. Киста заполнена жидкостью желтоватого цвета с кристаллами холестерина. Патоморфологически установлено, что оболочка кисты является эпителиальной выстилкой, состоящей из многослойного плоского эпителия на участках альвеолярного отростка и мерцательного эпителия на участках кисты, прилегающей к полости носа.

Рентгенологически определяется очаг деструкции костной ткани округлой, овальной или грушевидной формы; периодонтальные щели центральных резцов сохранены.

Дифференцируют данные кисты от поднадкостничного абсцесса нёба и кист резцового сосочка.

Лечение - хирургическое - полное удаление оболочки кисты.

Фолликулярная (зубосодержащая) киста развивается из эмалевого органа непрорезавшегося зуба, наиболее часто нижнего третьего большого коренного зуба или клыка, реже - третьего большого коренного зуба на верхней челюсти. Существует мнение, что фолликулярные кисты возникают в результате воспалительного процесса в периодонте временных зубов, переходящего на постоянный зуб, расположенный в полости кисты и находящийся на одной из стадий развития.

Клиническая картина схожа с проявлением других кист челюстей. Характерно отсутствие одного из зубов в зубном ряду; исключением

является развитие кисты из сверхкомплектного зуба. Описаны случаи развития амелобластомы из фолликулярной кисты.

Рентгенологически определяется очаг разрежения костной ткани с ровными и четкими границами, нередко с ободком плотной склерозированной кости по краям. Фолликул зуба может быть включен в полость кисты; либо коронка его может быть погружена в кисту до шейки, а корень располагается в костной ткани.

Макроскопически фолликулярная киста представляет собой однокамерную полость, выстланную оболочкой, и содержащую желтоватую прозрачную жидкость с кристаллами холестерина. Микроскопически оболочка кисты определяется в виде тонкого слоя соединительной ткани, покрытого многослойным плоским эпителием.

Дифференцируют фолликулярную кисту от других кист челюстей и амелобластомы.

Лечение - хирургическое - полное удаление оболочки кисты и ретенированного зуба.

Первичная киста (кератокиста). МГКО в 2005 г. перенесла кератокисты в разряд опухолей и рекомендовала термин «кератокისტозная одонтогенная опухоль», так как он лучше отражает неопластическую природу опухоли.

Кератокиста является пороком развития зубообразовательного эпителия, ее источником могут стать образования, известные под названием железы Серра. Это скопления эпителиальных клеток, оставшиеся под поверхностью десны в виде белесоватых пятнышек и не рассосавшиеся после рождения. Наиболее часто кератокиста развивается в зубосодержащих участках челюсти или позади третьего моляра нижней челюсти с распространением на ветвь. Опухоль обладает агрессивным поведением, способна разрушать окружающие ткани, часто рецидивирует и может озлокачествляться.

Кератокиста развивается незаметно и длительное время не проявляется. При выявляемой незначительной деформации челюстных костей киста, как правило, достигает больших размеров.

Кератокиста имеет характерную морфологическую картину, отличающую ее от других кистозных поражений челюстных костей. Стенка ее представлена довольно рыхлой волокнистой соединительной тканью, внутренняя поверхность выстлана многослойным плоским эпителием в 3-5 слоев с очень характерным базальным слоем, клетки которого расположены строго вертикально с гиперхромными ядрами, образуя подобие «щеточки».

Активная пролиферация эпителиальной выстилки кератокист, поддерживаемая вторичным воспалением, служит причиной рецидивов кисты, а также может способствовать возникновению в ней одонтогенной опухоли, прежде всего амелобластомы.

Множественные кератокисты входят в состав некоторых синдромов: Горлина-Гольца, синдрома Морфана, синдрома Нунан.

Синдром Горлина-Гольца. Отмечается гипертрихоз в области переносицы, на спинке носа, укорочение верхней трети лица за счет снижения линии роста волос. Синдром сопровождается множественными базально-клеточными невусами. Кроме того, отмечается воронкообразная грудная клетка, гипертелоризм, пороки развития внутренних органов (почки, кишечник).

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ КИСТЫ

Аневризмальная киста. До выделения в самостоятельную нозологическую форму подобные изменения в костной ткани трактовались как исход гигантоклеточной опухоли. Костное поражение не имеет связи с зубами. Возможно бессимптомное клиническое течение. Во многих случаях больные предъявляют жалобы на зубную боль, реже - на безболезненную деформацию кости. В отдельные возрастные периоды может отмечаться достаточно быстрый рост кист.

Лечение - операция выскабливания дает надежные результаты.

Простая костная киста (травматическая, геморрагическая) встречается на нижней челюсти у детей в период интенсивного роста скелета (12-14 лет). Обнаруживаются случайно при рентгенологическом исследовании, так как не сопровождаются деформацией челюсти. Патогенез изучен недостаточно; считается, что простая костная киста является результатом травмы или интенсивного роста скелета, при котором губчатое вещество кости не успевает перестроиться и образуются не полностью минерализованные костные полости. Киста не имеет оболочки и жидкого содержимого, в ее полости свободно располагаются костные трабекулы; в ряде случаев киста заполнена геморрагическим содержимым.

Рентгенологически определяется очаг просветления без четких границ, распространяется вдоль губчатого вещества кости, имеет овально-вытянутую, с неровными контурами форму; на его фоне проецируются корни зубов. Зубы интактные.

Дифференцируют от воспалительных корневых кист, гигантоклеточной опухоли, амелобластомы.

Лечение - хирургическое.

Занятие № 6

Тема: Врожденная патология слизистой оболочки рта: низкое прикрепление уздечки верхней губы, высокое прикрепление уздечки нижней губы, короткая уздечка языка, дополнительные тяги слизистой рта, мелкий нижний

свод преддверия рта. Операции, проводимые в ЧЛО у детей в условиях поликлиники.

Цель занятия: Изучить этиологию, клинику, диагностику, принципы лечения детей с врожденной патологией слизистой оболочки, короткими уздечками губ и языка, мелким преддверием полости рта. Сформировать диагноз и выбрать метод лечения.

Вопросы, знание которых необходимо для изучения данной темы:

- 1) Анатомия челюстно-лицевой области.
- 2) Гистология, цитология, эмбриология. Развитие лица и ротовой полости.
- 3) Методы рентгенологического обследования в челюстно-лицевой области.
- 4) Методы физиотерапевтического лечения в челюстно-лицевой области.

Вопросы, подлежащие изучению:

- 1) Короткая уздечка языка.
- 2) Низкое прикрепление уздечки верхней губы.
- 3) Мелкое преддверие полости рта.
- 4) Синдром Пьера-Робена, синдром Ханхарта.
- 5) Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение патологии слизистой оболочки.

Аномалии слизистой оболочки полости рта - наиболее частый врожденный порок развития. Они могут быть доминирующим видом аномалий или симптомом более серьезного порока развития (множественные врожденные тяжи слизистой оболочки в области сводов преддверия рта при рото-лице-пальцевом синдроме).

Короткая уздечка языка. Уздечка языка - тяж слизистой оболочки, вершина которого расположена на нижней поверхности языка по средней линии, далее переходящий на дно рта и располагающийся между устьями выводных протоков под нижнечелюстных и подъязычных слюнных желез. Своим основанием уздечка языка прикрепляется к внутренней поверхности альвеолярного отростка нижней челюсти (на любом уровне), часто образуя здесь дополнительные тяжи слизистой оболочки в виде «гусиной лапки». В норме вершина уздечки языка располагается на уровне средней его трети, а основание - на уровне основания альвеолярного отростка. Если же вершина уздечки прикреплена в области передней трети языка или близко к его кончику, говорят о короткой уздечке языка. При такой уздечке ее основание, как правило, располагается близко к вершине альвеолярного отростка.

В области кончика языка при выраженной укороченной уздечке наблюдается втянутость, бороздка. В редких случаях уздечка языка практически отсутствует и кончик языка оказывается прикрепленным к вершине альвеолярного отростка. Такое состояние обозначается как анкилоглоссия. Подобные анатомические нарушения, вызывающие ограничение подвижности языка, приводят к функциональным расстройствам. В первые дни после рождения выявляется нарушение функции сосания. Однако функциональная недостаточность языка может компенсироваться большим количеством молока у кормящей женщины, что облегчает сосание. Это же наблюдается при переводе ребенка по каким-либо причинам на искусственное вскармливание с первых дней после рождения. Порок развития может оставаться не-выявленным до периода становления речевой функции у ребенка. В этих случаях короткую уздечку языка часто обнаруживает логопед. Необходимо иметь в виду, что нарушение речи может быть центрального происхождения. В таких случаях вопрос об оперативном вмешательстве на уздечке языка решает врач-логопед (иногда после консультации с психоневрологом).

Короткая уздечка языка приводит к локальному пародонтиту в области зубов 82, 81, 71, 72, 42, 41, 31, 32, нарушению их положения (язычный наклон, поворот по оси) и способствует развитию дистальной окклюзии; она ухудшает фиксацию ортодонтических пластиночных аппаратов и съемных протезов на нижней челюсти.

Лечение короткой уздечки языка хирургическое. Показания к операции: нарушение функции сосания (вопрос об операции должен решаться совместно с педиатром), логопедические (решение принимают логопед и хирург), ортодонтические и ортопедические, пародонтологические (решение принимают соответствующие специалисты).

Операция у новорожденных и грудных детей проводится под аппликационной анестезией непосредственно перед очередным кормлением путем рассечения уздечки над устьями выводных протоков слюнных желез ножницами. Язык удерживается желобоватым зондом. Сразу же после операции показано кормление ребенка. Во время функции сосания произведенный надрез на уздечке языка естественным путем продлевается на необходимую величину. Операция рассечения уздечки у новорожденных и грудных детей паллиативная. В дальнейшем, как правило, ребенку предстоит плановая операция - пластика уздечки языка, в том числе встречными треугольными лоскутами.

Методика операции. После рассечения уздечки языка над устьями выводных протоков слюнных желез и расширения раны тупым путем в горизонтальном и вертикальном направлениях иссекается дубликатура слизистой оболочки над раной (собственно уздечка). Мобилизуются края раны, после чего на слизистую оболочку накладываются швы vicril в

вертикальном направлении. Возможное осложнение в послеоперационном периоде — отек языка и дна рта — вызывает необходимость рекомендовать наблюдение за ребенком в условиях стационара одного дня и назначение противовоспалительных и гипосенсибилизирующих препаратов (глюконат кальция, тавегил, супрастин или другие их аналоги). Рекомендуются щадящая диета, ограничение речевой функции на 3—4 дня, полосканиерта после еды слабым антисептиком, чистка зубов нижней челюсти с язычной стороны не проводится до полного выздоровления. Если операция осуществлялась по логопедическим показаниям, ребенок начинает (или возобновляет) занятия с логопедом на 6—7-е сутки после операции.

Короткая уздечка верхней губы обычно имеет широкую вершину, близко расположенную к красной кайме, и широкое основание в области альвеолярного отростка верхней челюсти. Во время улыбки обнажается слизистый тяж, что вызывает и косметические нарушения. Низкое прикрепление уздечки верхней губы наблюдается значительно чаще, при этом основание уздечки может располагаться близко к вершине альвеолярного отростка и даже переходить в резцовый сосочек. Такое расположение уздечки верхней губы может сопутствовать диастеме, препятствовать ортодонтическому и ортопедическому лечению, приводить к локальному пародонтиту. Таким образом, оперативное вмешательство на уздечке верхней губы проводится по косметическим, ортодонтическим, ортопедическим и пародонтологическим показаниям. Операцию назначают не ранее чем после полного прорезывания 11, 21 зубов и частичного — 12, 22. Оптимальным вариантом вмешательства является иссечение уздечки верхней губы. Операцию проводят под общим обезболиванием в условиях поликлиники.

Методика операции. Проводится V-образный разрез до кости, окаймляющий основание уздечки на альвеолярном отростке. Тупым путем скелетируется обнаженная часть альвеолярного отростка, при необходимости костный выступ в области срединного шва сглаживается экскаватором или кюретажной ложкой, иссекается дубликатура слизистой оболочки на верхней губе (собственно уздечка), мобилизуются края раны, слизистая оболочка на верхней губе ушивается vicril. На обнаженную кость укладывается йодоформный тампон или «Alvagel». Верхняя губа фиксируется давящей повязкой на 4-6 ч.

В послеоперационном периоде рекомендуется щадящая диета, полоскание рта слабыми антисептиками. Чистка зубов верхней челюсти с вестибулярной стороны не проводится до полного заживления раны на альвеолярном отростке. Смена йодоформного тампона рекомендуется на 7—8-е сутки после операции и при необходимости повторяется.

При наличии отдельных дополнительных слизистых тяжей в области верхнего или нижнего свода преддверия рта они могут быть устранены (по показаниям) таким же образом.

Мелкое преддверие рта относится к аномалиям развития слизистой оболочки свода преддверия и характеризуется уменьшением высоты прикрепленной десны. Высота прикрепленной десны у детей — величина непостоянная. Она изменяется в связи с ростом альвеолярной части и базиса нижней челюсти по мере развития зубных фолликулов и прорезывания сначала молочных, а затем постоянных зубов. Глубина преддверия (высота прикрепленной десны) равна расстоянию от десневого края на уровне средней линии соответствующего зуба до переходной складки без величины зубодесневого желобка.

Глубина преддверия у детей 6—7 лет 4—5 мм, в возрасте 8—9 лет — 6—8 мм, а к 13—15 годам достигает 9—14 мм.

Мелкое преддверие рта, высокое прикрепление уздечки нижней губы, наличие выраженных дополнительных тяжей в слизисто-подслизистом слое являются факторами, предрасполагающими к развитию сначала катарального гингивита в области одного или нескольких зубов, а затем локального пародонтита. Развитию патологического процесса в тканях пародонта способствуют также различного рода ортодонтические нарушения (глубокий прогнатический прикус, сагиттальная дизокклюзия, вестибулярное положение отдельных зубов, скученность зубов и др.), вызывающие неравномерное распределение жевательной нагрузки на ткани пародонта. Низкий уровень гигиены полости рта усугубляет процесс.

Лечение локального пародонтита, вызванного перечисленными факторами, должно быть комплексным: терапевтическое, ортодонтическое, хирургическое, при обязательном соблюдении высокого уровня гигиены полости рта. Хирургическое лечение — вестибуло-пластика — направлено на углубление преддверия полости рта и ликвидацию слизисто-подслизистых тяжей. В некоторых случаях вестибулопластику проводят в целях профилактики пародонтита.

1) Синдром Ханхарта: гипоплазия языка, синехии ротовой полости, расщелина неба, олигодонтия, синдактилия и олигодактилия кистей и стоп, атрезия заднего прохода.

2) Синдром Ханхарта: аглоссия, сигнатия (сращение челюстей), микростомия, синдактилия и олигодактилия кистей, двусторонняя нейросенсорная тугоухость.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение синдрома Ханхарта требует объединения сил группы специалистов педиатров, хирургов, ортопедов и реабилитологов для формирования систематического плана лечения и восстановления.

У новорожденных с синдромом Ханхарта часто возникают проблемы, связанные с кормлением и дыханием, которые могут приводить к жизнеугрожающим состояниям.

Необходимо установить безопасное кормление через зонд и дыхание посредством воздухоотвода, в наиболее тяжелых случаях осуществить хирургическую коррекцию и протезирование.

Дети с синдромом Ханхарта могут иметь сложности в развитии речи, тяжесть их зависит от аномалий оромандибулярной области. Первым этапом является хирургическая коррекция челюстно-лицевой аномалии, вторым – лечение у логопеда. Задержка в приобретении двигательных навыков ребенком зависит напрямую от тяжести пороков развития конечностей при данном синдроме. Возможно использование искусственных конечностей вместо недоразвитых (отсутствующих) или протезирование частей деформированных конечностей.

Очень важно медико-генетическое консультирование семьи и дальнейшее психолого-социальное сопровождение для нормальной адаптации детей с синдромом Ханхарта в обществе.

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

- 1) первые шесть недель
- 2) двенадцатая-шестнадцатая неделя
- 3) двадцать четвертая – двадцать восьмая неделя
- 4) тридцатая-тридцать шестая неделя
- 5) тридцать вторая-тридцать восьмая неделя

2. ВРОЖДЕННЫЕ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ФОРМИРУЮТСЯ В ПЕРИОД РАЗВИТИЯ ЭМБРИОНА ЧЕЛОВЕКА

- 1) третья – шестая недели
- 2) одиннадцатая – двенадцатая недели
- 3) во второй половине эмбриогенеза
- 4) шестая – восьмая недели
- 5) тридцать вторая-тридцать восьмая неделя

3. ЭМБРИОН ЧЕЛОВЕКА ИМЕЕТ РАСЩЕЛИНУ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКУЮ НОРМУ В ПЕРИОД ЭМБРИОГЕНЕЗА

- 1) первые шесть недель
- 2) шестнадцатая – восемнадцатая недели
- 3) двадцать четвертая – двадцать восьмая недели
- 4) десятая-шестнадцатая недели
- 5) тридцать вторая-тридцать восьмая неделя

4. ЭМБРИОН ЧЕЛОВЕКА ИМЕЕТ РАСЩЕЛИНУ НЕБА КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКУЮ НОРМУ В ПЕРИОД ЭМБРИОГЕНЕЗА

- 1) первые шесть недель
- 2) шестнадцатая – восемнадцатая недели
- 3) двадцать четвертая – двадцать восьмая недели
- 4) тридцатая-тридцать шестая неделя
- 5) тридцать вторая-тридцать восьмая неделя

5. ТЕРАТОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ МОГУТ ВЫЗВАТЬ ФОРМИРОВАНИЕ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЫ НЕБА В ПЕРИОД ЭМБРИОГЕНЕЗА

- 1) первые шесть недель
- 2) шестнадцатая – восемнадцатая недели
- 3) двадцать четвертая – двадцать восьмая недели
- 4) тридцатая-тридцать шестая неделя
- 5) тридцать вторая-тридцать восьмая неделя

6. ТЕРАТОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ПРИВОДЯЩИМ К ФОРМИРОВАНИЮ У ПЛОДА ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЫ НЕБА, ОБЛАДАЮТ

- 1) чрезмерное употребление сладких продуктов беременной женщиной
- 2) лекарственные препараты, принимаемые во время беременности
- 3) патологические изменения репродуктивных органов беременной женщины
- 4) повышение артериального давления в первом триместре беременности
- 5) диспептические явления во втором триместре беременности

7. ИЗ ПЕРВИЧНОГО НЕБА ФОРМИРУЕТСЯ

- 1) верхняя губа
- 2) верхняя губа и альвеолярный отросток верхней челюсти
- 3) средний отдел верхней губы и резцовая кость
- 4) спинка носа и перегородка носа
- 5) нижняя губа и подбородочный отдел нижней челюсти

8. В ОСНОВЕ ПРИНЯТОЙ НА КАФЕДРЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И Челюстно-лицевой хирургии (ДХС) КЛАССИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЛЕЖАТ ПРИЗНАКИ

- 1) анатомические
- 2) функциональные

- 3) анатомические и функциональные
- 4) анатомические, функциональные и клинические
- 5) клинические и анатомические

9. СОГЛАСНО ПРИНЯТОЙ НА КАФЕДРЕ ДХС КЛАССИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ РАЗЛИЧАЮТ РАСЩЕЛИНУ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ

- 1) полную одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 2) неполную одностороннюю без деформации кожно-хрящевого отдела носа
- 3) скрытую одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 4) полную без деформации кожно-хрящевого отдела носа
- 5) скрытую двустороннюю альвеолярного отростка

10. МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ РОДСТВЕННИКАМ БОЛЬНОГО И БОЛЬНОМУ С ДИАГНОЗОМ

- 1) вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава
- 2) неполная расщелина мягкого неба
- 3) остеома верхней челюсти
- 4) одонтогенная воспалительная киста
- 5) множественный кариес

11. МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ РОДСТВЕННИКАМ БОЛЬНОГО И БОЛЬНОМУ С ДИАГНОЗОМ

- 1) юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
- 2) ретенционная киста слизистой нижней губы
- 3) скрытая расщелина мягкого неба
- 4) фиброма нижней челюсти
- 5) короткая уздечка языка

12. К АНАТОМИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЯМ, ИМЕЮЩИМ МЕСТО ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ПОЛНОЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, ОТНОСИТСЯ

- 1) деформация кожно-хрящевого отдела носа
- 2) нарушение сосания
- 3) ринолалия
- 4) диплопия

5) гипертеларизм

13. К обязательным АНАТОМИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЯМ, ИМЕЮЩИМ МЕСТО ПРИ ВРОЖДЕННОЙ СКРЫТОЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, ОТНОСИТСЯ

- 1) нарушение речи
- 2) деформация кожно-хрящевого отдела носа
- 3) укорочение верхней губы
- 4) макроглоссия
- 5) отсутствие верхнего свода преддверия полости рта

14. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЯМ, ИМЕЮЩИМ МЕСТО ПРИ ВРОЖДЕННОЙ НЕПОЛНОЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, ОТНОСИТСЯ

- 1) деформация кожно-хрящевого отдела носа
- 2) ринолалия
- 3) укорочение верхней губы
- 4) макроглоссия
- 5) первичная адентия зубов 51 61

15. ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА

- 1) 1 – 2 месяца
- 2) 4 – 6 месяцев
- 3) 2 – 4 дня
- 4) 11 – 12 дней
- 5) 1 – 2 года

16. При врожденной расщелине верхней губы коррегирующие операции на крыльях носа, кончике носа, носовой перегородке рекомендуется проводить в возрасте

- 1) 6 месяцев
- 2) 2 – 3 лет
- 3) 5 – 6 лет
- 4) 8-10 лет
- 5) 12 – 16 лет

17. В ОСНОВЕ ПРИНЯТОЙ НА КАФЕДРЕ ДХС КЛАССИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН НЕБА ЛЕЖАТ ПРИЗНАКИ

- 1) анатомические
- 2) клинические
- 3) функциональные
- 4) анатомические и клинические
- 5) анатомические, клинические и функциональные

18. СОГЛАСНО ПРИНЯТОЙ НА КАФЕДРЕ ДХС КЛАССИФИКАЦИИ РАЗЛИЧАЮТ ВРОЖДЕННУЮ РАСЩЕЛИНУ МЯГКОГО НЕБА

- 1) скрытую
- 2) одностороннюю
- 3) двустороннюю
- 4) скрытую одностороннюю и двустороннюю
- 5) скрытую двустороннюю

19. СОГЛАСНО ПРИНЯТОЙ НА КАФЕДРЕ ДХС КЛАССИФИКАЦИИ РАЗЛИЧАЮТ ВРОЖДЕННУЮ РАСЩЕЛИНУ МЯГКОГО НЕБА

- 1) полную
- 2) одностороннюю
- 3) двустороннюю
- 4) полную одностороннюю
- 5) полную двустороннюю

20. СОГЛАСНО ПРИНЯТОЙ НА КАФЕДРЕ ДХС КЛАССИФИКАЦИИ РАЗЛИЧАЮТ ВРОЖДЕННУЮ РАСЩЕЛИНУ МЯГКОГО НЕБА

- 1) одностороннюю
- 2) двустороннюю
- 3) неполную
- 4) неполную одностороннюю
- 5) неполную двустороннюю

21. СОГЛАСНО ПРИНЯТОЙ НА КАФЕДРЕ ДХС КЛАССИФИКАЦИИ РАЗЛИЧАЮТ ВРОЖДЕННУЮ РАСЩЕЛИНУ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ТВЕРДОГО НЕБА

- 1) с деформацией или без деформации кожно-хрящевого отдела носа

- 2) одностороннюю с деформацией или без деформации кожно-хрящевого отдела носа и двустороннюю с деформацией или без деформации кожно-хрящевого отдела носа
- 3) полную (одностороннюю или двустороннюю) и неполную (одностороннюю или двустороннюю)
- 4) скрытая двусторонняя
- 5) скрытая односторонняя

22. НЕЗАВИСИМО ОТ ВИДА ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЫ МЯГКОГО И ТВЕРДОГО НЕБА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ

- 1) приема пищи
- 2) речи
- 3) дыхания
- 4) мочевыделения
- 5) сосания

23. Хирургическое лечение детям с изолированной расщелиной мягкого неба показано в возрасте

- 1) 4-6 месяцев
- 2) 1 – 2 года
- 3) 4 – 5 лет
- 4) 5 – 6 лет
- 5) 12 лет

24. Хирургическое лечение детям с ПОЛНОЙ расщелиной мягкого и твердого неба показано в возрасте

- 1) 4-6 месяцев
- 2) один – два года
- 3) три – четыре года
- 4) пять – шесть лет
- 5) 10 лет

25. Костная пластика расщелины альвеолярного отростка детям с односторонней расщелиной альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба показано в возрасте

- 1) 1 – 2 года
- 2) 3 – 4 года

- 3) 5 – 6 лет
- 4) 8 – 10 лет
- 5) позднее 16 лет

26. У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 9 – 10 ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ НА УЗДЕЧКЕ ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) затрудненный прием пищи
- 2) недоразвитие фронтального отдела нижней челюсти
- 3) нарушение речи
- 4) диастема
- 5) нарушения дыхания

27. Костная пластика расщелины альвеолярного отростка детям с двусторонней расщелиной альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба показана в возрасте

- 1) шесть – восемь месяцев
- 2) один – два года
- 3) 4-5 лет
- 4) 8 – 10 лет с адаптированным данному возрастному периоду прикусом
- 5) 8 – 10 лет

28. ЛОКАЛЬНЫЙ ПАРОДОНТИТ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА В ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА

- 1) 5 – 6 лет
- 2) 7 – 9 лет
- 3) 10-12 лет
- 4) любом при сформированном постоянном прикусе
- 5) 10-12 лет

29. ИССЕЧЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПО ОРТОДОНТИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА

- 1) 3 – 4 года
- 2) 4 – 5 лет
- 3) 5 – 6 лет
- 4) 6 – 7 лет
- 5) 7 – 8 лет

30. СЛЕДСТВИЕМ ВЫСОКОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ УЗДЕЧКИ НИЖНЕЙ ГУБЫ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ

- 1) уплощение фронтального отдела нижней челюсти
- 2) локальный пародонтит
- 3) дефект речи
- 4) ринолалия
- 5) укорочение верхней губы

31. ПЕРВИЧНАЯ ЧАСТИЧНАЯ АДЕНТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ СИМПТОМОВ

- 1) врожденной расщелины верхней губы
- 2) эктодермальной дисплазии
- 3) гемифациальноймикросомии
- 4) синдрома Пьера-Робена
- 5) синдром Казабаха-Мерита

32. НЕДОРАЗВИТИЕ УШНОЙ РАКОВИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

- 1) херувизма
- 2) синдрома Ван-дер-Вуда
- 3) родовой травмы височно-нижнечелюстного сустава
- 4) гемифациальноймикросомии
- 5) синдрома Дауна

33. ПРЕДУШНЫЕ КОЖНО-ХРЯЩЕВЫЕ РУДИМЕНТЫ ЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМОМ

- 1) синдрома Гольденхара
- 2) синдрома Ван-дер-Вуда
- 3) синдрома Олбрайта
- 4) херувизма
- 5) болезни Реклингаузера

34. ПРИ ИССЕЧЕНИИ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПОКАЗАНИЕМ К КОМПАКТОСТЕОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гипертрофия межзубного сосочка
- 2) диастема

- 3) прикрепление уздечки верхней губы к вершине альвеолярного отростка
- 4) поворот центральных резцов по оси
- 5) рецессия десны у зубов 11 21

35. ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ КОРОТКОЙ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА ПО ЛОГОПЕДИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ РЕБЕНКА

- 1) 1 месяц
- 2) 1 год
- 3) 2 – 3 года
- 4) 4 – 5 лет
- 5) 6 – 7 лет

36. ВЕЛИЧИНА ПРИКРЕПЛЕННОЙ ДЕСНЫ В ОБЛАСТИ НИЖНЕГО СВОДА ПРЕДДВЕРИЯ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1,5 – 2,0 мм
- 2) 2,0 – 3,0 мм
- 3) 4,0 – 6,0 мм
- 4) более 7,0 мм
- 5) более 8,0 мм

37. ПОКАЗАНИЕМ К УГЛУБЛЕНИЮ МЕЛКОГО ПРЕДДВЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) атрофический гингивит
- 2) величина прикрепленной десны 3 – 4 мм
- 3) величина прикрепленной десны менее 3 мм
- 4) скученность зубов во фронтальном отделе нижней челюсти
- 5) нарушения речи

38. ВРОЖДЕННЫЕ СРЕДИННЫЕ КИСТЫ ШЕИ ЯВЛЯЮТСЯ следствием незаращения

- 1) Меккелева протока
- 2) щито-язычного протока
- 3) Вартонова протока
- 4) Стенонова протока
- 5) Вирсунгова протока

39. ВРОЖДЕННЫЕ СРЕДИННЫЕ КИСТЫ И СВИЩИ ВСЕГДА ИМЕЮТ АНАТОМИЧЕСКУЮ СВЯЗЬ

- 1) с нижней челюстью
- 2) с небной миндалиной
- 3) с подъязычной костью
- 4) с щитовидной железой
- 5) с языком

40. Наиболее информативный метод диагностики врожденных срединных кист шеи

- 1) рентгенологический
- 2) тепловизиография
- 3) УЗ-исследование
- 4) компьютерная томограмма
- 5) аксиография

41. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ СРЕДИННОЙ КИСТЫ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) криодеструкция
- 2) хирургический
- 3) лучевая терапия
- 4) комплексное: хирургическое с последующей лучевой терапией
- 5) комплексное: хирургическое с последующей химиотерапией

42. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ БОКОВОЙ КИСТЫ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хирургический
- 2) комплексное: хирургическое с последующей лучевой терапией
- 3) криодеструкция
- 4) лучевая терапия
- 5) склерозирующая терапия

43. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО СРЕДИННОГО СВИЩА ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лучевая терапия
- 2) криодеструкция
- 3) хирургический
- 4) комплексное: хирургическое с последующей лучевой терапией
- 5) электрохимический лизис

44. ВРОЖДЕННЫЕ ПРЕДУШНЫЕ СВИЩИ ВСЕГДА ИМЕЮТ СВЯЗЬ

- 1) с нижней челюстью
- 2) с небной миндалиной
- 3) с подъязычной костью
- 4) с щитовидной железой
- 5) с наружным слуховым проходом

45. МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ РОДСТВЕННИКАМ БОЛЬНОГО И БОЛЬНОМУ С ДИАГНОЗОМ

- 1) одонтогенная воспалительная киста челюсти
- 2) врожденная двусторонняя расщелина альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба
- 3) хронический рецидивирующий паренхиматозный паротит
- 4) врожденная скрытая расщелина верхней губы
- 5) херувизм

46. Нарушение речи при врожденной скрытой расщелине мягкого и твердого неба вызвано

- 1) укорочением мягкого неба
- 2) расширением среднего отдела глотки
- 3) акилоглоссией
- 4) деформацией зубных рядов
- 5) низким прикреплением уздечки верхней

47. При обследовании ребенка с кистой корня языка перед хирургическим лечением необходима консультация и обследование у

- 1) офтальмолога
- 2) гастроэнтеролога
- 3) эндокринолога
- 4) фтизиатра
- 5) логопеда

48. Для синдрома Робена характерна триада признаков

- 1) расщелина неба
- 2) недоразвитие нижней челюсти
- 3) глоссоптоз
- 4) гипертеларизм

5) гипоплазия ушной раковины