

Клиническая задача № 1

Ребенку 13 лет. Жалобы на подвижность и смещение зуба во фронтальном отделе верхней челюсти (см. рис. 1).

Из анамнеза: 6 ч назад во время игры упал, получил травму в области верхней челюсти.



Рис. 1.

Задания.

- 1) Опишите Status localis. Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Укажите дополнительные диагностические мероприятия, необходимые для уточнения диагноза, с возможными результатами обследования.
- 3) Поставьте клинический диагноз.
- 4) Составьте план лечения ребенка.
- 5) Укажите возможные исходы.

Клиническая задача № 1

1) При осмотре полости рта определяется подвижность зуба 1.1 и его зубо-альвеолярное

удлинение (смещение его из альвеолярной лунки к окклюзионной плоскости). Слизистая

оболочка альвеолярного отростка в области зуба 1.1 незначительно отечна, бледно-розового

цвета. На основании анамнеза и клинических данных предварительный диагноз: неполный

вывих зуба 1.1.

2) Для уточнения диагноза проводится рентгенологическое исследование - внутриротовая

контактная рентгенограмма и панорамная рентгенограмма верхней челюсти, чтобы исключить

перелом зуба, перелом альвеолярного отростка, оценить состояние периодонтальной щели.

ЭОД зуба 1.1 и соседних зубов - показатели важны для динамического наблюдения.

3) Неполный вывих зуба 1.1.

4) Под анестезией проводится репозиция поврежденного зуба, шинирование с целью

иммобилизации и дальнейшее динамическое наблюдение.

• Репозиция проводится с помощью медленного пальцевого давления, в отдельных случаях

возможна репозиция хирургическими щипцами, на щечки которых надеваются отрезки

пластиковых трубок (во избежание отлома коронки). Шинирование осуществляется с

помощью проволочно-композитной шины или с использованием элементов брекет-системы.

• Продолжительность иммобилизации в среднем составляет 28 дней.

5) Гибель пульпы при неполном вывихе зуба происходит в 30% случаев. В этом случае

впоследствии проводится эндодонтическое лечение. В 70% случаев исход благоприятный.

Клиническая задача № 2

Ребенок 2,5 лет. Жалобы на боль в области фронтального отдела верхней челюсти, кровотечение из десен (см. рис. 2).

Из анамнеза: около получаса назад при катании на качелях ребенок упал и получил травму в область верхней челюсти.

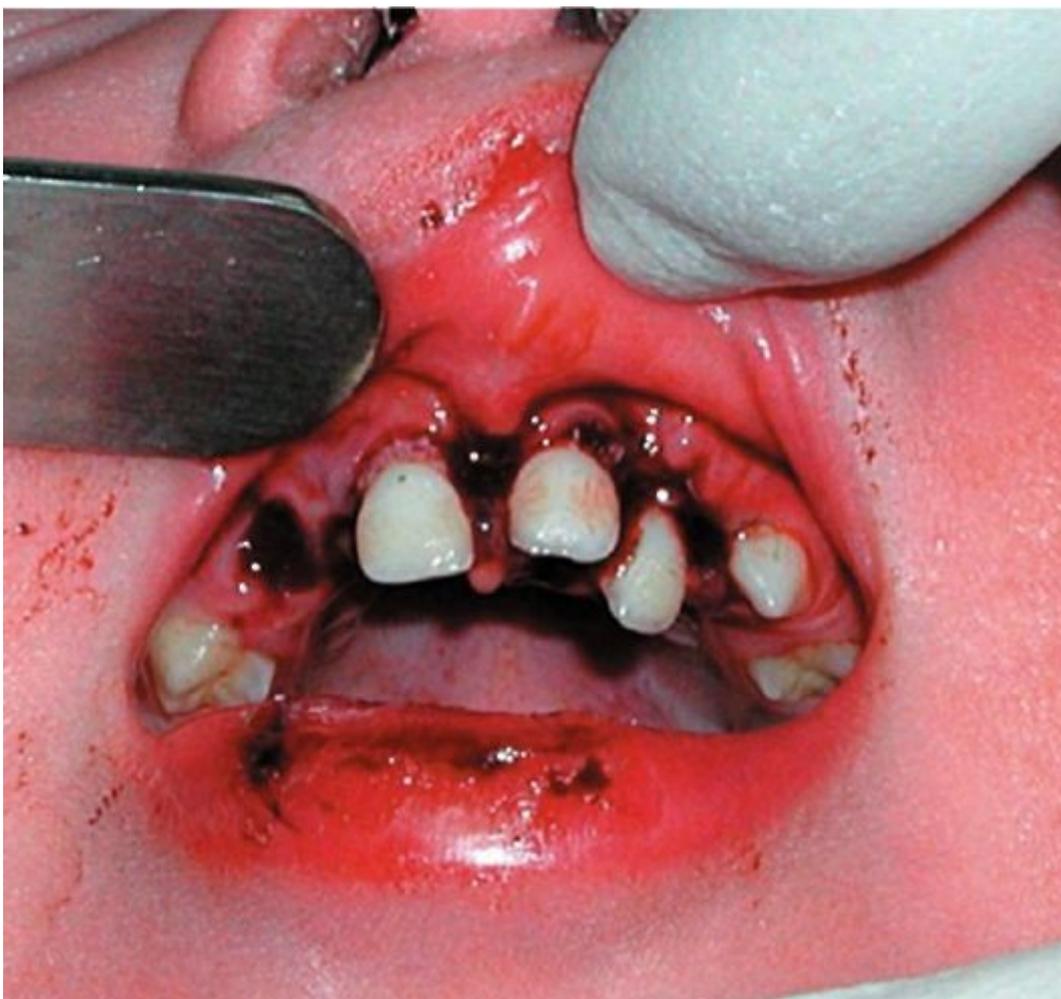


Рис. 2.

Задания.

- 1) Опишите Status localis.
- 2) Поставьте предварительный диагноз.
- 3) Проведите необходимые дополнительные диагностические мероприятия для уточнения диагноза. Укажите возможные результаты дополнительного обследования.
- 4) Поставьте клинический диагноз.
- 5) Составьте план лечения ребенка. Укажите возможные исходы.

Клиническая задача № 1

1) При осмотре полости рта определяется подвижность зуба 1.1 и его зубо-альвеолярное

удлинение (смещение его из альвеолярной лунки к окклюзионной плоскости).
Слизистая

оболочка альвеолярного отростка в области зуба 1.1 незначительно отечна, бледно-розового

цвета. На основании анамнеза и клинических данных предварительный диагноз: неполный

вывих зуба 1.1.

2) Для уточнения диагноза проводится рентгенологическое исследование - внутриротовая

контактная рентгенограмма и панорамная рентгенограмма верхней челюсти, чтобы исключить

перелом зуба, перелом альвеолярного отростка, оценить состояние периодонтальной щели.

ЭОД зуба 1.1 и соседних зубов - показатели важны для динамического наблюдения.

3) Неполный вывих зуба 1.1.

4) Под анестезией проводится репозиция поврежденного зуба, шинирование с целью иммобилизации и дальнейшее динамическое наблюдение.

- Репозиция проводится с помощью медленного пальцевого давления, в отдельных случаях

возможна репозиция хирургическими щипцами, на щечки которых надеваются отрезки

пластиковых трубок (во избежание отлома коронки). Шинирование осуществляется с

помощью проволочно-композитной шины или с использованием элементов брекет-системы.

- Продолжительность иммобилизации в среднем составляет 28 дней.

5) Гибель пульпы при неполном вывихе зуба происходит в 30% случаев. В этом случае

впоследствии проводится эндодонтическое лечение. В 70% случаев исход благоприятный.

Клиническая задача № 3

Ребенок 13 лет (см. рис. 3, а, б) обратился в поликлинику с жалобами на боль в области верхней губы, в области верхней челюсти справа. Со слов родителей, 2 ч назад произошла травма, ребенок упал с велосипеда (см. рис. 3, в, г). В клинике обследован (см. рис. 3, д).



а



б



в



г

Рис. 3.



д

Рис. 3 (окончание)

Задания.

- 1) Опишите Status localis.
- 2) Поставьте предварительный диагноз.

- 3) Укажите дополнительные диагностические мероприятия, необходимые для уточнения диагноза, и возможные их результаты.
- 4) Поставьте клинический диагноз.
- 5) Составьте план лечения ребенка и укажите возможные исходы.

Клиническая задача № 3

- 1) При внешнем осмотре конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей верхней губы. В центральной части верхней губы в области красной каймы - гематома. Глазные щели симметричны. При осмотре полости рта: рваная рана слизистой оболочки альвеолярного отростка в проекции зубов 1.3 и 1.2. Зуб 1.3 в лунке отсутствует. Нижняя треть корня зуба 1.2 обнажена.
- 2) Предварительный диагноз: Полный вывих зуба 1.3? Вколоченный вывих зуба 1.3?
- 3) Из дополнительных методов исследования проводится рентгенологическое исследование с целью определения перелома костей лицевого скелета, постановки окончательного диагноза. Необходимо оценить неврологический статус пациента.
- 4) Клинический диагноз: Полный вывих зуба 1.3.
- 5) Учитывая время, прошедшее с момента травмы, возраст ребенка, показана реплантация зуба 1.3 с последующим шинированием сроком на 4 нед. После реплантации контрольная рентгенограмма. Курс антибактериальной и противовоспалительной терапии. Осмотр на следующий день после травмы и далее 1 раз в неделю. Рентгенологический контроль и ЭОД после снятия шины. Диспансерное наблюдение. При необходимости эндодонтическое лечение зуба 1.3. Исходы: после реплантации возможно развитие гнойно-воспалительного процесса в лунке зуба 1.3, что вызовет необходимость его удаления. При благоприятном течении послеоперационного периода наступает приживание зуба (3 варианта: периодонтальный, периодонтально-фиброзный, остеоидный). В позднем послеоперационном периоде возможно развитие хронического воспалительного процесса в периапикальных тканях, внешняя и внутренняя резорбция корня, приводящие к потере зуба. При потере зуба 1.3 необходимо ортодонтическое лечение (съёмный пластиночный протез), после 18-летнего возраста - рациональное протезирование (несъёмная конструкция, использование имплантата).

Клиническая задача № 4

Ребенок 7 лет. Обратился в клинику с жалобами на ограничение открывания рта, боли при движении нижней челюсти.

Из анамнеза: накануне во время игры получил травму - удар подбородком о землю при падении. Ссадины на коже подбородка были обработаны в домашних условиях. На следующий день появилось ограничение открывания рта, боли при движении нижней челюсти.

Объективно: ребенок активный, сознание ясное, на вопросы отвечает адекватно. На коже подбородка слева есть гематома и ссадины кожи (под корочкой), отек мягких тканей, пальпация болезненна. Открывание рта ограничено (до 2 см), резко

болезненны боковые движения нижней челюсти влево. В полости рта смещение центральной линии нижней челюсти вправо на 5 мм.



Рис. 4.

Задания.

- 1) Назовите и опишите рентгенограмму, представленную на рис. 4.
- 2) Соберите необходимые сведения в дополнение к анамнезу, назначьте консультацию других специалистов.
- 3) Поставьте клинический диагноз.
- 4) Предложите план лечения и укажите место лечения ребенка.
- 5) Укажите возможные исходы данного заболевания.

ОТВЕТЫ

- 1) На рентгенограмме костей лицевого скелета в прямой проекции определяется перелом правого суставного отростка нижней челюсти со смещением.

- 2) Необходимо выяснить, терял ли ребенок сознание, были ли тошнота и рвота, нет ли симптомов ретроградной амнезии. Необходимо оценить неврологический статус ребенка.
- 3) Перелом правого суставного отростка нижней челюсти.
- 4) Учитывая возраст ребенка, время, прошедшее с момента травмы, характер травмы, лечение необходимо начинать в условиях специализированного стационара. Назначается антибактериальная, противовоспалительная терапия. Готовится зубо-надесневая шина с пелотом. В течение 4 нед ребенку показаны щадящий режим и диета, далее назначается миогимнастика.
- 5) Возможные исходы заболевания: консолидация фрагмента с последующим ремоделированием суставной головки, кондиллярная резорбция, формирование посттравматического анкилоза ВНЧС.

Клиническая задача № 5

Ребенок А., 13 лет. Жалобы на боли в области нижней челюсти с двух сторон, невозможность плотного смыкания зубов.

Из анамнеза: около 2 ч назад в драке получил удар кулаком в область нижней челюсти справа. Сознания не терял.

Проведено рентгенологическое обследование (рис. 5).



Рис. 5.

Задания.

- 1) Назовите представленную рентгенограмму и опишите ее. Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Укажите дополнительные диагностические мероприятия, необходимые для уточнения диагноза, с возможными результатами обследования.
- 3) Поставьте клинический диагноз.

4) Составьте несколько вариантов лечения.

5) Укажите возможные исходы.

) На ортопантомограмме определяются две линии перелома тела нижней челюсти, проходящие через периодонтальную щель зубов 3.4 и 4.7. Двусторонний перелом тела нижней челюсти в области зубов 3.4 и 4.7. Сотрясение головного мозга?

2) Внешний осмотр проводится с целью выявления асимметрии лица, повреждений кожи лица, гематом.

- При пальпации выявляют наличие ступеньки по краю тела челюсти. Необходимо проверить симптом сдавления: в области углов челюсти вертикально вверх, к средней линии и в области подбородка при полукрытом рте (есть ли болевая реакция).
- Определить, есть ли ограничение открывания рта. Определить возможность осуществлять вертикальные и боковые движения нижней челюсти, пальпаторно определить движения суставных головок с целью выявления повреждения мышечковых отростков.
- Провести осмотр слизистой оболочки полости рта, выявить ушибы и рваные раны в области слизистой оболочки полости рта. Определить соотношение зубов по окклюзионной плоскости, фиссурно-бугорковые контакты, плотность смыкания зубов. Осмотреть язык, дно полости рта.
- Для исключения переломов в области мышечковых отростков и ветвей нижней челюсти необходимо провести дополнительное рентгенологическое исследование - рентгенограммы костей лицевого черепа в прямой и обеих боковых проекциях, томограммы ВНЧС.
- Осмотр невропатолога.

3) Двусторонний открытый перелом тела нижней челюсти в области зубов 3.4 и 4.7.

4) Лечение можно проводить двумя вариантами.

- Если соотношение зубов не нарушено, т.е. перелом без смещения, то под обезболиванием накладывается шина Тигерштедта (шина Васильева) на верхнюю и нижнюю челюсти и проводится межчелюстная иммобилизация на 30 дней.

- При смещении фрагментов репозицию целесообразно проводить хирургическим методом. В стационаре под наркозом внутривидовым доступом (с предварительно наложенными шинами на верхнюю и нижнюю челюсти) проводят репозицию фрагментов по линии перелома. Сопоставленные фрагменты под визуальным контролем фиксируют при помощи титановых мини-пластин и саморезов. Рана ушивается. На вторые сутки проводится иммобилизация челюстей.

- Металлические конструкции подлежат удалению через 6 мес-1 год после операции.
- Динамическое наблюдение с ЭОД зубов 3.4 и 4.7 и рентген-контролем.

) Исходы:

- заживление с хорошим функциональным и эстетическим результатами;
- нарушение окклюзии - в этом случае проводится последующее ортодонтическое лечение;

- воспалительные явления по линии перелома, вплоть до наступления травматического остеомиелита;
- эрозия эмали зубов после шинирующих лигатур;
- гингивит;
- нарушение чувствительности в области кожи и слизистой оболочки нижней губы и подбородка (из-за травмы нижнелуночкового нерва).

Клиническая задача № 6

Ребенок К., 8 лет. Жалобы на боль в области верхней челюсти слева.

Боль появилась 4 дня назад, накануне обращения появилась припухлость щечной области слева. Лечилась домашними средствами. Применяла метамизол натрия (анальгин*), ацетилсалициловую кислоту (аспирин*), прикладывала грелку к щечной области слева.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 37,8 °С. Конфигурация лица изменена за счет припухлости мягких тканей левой щечной и подглазничной областей. Кожа над припухлостью несколько гиперемирована. При пальпации - припухлость мягкая, безболезненная (рис. 6).

В полости рта - коронка зуба 6.4 разрушена, зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса, подвижен, перкуссия зуба болезненна. Соседние, зуб 6.3 и зуб 6.5 неподвижны, интактны, при перкуссии безболезненны. С вестибулярной стороны соответственно зубу 6.4 слизистая оболочка переходной складки отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации, определяется флюктуация.

С нёбной стороны слизистая оболочка альвеолярного отростка без патологических изменений.



Рис. 6.

Задания.

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Проведите дополнительные методы исследования с указанием ожидаемых результатов.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику.
- 4) Составьте план лечения и реабилитации ребенка.
- 5) Укажите место лечения.

Клиническая задача № 6

1) Острый гнойный периостит верхней челюсти слева одонтогенной этиологии. Зуб 6.4 - обострение хронического периодонтита.

2) В клиническом анализе крови у этого ребенка можно ожидать умеренно выраженный лейкоцитоз и повышение СОЭ. На рентгенограмме в области верхушек корней и бифуркации причинного зуба 6.4 можно ожидать разрежение костной ткани без четких границ, резорбцию корней более чем на 1/3 (патологическую и физиологическую).

3) Дифференциальную диагностику надо провести с остеомиелитом верхней челюсти слева. При остеомиелите общее состояние ребенка тяжелое, температура тела, как правило, выше 38,0 °С, отмечаются все признаки интоксикации: озноб, головная боль, слабость. Местно: подвижность причинного зуба 6.4 и соседних с ним зубов 6.3 и 6.5. Воспалительный инфильтрат не только с вестибулярной стороны альвеолярного отростка, но и с небной стороны.

4) План лечения:

- хирургическая помощь в полном объеме (вскрытие поднадкостничного абсцесса и удаление причинного зуба), желательно под наркозом;

- антибактериальная терапия;

- противовоспалительная терапия;

- гипосенсибилизирующая терапия;

- общеукрепляющее лечение;

- дезинтоксикационная терапия;

- физиолечение.

5) Принимая во внимание возраст ребенка (8 лет), лечение целесообразно проводить в условиях стационара.

Клиническая задача № 7

Ребенок 9 лет обратился в клинику с жалобами на припухлость щеки и боль в области нижней челюсти слева (рис. 7, а).

Из анамнеза: жалобы появились 3 дня назад на фоне переохлаждения.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет припухлости щечной и поднижнечелюстной областей слева, открывание рта свободное. В полости рта: зубы 7.4, 7.5 ранее лечены по поводу осложненного кариеса, зуб 7.5 разрушен, подвижен. Зуб 3.6 интактный, подвижный. Переходная складка от зуба 7.3 до зуба 3.6 сглажена за счет плотного, болезненного инфильтрата с очагом размягчения, пальпация резко болезненна. Слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти с язычной стороны в области данных зубов гиперемирована, отечна (см. рис. 7, б). Температура тела на момент осмотра 38,7 °С.



а



б

Рис. 7.

Задания.

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Предложите дополнительные методы обследования с указанием ожидаемых результатов.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику.
- 4) Составьте план лечения больного.
- 5) Укажите место лечения.

Клиническая задача № 7

1) Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.

2) В клиническом анализе крови у этого ребенка можно ожидать лейкоцитоз, появление молодых форм нейтрофильных лейкоцитов (палочкоядерные, юные, миелоциты), эозино- и лимфопению. СОЭ повышена. В моче могут появиться следы белка, цилиндры, эритроциты. В сыворотке крови появляется в значительном количестве С-реактивный белок, соотношение альбуминов и глобулинов изменяется в сторону преобладания глобулинов.

3) Дифференциальную диагностику надо провести с острым гнойным периоститом.

4) План лечения:

- хирургическое лечение в полном объеме (вскрытие гнойно-воспалительных очагов, удаление причинного зуба);

- антибактериальная терапия;

- противовоспалительная терапия;

- дезинтоксикационная терапия;

- гипосенсибилизирующая терапия;

- общеукрепляющая терапия;

- физиотерапия.

5) Лечение проводится только в стационаре.

Клиническая задача № 8

Ребенку 13 лет.

Из анамнеза: два дня назад на фоне герпетических высыпаний на коже в области правого угла рта появились боли и припухлость в поднижнечелюстной области справа.

При осмотре (см. рис. 8) - на коже, прилегающей к углам рта, определяются герпетические высыпания, в поднижнечелюстной области справа есть припухлость, кожа над припухлостью в цвете не изменена, в складку собирается. При пальпации определяется подвижное образование округлой формы с четкими границами, мягко-эластичной консистенции, диаметром 2 см, слабоболезненное при пальпации, температура 37,3 °С.



Рис. 8.

Задания.

1) Поставьте предварительный диагноз.

2) Проведите дополнительные методы исследования с указанием ожидаемых результатов.

3) Проведите дифференциальную диагностику.

4) Поставьте заключительный диагноз.

5) Составьте план лечения и укажите место лечения.

1) Острый серозный лимфаденит поднижнечелюстной области справа вирусной этиологии (постинфекционный).

2) В клиническом анализе крови у этого ребенка можно ожидать умеренно выраженный лейкоцитоз, остальные показатели в пределах возрастной нормы.

3) Дифференциальную диагностику надо провести с острым гнойным лимфаденитом, при котором могут быть жалобы на пульсирующие боли в области пораженного лимфоузла, кожа над припухлостью той области, где расположен пораженный лимфатический узел, гиперемирована, в складку не собирается. Пальпаторно определяется резко болезненное образование без четких границ. Возможно определение очага размягчения в центре образования.

) Острый серозный лимфаденит поднижнечелюстной области справа вирусной этиологии.

5) Лечение проводится в условиях поликлиники:

- обработка очага поражения на коже в области угла рта справа противовирусными препаратами;

- противовоспалительная терапия, мазевые повязки местно;

- гипосенсибилизирующая терапия;

- общеукрепляющая терапия;

- физиотерапия.

Клиническая задача № 9

Ребенок А., 6 лет. Жалобы на боли и припухлость в подглазничной области слева, которые появились два дня назад, повышение температуры тела до 37,8 °С.

Из анамнеза выяснено, что неделю назад ребенка укусило насекомое. При осмотре: в подглазничной области слева есть ограниченная припухлость размером 12x8 мм, кожа над припухлостью гиперемирована, при пальпации припухлость резко болезненная, плотная, с очагом размягчения в центре. В центре припухлости определяется след от укуса насекомого (см. рис. 9).



Рис. 9.

Задания.

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Укажите дополнительные методы исследования с указанием ожидаемых результатов.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику.
- 4) Составьте план лечения ребенка.
- 5) Укажите место лечения.

Клиническая задача № 8

- 1) Острый серозный лимфаденит поднижнечелюстной области справа вирусной этиологии (постинфекционный).

2) В клиническом анализе крови у этого ребенка можно ожидать умеренно выраженный лейкоцитоз, остальные показатели в пределах возрастной нормы.

3) Дифференциальную диагностику надо провести с острым гнойным лимфаденитом, при котором могут быть жалобы на пульсирующие боли в области пораженного лимфоузла, кожа над припухлостью той области, где расположен пораженный лимфатический узел, гиперемирована, в складку не собирается. Пальпаторно определяется резко болезненное образование без четких границ. Возможно определение очага размягчения в центре образования.

) Острый серозный лимфаденит поднижнечелюстной области справа вирусной этиологии.

5) Лечение проводится в условиях поликлиники:

- обработка очага поражения на коже в области угла рта справа противовирусными препаратами;
- противовоспалительная терапия, мазевые повязки местно;
- гипосенсибилизирующая терапия;
- общеукрепляющая терапия;
- физиотерапия.

Клиническая задача № 9

1) Абсцесс подглазничной области слева.

2) В клиническом анализе крови у этого ребенка можно ожидать умеренно выраженный лейкоцитоз и повышение СОЭ.

3) Дифференциальную диагностику надо провести с флегмоной подглазничной области слева.

- При флегмоне подглазничной области общее состояние ребенка тяжелое, температура тела повышается до более высоких цифр, местно определяется плотный болезненный инфильтрат без четких границ.

4) Лечение:

- хирургическая помощь (вскрытие абсцесса);
- антибактериальная терапия;
- противовоспалительная терапия;
- общеукрепляющее лечение;
- физиотерапия.

5) Лечение проводится в условиях стационара.

Клиническая задача № 10

Ребенок Т., 12 лет. Родители обратились с жалобами на задержку прорезывания зубов 1.5, 2.3, нарушение положения зуба 2.2, припухлость в области верхней челюсти слева.

При осмотре преддверия полости рта: отмечается выбухание костной ткани в области верхней челюсти слева от зуба 2.2 до зуба 2.6, покрытое неизменной слизистой оболочкой, с четкими границами. При пальпации: отмечается податливость костной ткани, пальпация умеренно болезненна (рис. 10, а).



Рис. 10.

Задания.

- 1) Назовите и опишите представленную рентгенограмму (рис. 10, б).
- 2) Поставьте клинический диагноз на основании данных анамнеза, осмотра, пальпации и рентгенографии.
- 3) Укажите этиологию данного заболевания, расскажите патогенез.
- 4) Проведите дифференциальную диагностику на основании дополнительных методов исследования с указанием ожидаемых результатов.
- 5) Предложите варианты лечения. Поставьте заключительный диагноз.

1) Ортопантомограмма. На рентгенограмме определяется очаг деструкции костной ткани округлой формы с достаточно четкими контурами и однородной структурой от зуба 2.2 до зуба 2.6. Определяется также дистопия и ретенция зачатка зуба 2.3, коронковая часть которого расположена в полости образования; дистопия зуба 2.5, у которого периодонтальная щель на всем протяжении мезиальной поверхности корня не определяется. Корень зуба 2.4 проецируется в очаге деструкции, периодонтальная щель его определяется не на всем протяжении. Есть также причинный временный зуб 6.5, леченный ранее по поводу осложненного кариеса. Дно левого верхнечелюстного синуса оттеснено вверх. Прозрачность синуса нарушена.

2) Одонтогенная воспалительная киста верхней челюсти слева, оттесняющая дно левого верхнечелюстного синуса. Хронический периодонтит зуба 6.5. Дистопия, ретенция зуба 2.3 и дистопия зуба 2.5. Ретенция зуба 1.5.

3) Причиной развития одонтогенной воспалительной кисты явился хронический воспалительный процесс в периапикальных тканях зуба 6.5, который ранее лечен по поводу осложненного кариеса. Патогенез: под влиянием химического и механического раздражения продуктами воспаления эпителиальные элементы в периодонте (остатки эмбрионального эпителия зубообразовательной пластинки - клетки Малайссе-Астахова) разрастаются и размножаются, образуя микроскопические полости, которые постепенно наполняются транссудатом, благодаря чему в них повышается давление. Это приводит к образованию сначала кистогранулемы, дальнейшее

увеличение ее объема приводит к образованию кисты, усилению давления ее стенок на окружающую костную ткань; в результате происходит атрофия губчатого вещества, а затем коркового вещества челюсти. Внутрикостное давление зависит от интенсивности воспалительного процесса.

4) Дифференциальная диагностика с нижеследующими заболеваниями.

- Адамантиномой, которая отличается отсутствием связи с осложненным кариесом и, как правило, многокамерным строением, а также отсутствием строго очерченных границ. Однако окончательный диагноз ставится после предварительной биопсии с последующим патогистологическим исследованием.

- Фолликулярной кистой, содержащей в себе интактный зуб или его коронковую часть, и развитие которой не связано с осложненным кариесом.

- Гигантоклеточной опухолью, пунктат которой не янтарно-опалесцирующий, а бурый или желтоватый, иногда с кровью, не содержащий зерен холестерина.

- Фиброзной дисплазией. Это заболевание врожденное. Увеличение кости активно происходит в детском и юношеском возрасте, у взрослых наступает стабилизация процесса. Образование всегда плотное - костной консистенции, в то время как при одонтогенной кисте может определяться податливость при пальпации истонченной костной стенки.

- Внутрикостной ангиодисплазией в форме артерио-венозных коммуникаций, при которой, как правило, есть поражение слизистой оболочки. На рентгенограмме не имеет четких контуров и характеризуется крупнопетлистым рисунком кости. При пункции получают кровь. 5) Цистэктомия с верхнечелюстной синусотомией с удалением причинного зуба 6.5. Вопрос о сохранении зубов 2.4 и 2.5 будет решен во время операции. Заключительный диагноз может быть поставлен после патогистологического исследования операционного материала (оболочки кисты). Удаление зуба 5.5. В дальнейшем динамическое наблюдение за прорезыванием ретенированных постоянных зубов, при необходимости обнажение коронок этих зубов и ортодонтическое лечение.

Клиническая задача № 11

Больная Д., 13 лет, обратилась с жалобами на появление асимметрии лица за счет припухлости щечной области справа.

При осмотре: конфигурация лица изменена за счет припухлости в щечной области справа. Кожа в цвете не изменена, в складку собирается. Пальпация мягких тканей щечной и поднижнечелюстной областей справа безболезненна.

В полости рта определяется деформация альвеолярного отростка нижней челюсти справа в виде выбухания с четкими контурами округлой формы протяженностью от зуба 4.3 до зуба 4.6. Слизистая оболочка в области выбухания бледно-розового цвета. Пальпация безболезненна, однако в центре выбухания определяется участок податливости костной стенки.

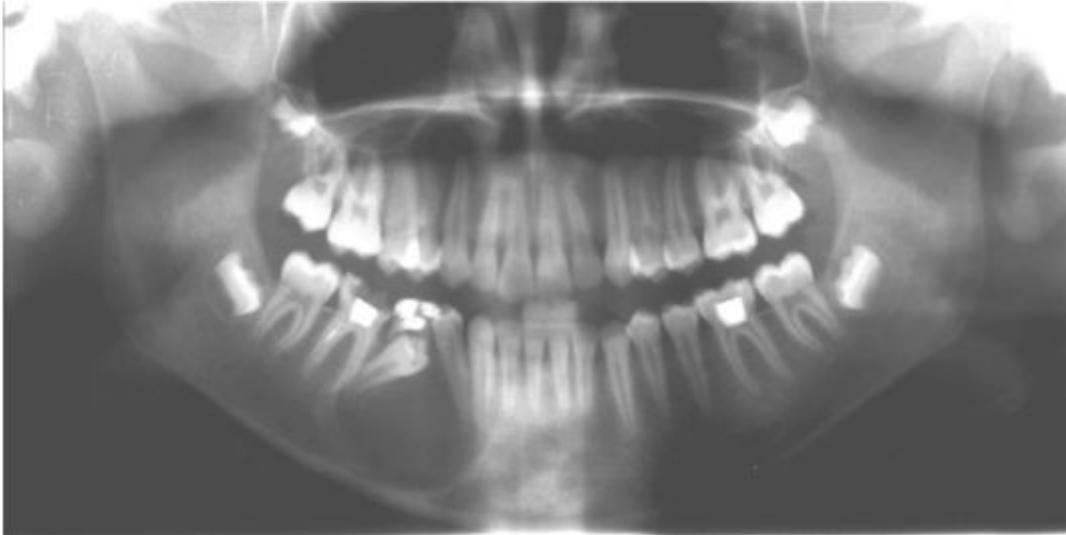


Рис. 11.

Задания.

- 1) Дайте название рентгенограммы и опишите ее (рис. 11).
- 2) Поставьте предварительный диагноз.
- 3) Опишите этиологию и патогенез данного заболевания.
- 4) Укажите вид хирургического лечения и обоснуйте его.
- 5) Назовите возможные осложнения во время операции и в послеоперационном периоде.

1) Ортопантомограмма. На рентгенограмме определяется очаг разрежения костной ткани округлой формы с достаточно четкими контурами, нижняя граница которого доходит до края нижней челюсти. Определяется также дистопия и ретенция зачатка зуба 4.5, коронковая часть которого расположена в полости образования; дистопия зуба 4.4, у которого периодонтальная щель на всем протяжении дистальной поверхности корня не определяется. Есть также причинный зуб 8.5, леченный ранее по поводу осложненного кариеса.

2) Одонтогенная воспалительная киста нижней челюсти справа. Хронический периодонтит зуба 8.5. Дистопия, ретенция зуба 4.5 и дистопия зуба 4.4.

3) Под влиянием химического и механического раздражения продуктами воспаления эпителиальные элементы в периодонте (остатки эмбрионального эпителия зубообразовательной пластинки - клетки Мажессе-Астахова) разрастаются и размножаются, образуя микроскопические полости, которые постепенно наполняются трансудатом, благодаря чему в них повышается давление.

4) Цистотомия с удалением причинного зуба 8.5. Обоснование - необходимость сохранения зачатка зуба 4.5; большой размер кисты и, как следствие, возможность патологического перелома нижней челюсти, а также в связи с риском травмирования сосудисто-нервного пучка.

5) Травма сосудисто-нервного пучка: кровотечение и нарушение двигательной и чувствительной функций зоны иннервации n. mandibularis; травма зачатка зуба 4.5 вплоть до его удаления. Патологический перелом нижней челюсти. Рецидив кисты.

Клиническая задача № 12

В клинику кафедры обратились родители ребенка Ч., 14 лет с жалобами на припухлость в поднижне-челюстной области справа, ноющие боли, которые периодически усиливаются, температура тела до 38 °С.

Из анамнеза: ребенок считает себя больным в течение 3 нед, когда впервые во время приема пищи почувствовал боль в поднижнечелюстной области справа. Две недели спустя перенес ОРВИ, после этого появилась припухлость, повышенная температура, боли стали острыми, распирающими. Дома самостоятельно лечились компрессами, наносили йодную сетку - без результатов.

Объективно: при внешнем осмотре определяется асимметрия лица за счет припухлости в поднижнечелюстной области справа, плотной, болезненной при пальпации, покрытой гиперемизированной кожей. Открывание рта ограничено, болезненно. При бимануальном обследовании тканей полости рта справа обнаруживается плотный инфильтрат, болезненный при пальпации. Вартонов проток справа расширен, гиперемизирован, слюна выделяется скудная, мутная, с примесью гноя.

Проведено рентгенологическое обследование.

Задания.

- 1) Назовите и опишите представленную рентгенограмму (рис. 12).
- 2) Поставьте предварительный диагноз.
- 3) Укажите наиболее информативные дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.
- 4) Поставьте клинический диагноз.
- 5) Составьте план лечения и диспансерного наблюдения ребенка.



Рис. 12.

1) На рентгенограмме дна полости рта определяется тень конкремента длиной около 1,5 см в переднем отделе выводного протока (вартонова протока) правой поднижнечелюстной слюнной железы.

2) Калькулезный сиалоаденит поднижнечелюстной слюнной железы справа.

3) Цитологическое исследование секрета выявляет наличие клеток воспалительного ряда (лейкоциты, лимфоциты). Термовизиография выявляет повышение температуры в области поднижнечелюстной слюнной железы (на 0,5-1 °С выше нормы), что указывает на воспаление в слюнной железе. На сиалограмме расширение основного выводного протока дистальнее локализации конкремента, его прерывистость в месте локализации слюнного камня. Наиболее информативно УЗИ поднижнечелюстной слюнной железы, которое дает достоверную информацию о локализации конкремента, степени деструктивных изменений паренхимы железы, воспалительном процессе в протоке слюнной железы.

4) Клинические данные и данные дополнительных методов обследования подтверждают предварительный диагноз: калькулезный сиалоаденит поднижнечелюстной слюнной железы справа.

5) Лечение:

- хирургическое - удаление камня из выводного протока поднижнечелюстной слюнной железы;

- курс антибактериальной, противовоспалительной, десенсибилизирующей, общеукрепляющей терапии;

- физиолечение, мазовые компрессы;

- диспансерное наблюдение каждые 6 мес в течение 1,5-2 лет.

Клиническая задача № 13

Ребенок Д., 11 лет, предъявляет жалобы на периодически возникающие боли и припухлость в околоушно-жевательной области справа. Болен в течение 2 лет. На фоне ОРВИ появляется припухлость в правой околоушно-жевательной области. При осмотре: есть припухлость в правой околоушно-жевательной области. При пальпации определяется плотный, бугристый, болезненный инфильтрат. Со стороны полости рта из устья протока правой околоушной слюнной железы выделяется мутный, вязкий секрет.

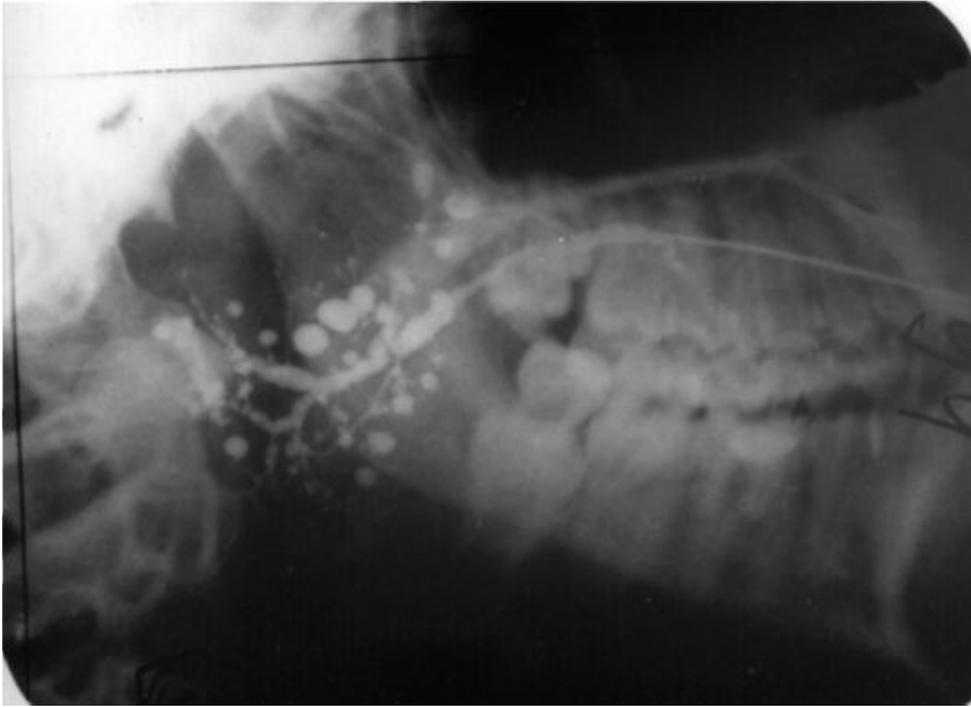


Рис. 13.

Задания.

- 1) Назовите представленный рисунок и опишите его (рис. 13).
- 2) Поставьте предварительный диагноз.
- 3) Проведите дополнительные методы исследования с указанием ожидаемых результатов.
- 4) Проведите дифференциальную диагностику.
- 5) Составьте план лечения и реабилитации ребенка.

1) На представленной сialogрамме правой околоушной слюнной железы околоушный проток расширен до 3,5 мм, прерывист. Протоки I, II порядков определяются не во всех отделах, прерывисты. Протоки III, IV, V порядков не выявляются. На фоне непросматриваемой паренхимы железы видно большое количество полостей с четкими контурами, размером 3-5 мм.

2) Хронический правосторонний паренхиматозный паротит, поздняя стадия, период обострения.

3) Дополнительные методы исследования.

- Общий анализ крови, мочи. В анализе крови повышение СОЭ, возможен лейкоцитоз. В анализе мочи возможно появление белка.

- Исследование секрета, выделяемого из протока, на определение микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам с целью назначения необходимых антибиотиков при лечении.

- Цитологическое исследование секрета околоушной слюнной железы. На микропрепарате будут видны элементы хронического воспаления (лимфоциты, клетки плоского эпителия, сегментно-ядерные нейтрофилы, элементы цилиндрического эпителия).

- УЗИ околоушной слюнной железы. Диффузное понижение эхогенности паренхимы околоушной железы. Выводной проток расширен, стенки его утолщены, уплотнены.

- Контрастная сиалография околоушной слюнной железы с целью исследования паренхимы железы. Околоушный проток расширен до 3,5 мм, прерывист, определяются протоки I, II порядков не во всех отделах, прерывисты. На фоне непросматриваемой паренхимы железы видно большое количество полостей, заполненных контрастным веществом.

4) Дифференцировать необходимо с лимфаденитом в околоушно-жевательной области, лимфангиомой в околоушно-жевательной области, саркомой нижней челюсти (в области угла и ветви).

5) В период обострения симптоматическая терапия, противовоспалительная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая, физиолечение, мазовые компрессы, инстилляци лекарственных веществ в околоушный проток; в период ремиссии процесса - физиолечение, общеукрепляющая терапия, введение в проток йодолипола* (профилактическая инстиляция), витаминотерапия (В₁, В₂, С, А), назначение средств, повышающих неспецифическую резистентность организма [(натрия нуклеинат, эхинацеи пурпурной травы сок (иммунал*), азоксимера бромид (полиоксидоний*) и др.], закаливание организма, санация очагов хронической инфекции.

Клиническая задача № 14

Ребенок 13 лет предъявляет жалобы на периодически возникающие боли и припухлость в околоушно-жевательной области слева.

Анамнез: болен в течение 2 лет. За этот период 5-6 раз без видимых причин появлялась припухлость в левой околоушно-жевательной области. В районной поликлинике назначалось лечение: противовоспалительная, гипосенсибилизирующая терапия, спиртовые компрессы. На фоне проведенного лечения припухлость в околоушно-жевательной области исчезала, но затем появлялась вновь (рис. 14, а, б).



Рис. 14.

Задания.

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Проведите дополнительные методы исследования с указанием ожидаемых результатов.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику.
- 4) Поставьте заключительный диагноз и составьте план лечения ребенка.
- 5) Укажите возможные исходы заболевания и осложнения.

Клиническая задача № 14

- 1) Обострение хронического паренхиматозного левостороннего паротита .
- 2) Дополнительные методы исследования.
 - Общий анализ крови, мочи. В анализе крови - повышение СОЭ, возможен лейкоцитоз. В моче возможно появление белка.
 - Исследование гнойного секрета, выделяемого из протока, на определение микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам с целью назначения необходимых антибиотиков при лечении.
 - Цитологическое исследование секрета околоушной железы. На микрпрепаратах будут видны элементы хронического воспаления.
 - УЗИ околоушной железы. Характерно неоднородное понижение эхогенности, увеличение размеров железы.
 - Рентгенологическое исследование околоушно-жевательной области. Возможны патологические изменения костной ткани.
 - Контрастная сиалография, ортопантомография околоушных желез с целью исследования паренхимы железы. В паренхиме - кистозные полости с контрастным веществом.
- 3) Дифференцировать с:
 - эпидемическим паротитом;
 - лимфаденитом;
 - специфическим лимфаденитом;
 - остеомиелитом нижней челюсти;
 - лимфангиомой;
 - кистой;
 - саркомой нижней челюсти.
- 4) Хронический левосторонний паренхиматозный паротит в стадии обострения. В период обострения симптоматическая терапия - противовоспалительная, гипосенсибилизирующая, физиолечение, мажевые компрессы, инстилляци в проток железы лекарственных веществ. В период ремиссии процесса - физиолечение, общеукрепляющая терапия, санация очагов хронической инфекции.
- 5) При несвоевременном лечении возможны осложнения в виде лимфаденита экстра- и внутрикапсулярных узлов с абсцедированием, развитие флегмон околоушно-жевательной области, образование слюнных свищей. Полное выздоровление

наблюдается крайне редко. Однако на фоне лечения увеличиваются периоды ремиссии заболевания до 15-20 лет.

Клиническая задача № 15

Ребенок В., 7 лет. Родители обратились с жалобами на асимметрию лица и ограничение открывания рта (рис. 15, а).

Из анамнеза: постепенное ограничение открывания рта и смещение подбородка влево заметили с 6 мес. По месту жительства лечения не получал.

При осмотре: ребенок открывает рот с усилием, максимальное открывание рта на 1,0 см, боковые движения нижней челюсти отсутствуют (рис. 15, б).



а

б

Рис. 15.

Задания.

- 1) Опишите Status localis.
- 2) Поставьте предварительный диагноз. Укажите возможную этиологию и патогенез данного заболевания.
- 3) Проведите дополнительные методы диагностики с указанием ожидаемых результатов.
- 4) Поставьте клинический диагноз.
- 5) Предложите план лечения и комплексной реабилитации ребенка с указанием специалистов, участвующих в лечении и реабилитации.
 - 1) При осмотре: отмечается смещение подбородка влево за счет укорочения тела и ветви нижней челюсти слева; тело нижней челюсти справа уплощено, растянуто; контуры левой щеки более округлые; косое расположение ротовой щели (левый угол рта приподнят, правый опущен); ограничение открывания рта. В полости рта: наклон окклюзионной плоскости; сужение и деформация верхнего и нижнего зубных рядов; язычный наклон нижних жевательных зубов; смещение косметического центра влево).

2) Вторичный деформирующий остеоартроз левого ВНЧС. Возможная этиология: родовая травма; острая травма (внутри- и внесуставные переломы мыщелкового отростка); гематогенный остеомиелит мыщелкового отростка нижней челюсти слева в результате сепсиса; остеомиелит височной кости в результате гнойного отита.

Патогенез: воспаление костных элементов сустава в результате травмы или остеомиелита, разрушение и гибель костных структур, частичное разрушение головки нижней челюсти, потеря костной ткани мыщелка механической прочности, патологическая перестройка и деформация кости под воздействием чрезмерной нагрузки, травматическая компрессия, погружение головки в подлежащие ткани, увеличение поперечных размеров сочленяющихся поверхностей и прекращение продольного роста, патологическое костеобразование.

3) Рентгенологическое исследование: укорочение ветви и тела нижней челюсти на стороне поражения; сужение и уплощение суставной щели; деформация мыщелкового отростка; компьютерная томография: патологические костные разрастания в области нижнечелюстной вырезки, мыщелкового отростка, венечного отростка.

4) Вторичный деформирующий остеоартроз левого ВНЧС.

5) Основные стадии реабилитации больного:

- хирургический этап - остеотомия левой ветви нижней челюсти с удалением патологических костных разрастаний со скелетным вытяжением с целью нормализации функции - восстановления движения нижней челюсти;

- после восстановления движения нижней челюсти - санация полости рта;

- ортодонтический этап - удержание нижней челюсти в центральном положении с помощью шин Вебера или Ванкевич. На этом этапе также проводят активное ортодонтическое лечение, направленное на нормализацию размеров и формы зубных рядов; профилактику вторичных деформаций нижней и верхней челюстей;

- следующий хирургический этап - пластика левой ветви нижней челюсти биологическим трансплантатом или эндопротезом;

- следующий ортодонтический этап направлен на возрастную нормализацию положения отдельных зубов, а также размера и формы зубных рядов;

- завершающий хирургический этап в более старшем возрасте по показаниям: компрессионно-дистракционный остеогенез; ортогнатические операции; гениопластика; контурная пластика нижней челюсти.

- Специалисты: челюстно-лицевой хирург, ортодонт, стоматолог, логопед, педиатр, анестезиолог.

Клиническая задача № 16

Ребенок Н., 14 лет. Родители обратились с жалобами на асимметрию лица и ограничение открывания рта.

В анамнезе: гематогенный остеомиелит мыщелкового отростка нижней челюсти; постепенное ограничение открывания рта и недоразвитие нижней челюсти заметили с первого года жизни. По месту жительства лечения не получал.

При осмотре: ребенок открывает рот с усилием, максимальное открывание рта на 0,5 см, боковые движения нижней челюсти отсутствуют.



а

б

Рис. 16.

Задания.

- 1) Опишите Status localis (рис. 16, а, б).
- 2) Поставьте предварительный диагноз. Укажите возможную этиологию и патогенез заболевания у данного больного.
- 3) Проведите дополнительные методы диагностики с указанием ожидаемых результатов.
- 4) Поставьте клинический диагноз.
- 5) Предложите план лечения и комплексной реабилитации ребенка с указанием специалистов, участвующих в лечении и реабилитации.

Клиническая задача № 16

- 1) При осмотре: отмечается смещение подбородка вправо и кзади за счет укорочения тела и ветви нижней челюсти справа; тело нижней челюсти слева уплощено, растянуто; контуры правой щеки более округлые; косое расположение ротовой щели (правый угол рта приподнят, левый опущен); профиль выпуклый за счет недоразвития подбородочного отдела нижней челюсти; ограничение открывания рта.
- 2) Вторичный деформирующий остеоартроз правого ВНЧС. Возможная этиология: родовая травма; острая травма (внутри- и внесуставные переломы мыщелкового отростка); гематогенный остеомиелит мыщелкового отростка нижней челюсти слева в результате сепсиса; остеомиелит височной кости в результате гнойного отита. Патогенез: воспаление костных элементов сустава в результате травмы или остеомиелита, разрушение и гибель костных структур, частичное разрушение головки нижней челюсти, потеря костной тканью мыщелка механической прочности,

патологическая перестройка и деформация кости под воздействием чрезмерной нагрузки, травматическая компрессия, погружение головки в подлежащие ткани, увеличение поперечных размеров сочленяющихся поверхностей и прекращение продольного роста, патологическое костеобразование.

- 3) Рентгенологическое исследование: укорочение ветви и тела нижней челюсти на стороне поражения; сужение и уплощение суставной щели; деформация мышцелкового отростка; компьютерная томография: патологические костные разрастания в области нижнечелюстной вырезки, мышцелкового отростка, венечного отростка.
- 4) Вторичный деформирующий остеоартроз правого ВНЧС.
- 5) Хирургическое лечение: остеотомия правой ветви нижней челюсти с удалением патологических костных разрастаний (со скелетным вытяжением или с одномоментной костной пластикой) с целью нормализации функции - восстановления движения нижней челюсти; ортодонтическое лечение с целью удержания нижней челюсти в правильном положении; нормализации размеров и формы зубных рядов; профилактики вторичных деформаций нижней и верхней челюстей; хирургическое лечение в более старшем возрасте по показаниям: компрессионно-дистракционный остеогенез; ортогнатические операции; гениопластика; контурная пластика нижней челюсти. Специалисты: челюстно-лицевой хирург, ортодонт, стоматолог, логопед, педиатр, анестезиолог.

Клиническая задача № 17

На схеме рис. 17 представлены элементы ВНЧС и варианты расположения суставной головки (цифры 1, 2, 3, 4) по отношению к суставному бугорку в норме и при функционально-дистензионных заболеваниях ВНЧС.

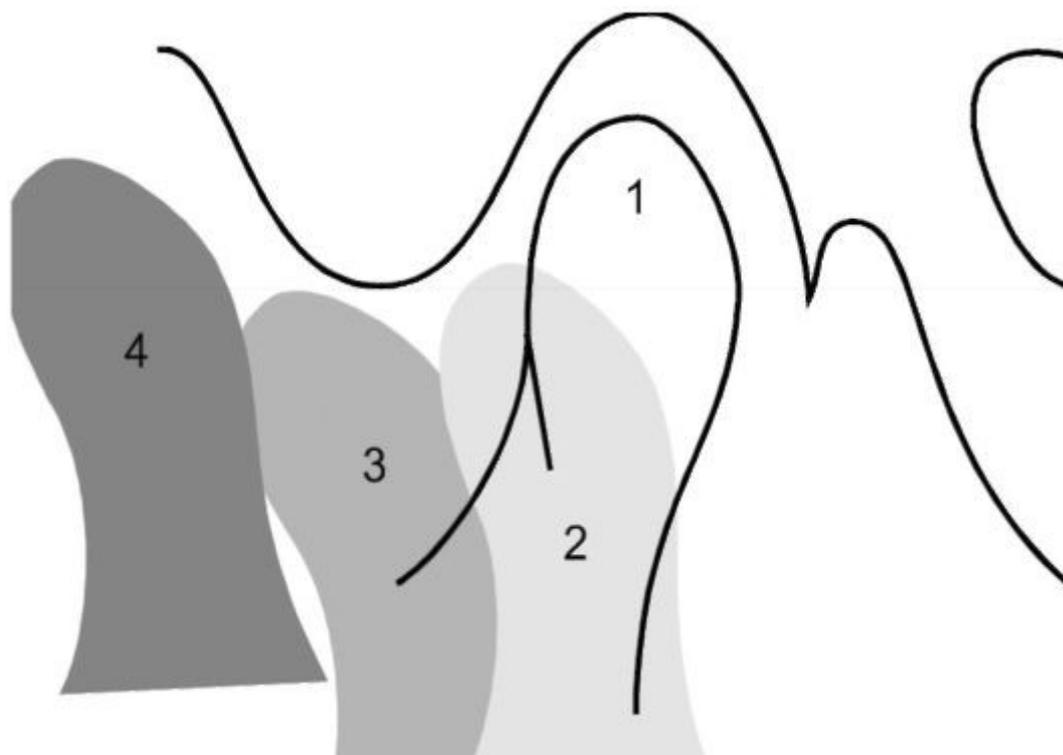


Рис. 17. Схема

Задания.

1) Укажите заболевания, которым соответствуют положения суставной головки 3 и 4 на схеме.

2) Укажите, какой цифрой обозначено положение суставной головки при привычном положении нижней челюсти.

3) Перечислите причины, предрасполагающие к развитию функционально-дистензионных заболеваний ВНЧС.

4) Опишите клинико-рентгенологическую картину при юношеском деформирующем артрозе ВНЧС.

5) Перечислите дополнительные методы исследований и составьте план лечения ребенка при хроническом артрите ВНЧС.

1) Цифре 3 - при привычном подвывихе ВНЧС,

цифре 4 - - полном привычном вывихе ВНЧС.

2) Цифре 1 - при привычном положении нижней челюсти.

3) Наиболее частой причиной бывает перерастяжение связочного аппарата ВНЧС, возникающее даже при однократной нагрузке на сустав, также нарушение окклюзионных плоскостей, заболевания опорно-двигательного аппарата.

4) По данным нашей кафедры, юношеский деформирующий артроз чаще можно диагностировать после 18-летнего возраста. Отсутствие болевого синдрома приводит к тому, что дети и подростки обращаются за врачебной помощью уже с возникшими **деструктивными изменениями в мыщелковом отростке**, что значительно снижает эффективность лечебных мероприятий. К врачу дети обращаются с жалобами на **ограниченное открывание рта, чувство скованности в области ВНЧС**. Из анамнеза у детей с хроническим артритом можно выявить «**щелчки**», определяемые длительное (до 2 лет) время. При клиническом осмотре у этой группы выявляется ограничение открывания рта до 2-3 см, движения нижней челюсти теряют плавность и становятся «ступенчатыми», при максимальном опускании нижней челюсти определяется суставной шум в виде «хруста». На томограммах при привычном положении нижней челюсти определяется резкое сужение суставной щели, в задних отделах суставная щель не определяется, компактная пластинка нарушена на большом протяжении, определяется порозность и уплощение суставной головки. На томограммах при максимальном опускании нижней челюсти отмечается резкое ограничение экскурсии суставной головки.

5) Дополнительными методами исследования служат электромиографическое, фонографическое, аксиографическое исследования. На электромиограммах выявляется увеличение амплитуды надподъязычных мышц, что связано с перераспределением силовой нагрузки между двумя группами жевательных мышц - синергистами и антагонистами, и снижение амплитуды жевательных и височных мышц по сравнению с нормой при смыкании зубных рядов в положении центральной окклюзии, что свидетельствует о снижении силовой активности этих мышц. На фонограммах при хроническом артрите определяются низкоамплитудные колебания с большой длительностью, характеризующие шумовые явления в виде «хруста» при открывании рта. При анализе аксиограмм выявляется уменьшение величины угла суставного пути (27-32°) по сравнению с нормой. Лечебные мероприятия у детей с хроническим артритом необходимо проводить курсами каждые 4-6 мес в течение 2

лет, что предупреждает обострения и переход в юношеский деформирующий артроз. Всем детям назначают щадящую диету, мазовые повязки на область ВНЧС, физиопроцедуры, включающие индуктотермию в сочетании с ультразвуком и парафинотерапию.

Клиническая задача № 18

Ребенок А., 4 года.



Рис. 18.

Задания.

- 1) Опишите Status localis (рис. 18).
- 2) Поставьте клинический диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.
- 3) Укажите возможные причины данной патологии.
- 4) Перечислите анатомические и функциональные нарушения, сопутствующие данной патологии.
- 5) Укажите этапы лечения и комплексной реабилитации данного ребенка с указанием возраста.

Клиническая задача № 19

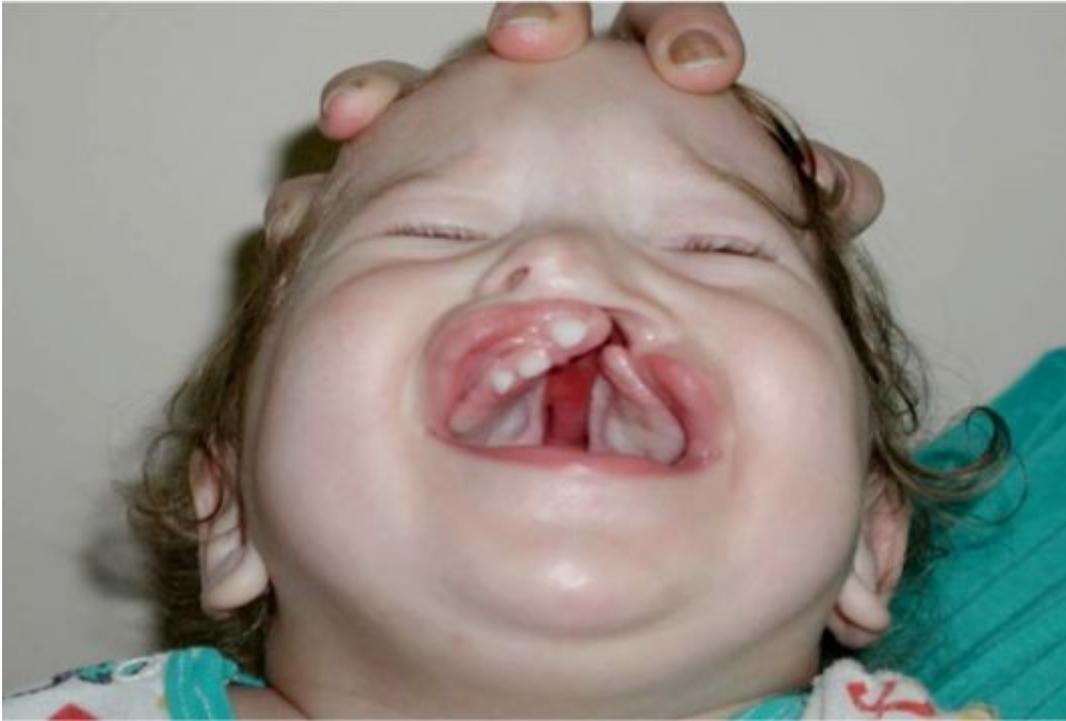


Рис. 19.

Задания.

- 1) Опишите Status localis (рис. 19).
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Укажите анатомические и функциональные нарушения, имеющие место при данной патологии.
- 4) Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребенка.
- 5) Укажите пути профилактики данной патологии.

Ребенок К., 1 год.

Со слов матери, ребенок родился в срок. Вес при рождении 3300 г. На фотографии представлен верхний отдел собственно полости рта.

Клиническая задача № 20

Ребенок Б., 11 мес.

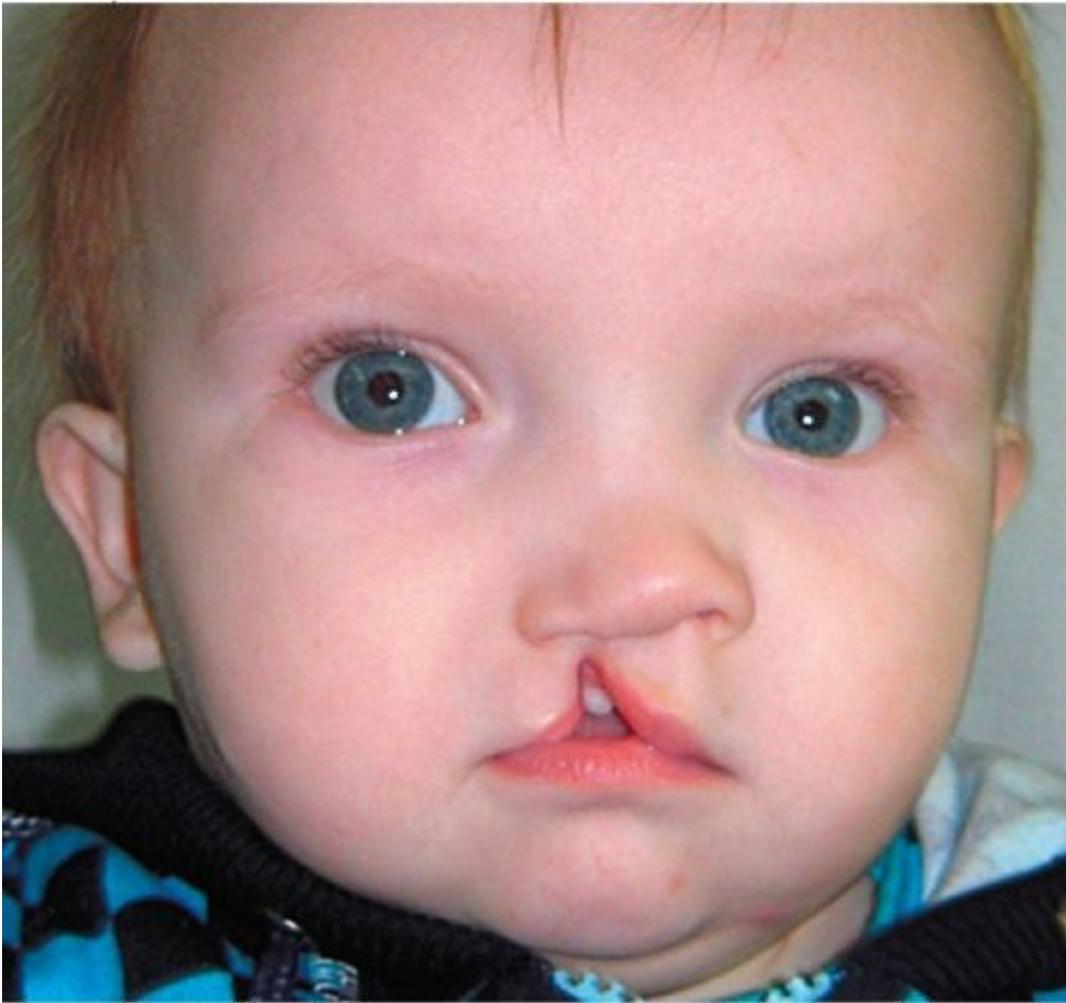


Рис. 20.

Задания.

- 1) Опишите Status localis (рис. 20).
- 2) Поставьте клинический диагноз.
- 3) Укажите этиологию и патогенез данной патологии.
- 4) Перечислите анатомические и функциональные нарушения, сопутствующие данной патологии.
- 5) Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребенка.

Клиническая задача № 21

Ребенок Р., 5 мес.

Со слов матери, родился в срок, вес при рождении 2800 г. Находится на искусственном вскармливании.



Рис. 21.

Задания.

- 1) Опишите Status localis (рис. 21).
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Укажите анатомические и функциональные нарушения, имеющие место при данной патологии.
- 4) Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребенка с указанием сроков.
- 5) Укажите возможные причины данной патологии и время их воздействия.

Клиническая задача № 22

Ребенок В., 5,5 месяца.

Со слов матери, родился в срок с весом 2600 г, с дефектом, представленным на данной фотографии. Лечение не проводилось.

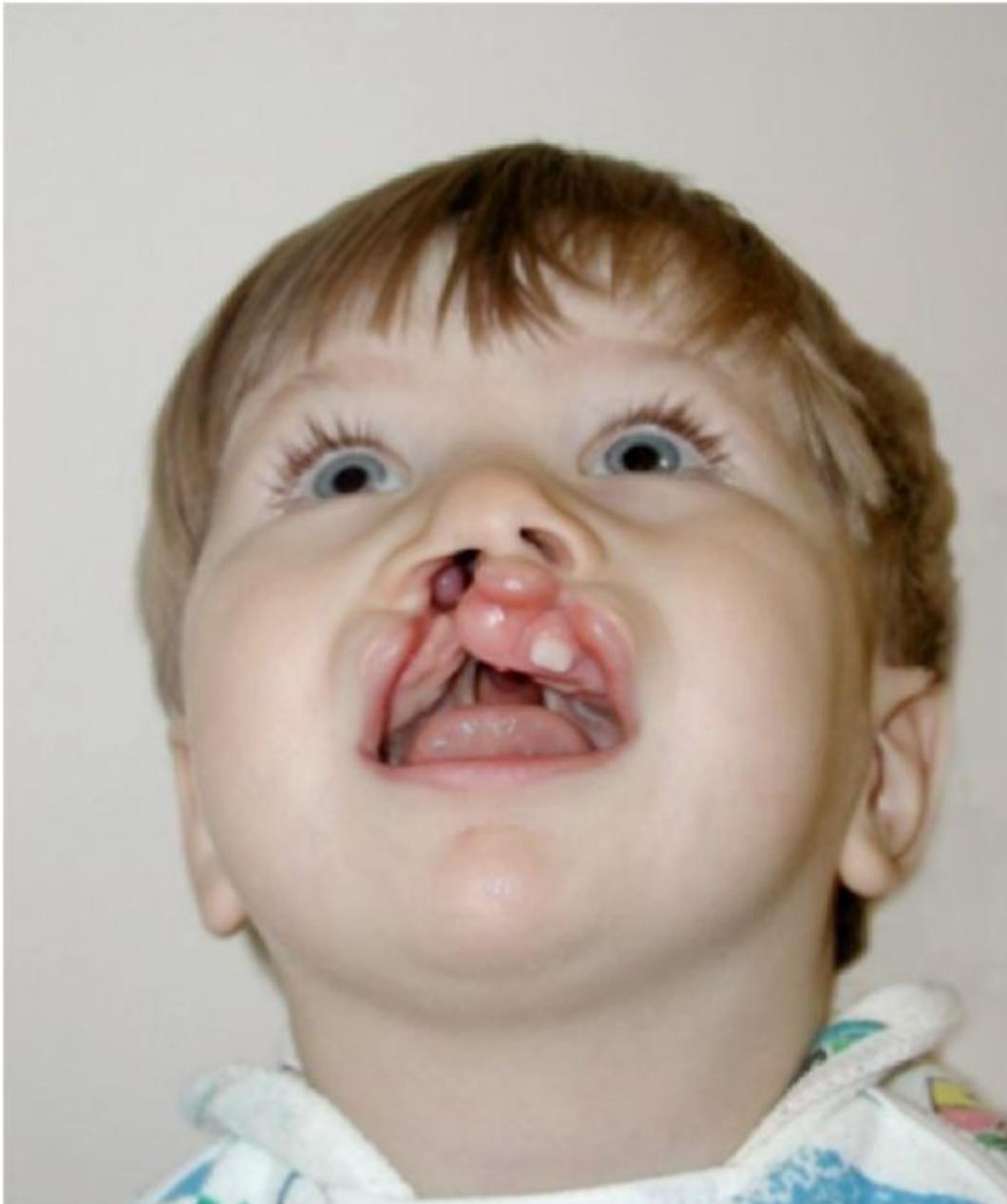


Рис. 22.

Задания.

- 1) Опишите Status localis (рис. 22).
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Укажите анатомические и функциональные нарушения, имеющие место при данной патологии.
- 4) Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребенка.
- 5) Перечислите специалистов, у которых должен наблюдаться и лечиться ребенок.

Клиническая задача № 23

Ребенок Д., 4 мес.



Рис. 23.

Задания.

- 1) Дайте анатомическую характеристику имеющейся патологии (рис. 23).
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Перечислите функциональные нарушения при этой патологии.
- 4) Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребенка с указанием сроков.
- 5) Укажите пути профилактики данной патологии.

Клиническая задача № 24

Ребенок П., 1 год.

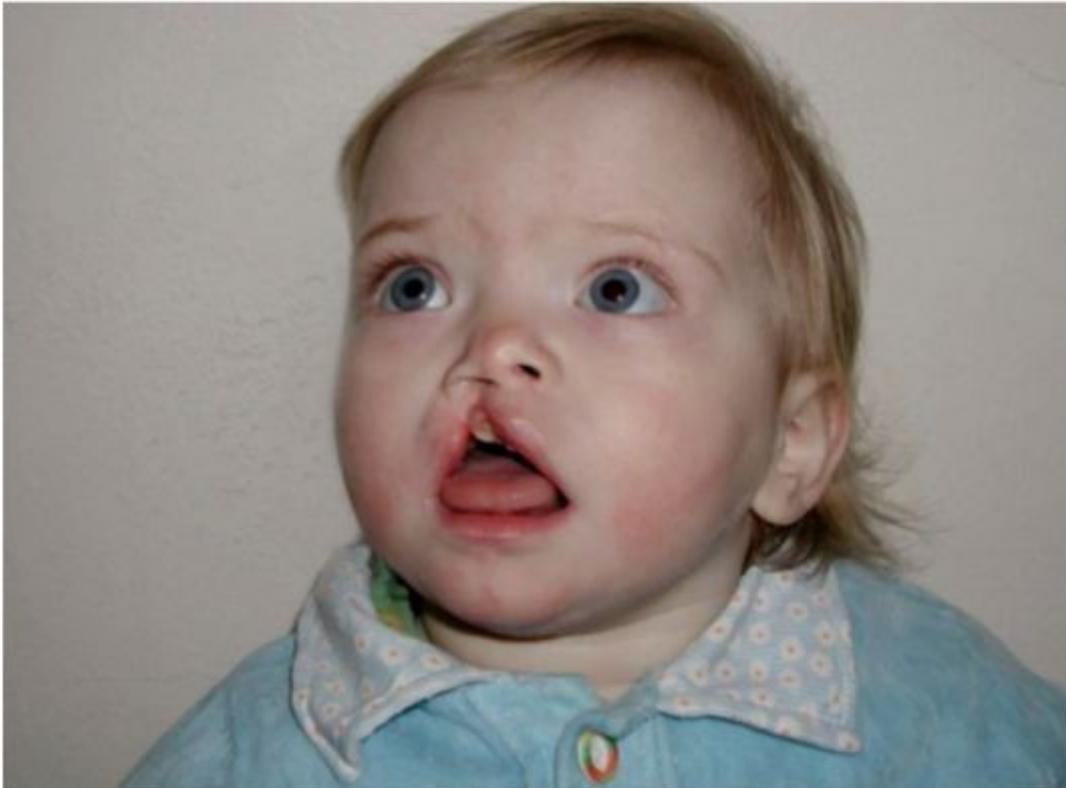


Рис. 24.

Задания.

- 1) Дайте анатомическую характеристику имеющейся патологии (рис. 24).
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Перечислите функциональные нарушения при этой патологии.
- 4) Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребенка с указанием сроков хирургического лечения.
- 5) Укажите пути профилактики данной патологии.

Клиническая задача № 25

Ребенок Е., 7 мес.



Рис. 25.

Задания.

- 1) Опишите Status localis (рис. 25).
- 2) Поставьте клинический диагноз.
- 3) Перечислите анатомические и функциональные нарушения, сопутствующие данной патологии.
- 4) Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребенка с указанием сроков хирургического лечения.
- 5) Укажите пути профилактики данной патологии.

Клиническая задача № 26

Ребенок П., 5 лет. Родители обратились с жалобами на асимметрию лица, недоразвитие правой ушной раковины, которые были обнаружены при рождении.



а

б

Рис. 26.

Задания.

- 1) Опишите Status localis (рис. 26, а, б).
- 2) Поставьте предварительный диагноз.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику на основании основных и дополнительных методов диагностики.
- 4) Поставьте клинический диагноз. Укажите все возможные симптомы данной патологии.
- 5) Предложите этапы лечения и комплексной реабилитации данного ребенка.

Клиническая задача № 27

Ребенок О., 4 года. Родители обратились с жалобами на образование на передней поверхности шеи, которое заметили в возрасте трех лет.

При осмотре: отмечается выбухание на передней поверхности шеи, кожа над ним в цвете не изменена (рис. 27, а, б). При пальпации: образование мягко-эластической консистенции, ограниченное, безболезненное, при глотании смещается вместе с подъязычной костью.



а

б

Рис. 27.

Задания.

- 1) Поставьте предварительный диагноз на основании данных анамнеза, осмотра и пальпации.
- 2) Укажите этиологию данного заболевания.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику на основании основных и дополнительных методов обследования с указанием ожидаемых результатов.
- 4) Поставьте заключительный диагноз.
- 5) Предложите варианты лечения.

Клиническая задача № 28

Ребенок С., 15 лет, обратился с жалобами на выбухание в области боковой поверхности шеи слева.

Из анамнеза: образование заметили около одного года назад после переохлаждения, с момента обнаружения образование незначительно увеличилось в размере.

При осмотре определяется образование, расположенное у переднего края левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы, с четкими границами. Кожа в цвете не изменена (рис. 28). При пальпации образование мягко-эластической консистенции, безболезненное.

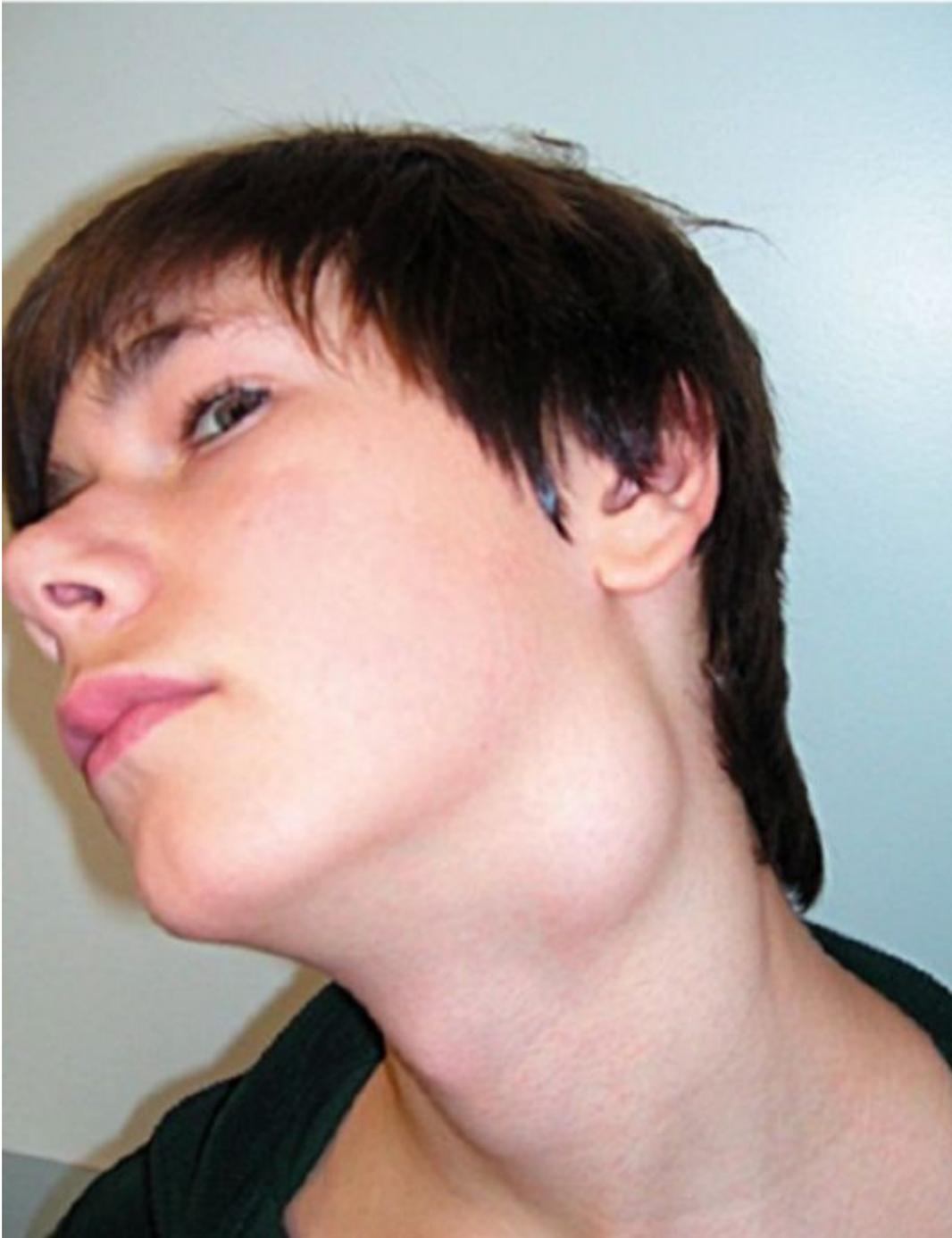


Рис. 28.

Задания.

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Проведите дифференциальную диагностику на основании основных и дополнительных методов диагностики с указанием ожидаемых результатов исследований.
- 3) Поставьте клинический диагноз.
- 4) Укажите этиологию и топографическую анатомию данного образования.
- 5) Предложите варианты лечения. Поставьте заключительный диагноз.

Клиническая задача № 29

Ребенок В., 14 лет, обратился с жалобами на асимметрию лица, изменение цвета кожи правой половины лица.

Из анамнеза: ребенок от первой нормально протекавшей беременности, родился в срок с нормальными показателями, здоровый; на первом году жизни родители заметили увеличение правой щеки и правой ушной раковины. В 1,5 года появилось пятно цвета кофе с молоком на коже спины. До настоящего времени к врачу не обращались.

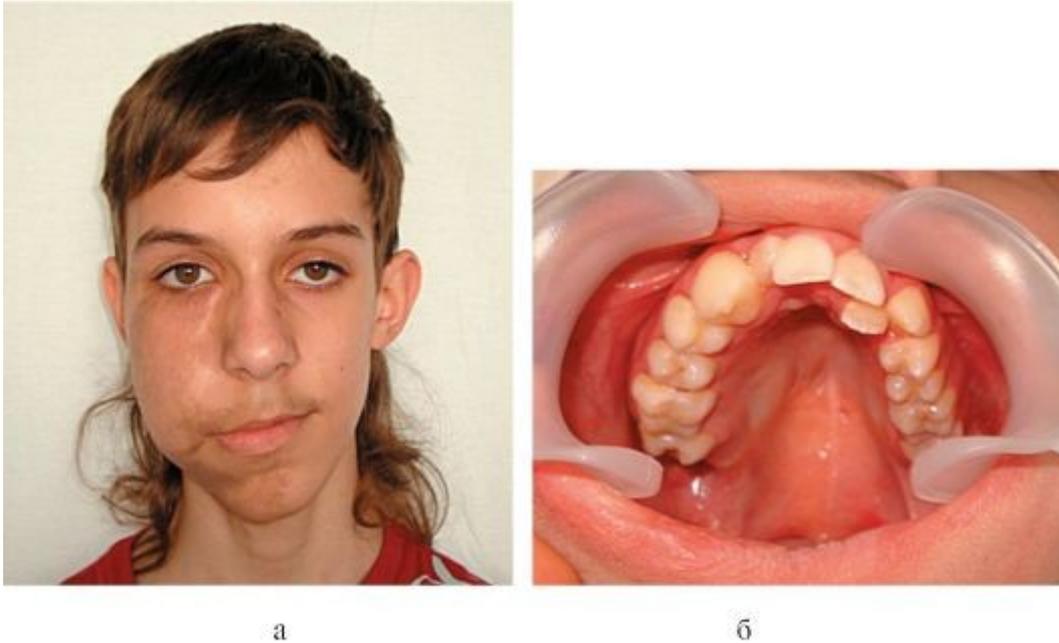


Рис. 29.

Задания.

- 1) Опишите Status localis (рис. 29, а, б).
- 2) Поставьте предварительный диагноз.
- 3) Проведите основные и дополнительные методы диагностики с указанием ожидаемых результатов.
- 4) Поставьте клинический диагноз.
- 5) Предложите варианты лечения ребенка.

Клиническая задача № 30

В клинику направлен ребенок Б., 6 мес, с новообразованием верхней губы. Со слов матери, новообразование имелось сразу при рождении ребенка, увеличивается с ростом ребенка.



Рис. 30.

Задания.

- 1) Опишите внешний вид ребенка (см. рис. 30).
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику.
- 4) Укажите методы исследования.
- 5) Предложите метод лечения и последующую реабилитацию.

Клиническая задача № 31

Ребенок П., 3 года, поступил в клинику с жалобами на образование в области дна полости рта. При рождении ребенка отмечалась небольшая припухлость в правой подъязычной области размером с горошину. В роддоме поставлен диагноз:

ретенционная киста (?). Образование увеличивалось с ростом ребенка. Опорожнения образования не наблюдалось.

Местно: опухолевидная припухлость, занимающая подъязычную область с обеих сторон от уздечки языка. Дно полости рта куполообразно приподнято, язык занимает вынужденное положение - он смещен кверху. Слизистая оболочка над образованием истончена, сквозь нее просвечивает мутное содержимое. Припухлость отмечается также и в подподбородочной области в виде гладкого опухолевидного образования, не спаянного с кожей.

Задания.

- 1) На основании жалоб, анамнеза заболевания и представленного рисунка (рис. 31) поставьте предварительный диагноз.
- 2) С целью уточнения диагноза проведите дополнительные методы исследования и укажите ожидаемые результаты.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику и обоснуйте свой клинический диагноз.
- 4) Предложите план лечения и реабилитации ребенка.
- 5) Укажите специалистов, участвующих в комплексном лечении и реабилитации этого ребенка.



Рис. 31.

Клиническая задача № 32

Ребенок 3., 8 лет, обратился в клинику с жалобами на увеличение языка в размерах, нарушение функций жевания, речи. Заболевание врожденное. Отмечалось периодическое увеличение языка в размерах на фоне ОРЗ. У ребенка сопутствующие заболевания: хронический тонзиллит, аденоиды II степени, хронический гастродуоденит.

Местно: отмечается увеличение высоты нижней трети лица, язык диффузно увеличен в объеме, кончик его находится вне полости рта, рот вынужденно открыт, отмечается повышенная саливация. По всей поверхности языка рассеяны множественные

пузырьки с прозрачным содержимым, отдельные пузырьки с кровянистым содержимым. Прикус - мезиальная дизокклюзия. Веерообразное расхождение передней группы зубов, тремы между зубами нижней челюсти.

Задания.

- 1) На основании жалоб, анамнеза заболевания и представленного рисунка (рис. 32) поставьте предварительный диагноз.
- 2) Укажите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
- 3) С целью уточнения диагноза проведите дополнительные методы исследования и укажите ожидаемые результаты.
- 4) Проведите дифференциальную диагностику и обоснуйте свой клинический диагноз.
- 5) Предложите план лечения и реабилитации ребенка.



Рис. 32.

Клиническая задача № 33

Ребенок Г., 8 лет, обратился с жалобами на нарушение конфигурации лица за счет припухлости в области верхней губы и щеки справа. Заболевание врожденное. Размеры припухлости увеличивались соответственно возрасту ребенка.

Из анамнеза: отмечалось раннее прорезывание зубов с правой стороны.

Местно: припухлость щечной области и половины верхней губы справа без четких границ, мягко-эластичной консистенции, безболезненная. Симптомы сдавливания и наполнения не определяются. При бимануальной пальпации в толще щеки пальпируются плотно-эластичные тяжи. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. Альвеолярные отростки верхней и нижней челюстей справа утолщены. Коронки зубов правой половины верхней и нижней челюстей увеличены по сравнению с левой. На коже правой щеки, а также в области спины и правой руки есть неправильной формы пигментные пятна светло-кофейного цвета.

Задания.

- 1) На основании жалоб, анамнеза заболевания и представленного рисунка (рис. 33) поставьте предварительный диагноз.
- 2) С целью уточнения диагноза проведите дополнительные методы исследования и укажите ожидаемые результаты.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику и обоснуйте свой клинический диагноз.
- 4) Предложите план лечения и реабилитации ребенка.
- 5) Укажите специалистов, участвующих в комплексном лечении и реабилитации этого ребенка.



Рис. 33.

Клиническая задача № 34

Ребенок Ж., 9 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость в левой околоушно-жевательной области.

Из анамнеза: заболевание врожденное, с ростом ребенка отмечалось постепенное увеличение образования. За прошедшее время отмечалось неоднократное увеличение образования на фоне ОРВИ, травмы, обострения хронического тонзиллита с появлением плотного болезненного инфильтрата в этой области, гиперемией кожных покровов над ним. Первоначальный диагноз при обращении к врачу: паротит. Назначалась антибактериальная, противовоспалительная терапия. Динамика слабо положительная. Явления воспаления стихали на 1-2 мес.

Местно: в левой околоушно-жевательной области опухолевидное образование без четких границ, тестоватой консистенции, безболезненное. Кожа над образованием истончена, усилен сосудистый рисунок, определяется симптом «зыбления». Симптомы «сдавливания», «наливания» отрицательные. Из протока левой околоушной слюнной железы выделяется прозрачный секрет в достаточном количестве. Сопутствующий диагноз - множественный кариес, хронический тонзиллит.

Задания.

- 1) На основании жалоб, анамнеза заболевания и представленного рисунка (рис. 34) поставьте предварительный диагноз.
- 2) Укажите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
- 3) С целью уточнения диагноза проведите дополнительные методы исследования и укажите ожидаемые результаты.
- 4) Проведите дифференциальную диагностику и обоснуйте свой клинический диагноз.
- 5) Предложите план лечения и реабилитации ребенка.



Рис. 34.

Клиническая задача № 35



Рис. 35.

Задания.

- 1) Назовите и опишите представленную рентгенограмму (рис. 35).
- 2) Укажите возможные жалобы пациента.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику на основании основных и дополнительных методов диагностики с указанием ожидаемых результатов. Поставьте клинический диагноз.
- 4) Укажите, на основании какого метода исследования возможна постановка заключительного диагноза.
- 5) Предложите варианты лечения.

Клиническая задача № 36

Мальчику 12 лет. Родители обратились с жалобами на припухлость во фронтальном отделе нижней челюсти, нарушение положения фронтальной группы зубов на нижней челюсти, затрудненное откусывание пищи.

Из анамнеза: травму отрицают. Образование заметили случайно.

Объективно: конфигурация лица незначительно изменена за счет сглаженности губо-подбородочной складки слева. Кожа в цвете не изменена, в складку собирается. Региональные лимфоузлы не пальпируются (рис. 36, а). При наружной пальпации определяется утолщение нижней челюсти от зуба 3.5 до зуба 4.4, безболезненное. Открывание рта на 4,0 см, свободное, безболезненное.

В полости рта: переходная складка на уровне зубов 3.4-4.3 сглажена, слизистая в этой области не изменена. Пальпаторно определяется деформация базиса и альвеолярной части нижней челюсти за счет бугристого, плотного, безболезненного выбухания без резких границ с вестибулярной и язычной сторон. Податливости кости не определяется (рис. 36, б, в). Зубы 3.4, 3.3 язычный наклон, неподвижны. Зубы 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 - вестибулярный наклон, неподвижны. Перкуссия этих зубов отрицательная.



а



б

Рис. 36.



в



г

Рис. 36 (окончание)

Задания.

- 1) Назовите представленную рентгенограмму и опишите ее (рис. 36, г).
- 2) Поставьте предварительный диагноз.
- 3) Укажите дополнительные методы исследования, помогающие в постановке клинического диагноза, и поставьте его.
- 4) Проведите дифференциальную диагностику.
- 5) Предложите план лечения и реабилитации данного больного.

Клиническая задача № 37

Больная С., 7 лет. Родители обратились с жалобами на припухлости обеих щек у ребенка.

Из анамнеза: впервые родители заметили симметричную припухлость 2 года назад. К врачу не обращались. Припухлость увеличивается медленно с ростом ребенка. Ребенка не беспокоит.

Объективно: при внешнем осмотре (рис. 37, а) определяется припухлость в области углов и тела нижней челюсти справа и слева. Кожа данных областей бледная, определяется выраженная подкожная венозная сеть. Пальпаторно определяется утолщение костной ткани в области тела и углов нижней челюсти справа и слева. В поднижнечелюстных областях справа и слева пальпируются увеличенные (по 2-3 с каждой стороны) лимфатические узлы, подвижные, безболезненные. Движения нижней челюсти совершаются в полном объеме. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. Переходная складка в области тела нижней челюсти справа и слева сглажена. Пальпаторно определяется выбухание кости плотно-эластичной консистенции, безболезненное.



а



б

Рис. 37.

Задания.

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Назовите рентгенограмму (рис. 37, б) и опишите ее.
- 3) Укажите, какие дополнительные данные семейного анамнеза необходимо выяснить у родителей для уточнения диагноза.
- 4) Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его. Укажите, какое исследование ведущее при постановке окончательного диагноза.
- 5) Укажите особенности течения данного заболевания и предложите врачебную тактику по отношению к данному больному.

Клиническая задача № 38

Больной С., 13 лет, обратился с жалобами на сужение левой глазной щели, неправильное положение зуба 2.7, периодическое появление в полости рта (в проекции зубов 2.7, 2.8) мелких плотных частиц белого цвета.

Из анамнеза: больным считает себя в течение 8 мес, когда впервые заметил изменение положения зуба 2.7. Родители обратили внимание на сужение левой глазной щели 3 мес назад. Лечение не проводили.

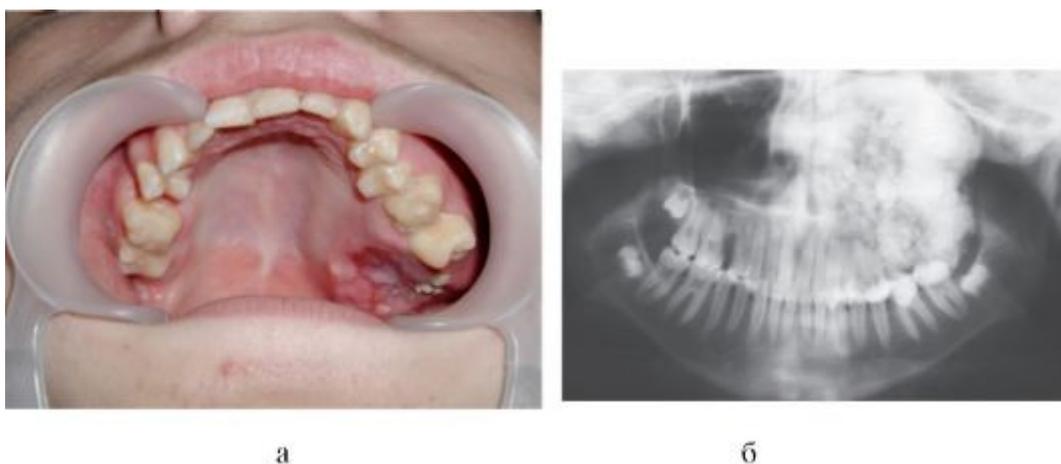


Рис. 38.

Задания.

- 1) Опишите местный статус (рис. 38, а).
- 2) Назовите рентгенограмму, представленную на рисунке (рис. 38, б), и опишите ее.
- 3) Поставьте предварительный диагноз и укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
- 4) Предложите план лечения и программу реабилитации больного.
- 5) Укажите ведущий метод исследования в постановке окончательного диагноза.

Клиническая задача № 39

Ребенок Ж., 11 лет, обратился в клинику кафедры с жалобами на образование под языком.

Из анамнеза: 6 мес назад ребенок заметил образование под языком, с того времени образование медленно увеличивалось в размерах.

Объективно: в подъязычной области слева определяется образование эластичной консистенции, желтоватого цвета, слизистая дна рта над образованием растянута, при пальпации образование безболезненное, подвижное, не спаяно с подлежащими тканями (см. рис. 39), слюна из вартоновых протоков с обеих сторон выделяется. При акте глотания образование смещается.

Задания.

- 1) Поставьте предварительный диагноз (диагнозы).
- 2) Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
- 3) Назовите дополнительные методы исследования с указанием ожидаемых результатов.
- 4) Поставьте клинический диагноз с его обоснованием.
- 5) Составьте план лечения и реабилитации ребенка.



Рис. 39.

Клиническая задача № 40

Ребенок М., 12 лет, обратился в клинику кафедры с жалобами на образование в подъязычной области.

Из анамнеза: 2 мес назад ребенок заметил образование под языком, с того времени образование увеличилось в размерах, но при осмотре родителями 3 нед назад образование не обнаружено, сейчас оно вновь появилось.

Объективно: в подъязычной области справа определяется образование эластичной консистенции, синюшного цвета, слизистая дна рта над образованием растянута, при

пальпации образование безболезненное, не спаяно с подлежащими тканями (рис. 40).



Рис. 40.

Задания.

- 1) Поставьте предварительный диагноз (диагнозы).
- 2) Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
- 3) Назовите дополнительные методы исследования с указанием ожидаемых результатов.
- 4) Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
- 5) Составьте план лечения и реабилитации ребенка.

Клиническая задача № 41

Ребенок К., 16 лет, обратился с жалобами на образование на верхней губе.

Из анамнеза: появление образования заметил около года назад; в течение трех лет находится на ортодонтическом лечении на брекет-системе.

При осмотре определяется образование на слизистой оболочке верхней губы, покрытое неизменной слизистой оболочкой, на широком основании, состоящее из двух долек. При пальпации безболезненное, плотно-эластической консистенции (рис. 41).

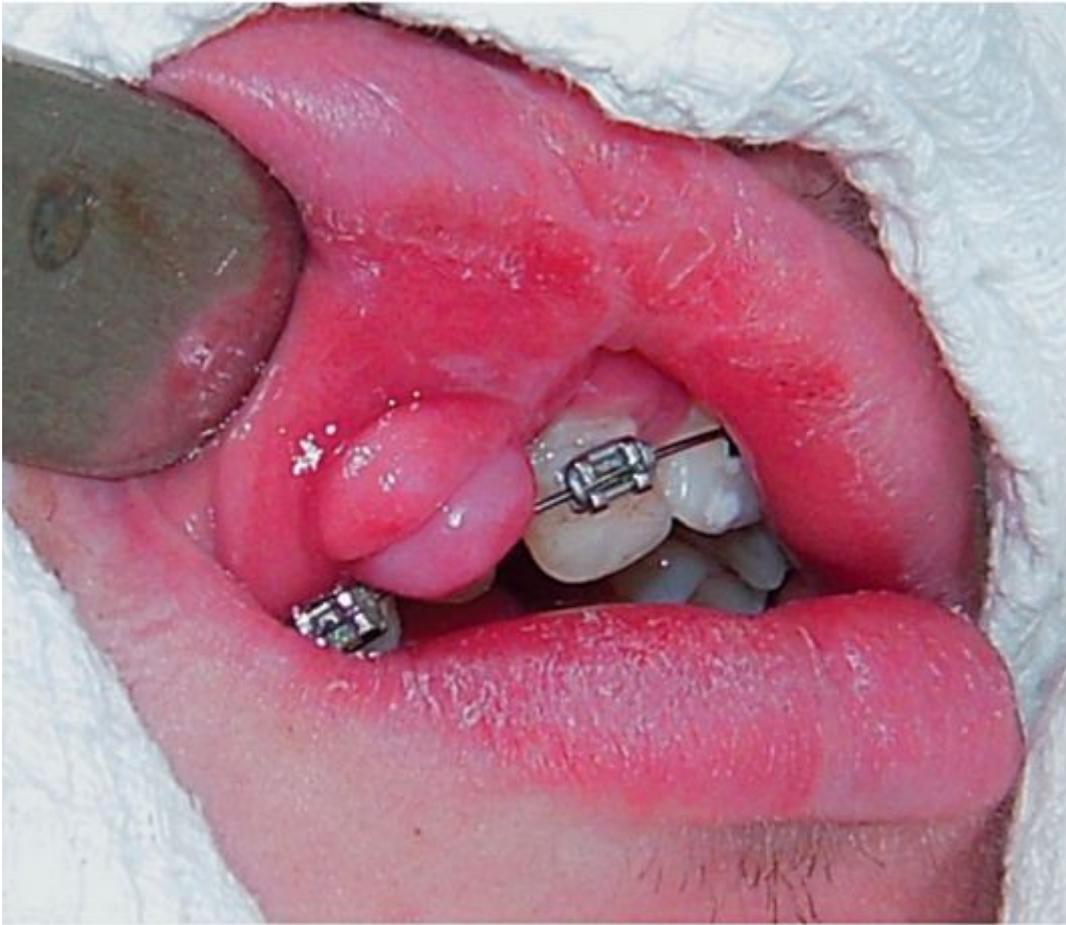


Рис. 41.

Задания.

- 1) Поставьте предварительный диагноз на основании данных анамнеза, осмотра и пальпации.
- 2) Укажите возможную этиологию данного заболевания.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику на основании основных и дополнительных методов обследования с указанием ожидаемых результатов.
- 4) Поставьте клинический диагноз.
- 5) Предложите варианты лечения.

Клиническая задача № 42

Ребенок Т., 15 лет, обратился с жалобами на образование на левой щеке.

Из анамнеза: появление образования заметил около года назад после неоднократного прикусывания щеки.

При осмотре определяется образование на слизистой оболочке левой щеки, округлой формы, на широком основании, с четкими границами, покрытое неизменной слизистой оболочкой. При пальпации безболезненное, плотной консистенции. В области жевательной группы зубов слева определяется травматическая окклюзия (рис. 42, а, б).



а



б

Рис. 42.

Задания.

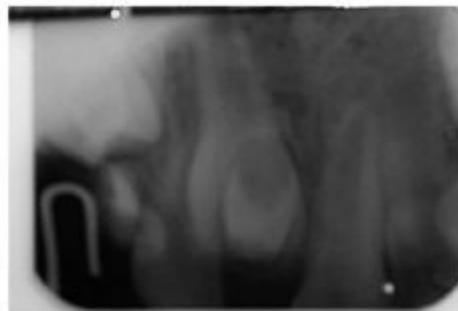
- 1) Поставьте предварительный диагноз на основании данных анамнеза и представленных рисунков.
- 2) Укажите возможную этиологию данного заболевания.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику на основании основных и дополнительных методов обследования с указанием ожидаемых результатов.
- 4) Поставьте клинический диагноз.
- 5) Предложите варианты лечения.

Клиническая задача № 43

Ребенок Т., 8 лет. Родители обратились к врачу-ортодонту с жалобами на задержку прорезывания зуба 11 (рис. 43, а). Проведено рентгенологическое обследование.



а



б

Рис. 43.

Задания.

- 1) Опишите Status localis.

- 2) Назовите и опишите представленную рентгенограмму (рис. 43, б).
- 3) Поставьте предварительный диагноз.
- 4) Проведите дополнительные методы диагностики и поставьте клинический диагноз.
- 5) Предложите план лечения ребенка.

ОТВЕТЫ

П

Клиническая задача № 1

1) При осмотре полости рта определяется подвижность зуба 1.1 и его зубо-альвеолярное удлинение (смещение его из альвеолярной лунки к окклюзионной плоскости). Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 1.1 незначительно отечна, бледно-розового цвета. На основании анамнеза и клинических данных предварительный диагноз: неполный вывих зуба 1.1.

2) Для уточнения диагноза проводится рентгенологическое исследование - внутриротовая контактная рентгенограмма и панорамная рентгенограмма верхней челюсти, чтобы исключить перелом зуба, перелом альвеолярного отростка, оценить состояние периодонтальной щели. ЭОД зуба 1.1 и соседних зубов - показатели важны для динамического наблюдения.

3) Неполный вывих зуба 1.1.

4) Под анестезией проводится репозиция поврежденного зуба, шинирование с целью иммобилизации и дальнейшего динамического наблюдения.

- Репозиция проводится с помощью медленного пальцевого давления, в отдельных случаях возможна репозиция хирургическими щипцами, на щечки которых надеваются отрезки пластиковых трубок (во избежание отлома коронки). Шинирование осуществляется с помощью проволочно-композитной шины или с использованием элементов брекет-системы.

- Продолжительность иммобилизации в среднем составляет 28 дней.

5) Гибель пульпы при неполном вывихе зуба происходит в 30% случаев. В этом случае впоследствии проводится эндодонтическое лечение. В 70% случаев исход благоприятный.

Клиническая задача № 2

1) При осмотре полости рта определяется смещение травмированных зубов 5.1, 6.1, 6.2, отсутствие зуба 5.2 (лунка которого выполнена сгустком). Зубы 5.1 и 6.1 смещены из альвеолярных лунок к окклюзионной плоскости, а зуб 6.2 смещен в сторону полости рта и выдвинут к окклюзионной плоскости. В области десневого края травмированных зубов определяются кровяные сгустки. Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области этих зубов отечна, гиперемирована. На слизистой оболочке нижней губы ссадины и раны.

- 2) Полный вывих зуба 5.2. Неполный вывих зубов 5.1, 6.1, 6.2.
- 3) Для уточнения диагноза проводится рентгенологическое исследование: внутривисочная контактная рентгенограмма и панорамная рентгенограмма верхней челюсти, что позволяет исключить внедренный вывих зуба 5.2, перелом травмированных зубов, перелом альвеолярного отростка; оценить состояние периодонтальной щели зубов 5.1, 6.1, 6.2 и степень формирования корней этих зубов.
- 4) На основании клинико-рентгенологической картины заключительный диагноз: полный вывих зуба 5.2, неполный вывих зубов 5.1, 6.1, 6.2.
- 5) При сформированных корнях необходимо провести репозицию поврежденных зубов под анестезией, шинирование с целью иммобилизации и дальнейшее динамическое наблюдение. Репозиция проводится с помощью медленного пальцевого давления. Шинирование проводится назубной пластмассовой шиной от зуба 5.5 до зуба 6.5. Иммобилизация 28 дней. Ребенок обследуется 1 раз в 7-10 дней, затем 1 раз в 3-4 мес в течение первого года после травмы, и далее 1 раз в год. Возможные исходы: нормальное функционирование зубов; резорбция корней зубов; воспаление с последующим удалением зубов.

Клиническая задача № 3

- 1) При внешнем осмотре конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей верхней губы. В центральной части верхней губы в области красной каймы - гематома. Глазные щели симметричны. При осмотре полости рта: рваная рана слизистой оболочки альвеолярного отростка в проекции зубов 1.3 и 1.2. Зуб 1.3 в лунке отсутствует. Нижняя треть корня зуба 1.2 обнажена.
- 2) Предварительный диагноз: Полный вывих зуба 1.3? Вколоченный вывих зуба 1.3?
- 3) Из дополнительных методов исследования проводится рентгенологическое исследование с целью определения перелома костей лицевого скелета, постановки окончательного диагноза. Необходимо оценить неврологический статус пациента.
- 4) Клинический диагноз: Полный вывих зуба 1.3.
- 5) Учитывая время, прошедшее с момента травмы, возраст ребенка, показана реплантация зуба 1.3 с последующим шинированием сроком на 4 нед. После реплантации контрольная рентгенограмма. Курс антибактериальной и противовоспалительной терапии. Осмотр на следующий день после травмы и далее 1 раз в неделю. Рентгенологический контроль и ЭОД после снятия шины. Диспансерное наблюдение. При необходимости эндодонтическое лечение зуба 1.3. Исходы: после реплантации возможно развитие гнойно-воспалительного процесса в лунке зуба 1.3, что вызовет необходимость его удаления. При благоприятном течении послеоперационного периода наступает приживание зуба (3 варианта: периодонтальный, периодонтально-фиброзный, остеоидный). В позднем послеоперационном периоде возможно развитие хронического воспалительного процесса в периапикальных тканях, внешняя и внутренняя резорбция корня, приводящие к потере зуба. При потере зуба 1.3 необходимо ортодонтическое лечение (съёмный пластиночный протез), после 18-летнего возраста - рациональное протезирование (несъёмная конструкция, использование имплантата).

Клиническая задача № 4

- 1) На рентгенограмме костей лицевого скелета в прямой проекции определяется перелом правого суставного отростка нижней челюсти со смещением.

- 2) Необходимо выяснить, терял ли ребенок сознание, были ли тошнота и рвота, нет ли симптомов ретроградной амнезии. Необходимо оценить неврологический статус ребенка.
- 3) Перелом правого суставного отростка нижней челюсти.
- 4) Учитывая возраст ребенка, время, прошедшее с момента травмы, характер травмы, лечение необходимо начинать в условиях специализированного стационара. Назначается антибактериальная, противовоспалительная терапия. Готовится зубо-надесневая шина с пелотом. В течение 4 нед ребенку показаны щадящий режим и диета, далее назначается миогимнастика.
- 5) Возможные исходы заболевания: консолидация фрагмента с последующим ремоделированием суставной головки, кондиллярная резорбция, формирование посттравматического анкилоза ВНЧС.

Клиническая задача № 5

- 1) На ортопантограмме определяются две линии перелома тела нижней челюсти, проходящие через периодонтальную щель зубов 3.4 и 4.7. Двусторонний перелом тела нижней челюсти в области зубов 3.4 и 4.7. Сотрясение головного мозга?
- 2) Внешний осмотр проводится с целью выявления асимметрии лица, повреждений кожи лица, гематом.
 - При пальпации выявляют наличие ступеньки по краю тела челюсти. Необходимо проверить симптом сдавления: в области углов челюсти вертикально вверх, к средней линии и в области подбородка при полуоткрытом рте (есть ли болевая реакция).
 - Определить, есть ли ограничение открывания рта. Определить возможность осуществлять вертикальные и боковые движения нижней челюсти, пальпаторно определить движения суставных головок с целью выявления повреждения мышечковых отростков.
 - Провести осмотр слизистой оболочки полости рта, выявить ушибы и рваные раны в области слизистой оболочки полости рта. Определить соотношение зубов по окклюзионной плоскости, фиссурно-бугорковые контакты, плотность смыкания зубов. Осмотреть язык, дно полости рта.
 - Для исключения переломов в области мышечковых отростков и ветвей нижней челюсти необходимо провести дополнительное рентгенологическое исследование - рентгенограммы костей лицевого черепа в прямой и обеих боковых проекциях, томограммы ВНЧС.
 - Осмотр невропатолога.
- 3) Двусторонний открытый перелом тела нижней челюсти в области зубов 3.4 и 4.7.
- 4) Лечение можно проводить двумя вариантами.
 - Если соотношение зубов не нарушено, т.е. перелом без смещения, то под обезболиванием накладывается шина Тигерштедта (шина Васильева) на верхнюю и нижнюю челюсти и проводится межчелюстная иммобилизация на 30 дней.

- При смещении фрагментов репозицию целесообразно проводить хирургическим методом. В стационаре под наркозом внутривидовым доступом (с предварительно наложенными шинами на верхнюю и нижнюю челюсти) проводят репозицию фрагментов по линии перелома. Сопоставленные фрагменты под визуальным контролем фиксируют при помощи титановых мини-пластин и саморезов. Рана ушивается. На вторые сутки проводится иммобилизация челюстей.

- Металлические конструкции подлежат удалению через 6 мес-1 год после операции.
- Динамическое наблюдение с ЭОД зубов 3.4 и 4.7 и рентген-контролем.

) Исходы:

- заживление с хорошим функциональным и эстетическим результатами;
- нарушение окклюзии - в этом случае проводится последующее ортодонтическое лечение;
- воспалительные явления по линии перелома, вплоть до наступления травматического остеомиелита;
- эрозия эмали зубов после шинирующих лигатур;
- гингивит;
- нарушение чувствительности в области кожи и слизистой оболочки нижней губы и подбородка (из-за травмы нижнелуночкового нерва).

Клиническая задача № 6

1) Острый гнойный периостит верхней челюсти слева одонтогенной этиологии. Зуб 6.4 - обострение хронического периодонтита.

2) В клиническом анализе крови у этого ребенка можно ожидать умеренно выраженный лейкоцитоз и повышение СОЭ. На рентгенограмме в области верхушек корней и бифуркации причинного зуба 6.4 можно ожидать разрежение костной ткани без четких границ, резорбцию корней более чем на 1/3 (патологическую и физиологическую).

3) Дифференциальную диагностику надо провести с остеомиелитом верхней челюсти слева. При остеомиелите общее состояние ребенка тяжелое, температура тела, как правило, выше 38,0 °С, отмечаются все признаки интоксикации: озноб, головная боль, слабость. Местно: подвижность причинного зуба 6.4 и соседних с ним зубов 6.3 и 6.5. Воспалительный инфильтрат не только с вестибулярной стороны альвеолярного отростка, но и с небной стороны.

4) План лечения:

- хирургическая помощь в полном объеме (вскрытие поднадкостничного абсцесса и удаление причинного зуба), желательно под наркозом;
- антибактериальная терапия;
- противовоспалительная терапия;
- гипосенсибилизирующая терапия;
- общеукрепляющее лечение;

- дезинтоксикационная терапия;
- физиолечение.

5) Принимая во внимание возраст ребенка (8 лет), лечение целесообразно проводить в условиях стационара.

Клиническая задача № 7

1) Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.

2) В клиническом анализе крови у этого ребенка можно ожидать лейкоцитоз, появление молодых форм нейтрофильных лейкоцитов (палочкоядерные, юные, миелоциты), эозино- и лимфопению. СОЭ повышена. В моче могут появиться следы белка, цилиндры, эритроциты. В сыворотке крови появляется в значительном количестве С-реактивный белок, соотношение альбуминов и глобулинов изменяется в сторону преобладания глобулинов.

3) Дифференциальную диагностику надо провести с острым гнойным периоститом.

4) План лечения:

- хирургическое лечение в полном объеме (вскрытие гнойно-воспалительных очагов, удаление причинного зуба);
- антибактериальная терапия;
- противовоспалительная терапия;
- дезинтоксикационная терапия;
- гипосенсибилизирующая терапия;
- общеукрепляющая терапия;
- физиотерапия.

5) Лечение проводится только в стационаре.

Клиническая задача № 8

1) Острый серозный лимфаденит поднижнечелюстной области справа вирусной этиологии (постинфекционный).

2) В клиническом анализе крови у этого ребенка можно ожидать умеренно выраженный лейкоцитоз, остальные показатели в пределах возрастной нормы.

3) Дифференциальную диагностику надо провести с острым гнойным лимфаденитом, при котором могут быть жалобы на пульсирующие боли в области пораженного лимфоузла, кожа над припухлостью той области, где расположен пораженный лимфатический узел, гиперемирована, в складку не собирается. Пальпаторно определяется резко болезненное образование без четких границ. Возможно определение очага размягчения в центре образования.

) Острый серозный лимфаденит поднижнечелюстной области справа вирусной этиологии.

5) Лечение проводится в условиях поликлиники:

- обработка очага поражения на коже в области угла рта справа противовирусными препаратами;

- противовоспалительная терапия, мазевые повязки местно;
- гипосенсибилизирующая терапия;
- общеукрепляющая терапия;
- физиотерапия.

Клиническая задача № 9

1) Абсцесс подглазничной области слева.

2) В клиническом анализе крови у этого ребенка можно ожидать умеренно выраженный лейкоцитоз и повышение СОЭ.

3) Дифференциальную диагностику надо провести с флегмоной подглазничной области слева.

- При флегмоне подглазничной области общее состояние ребенка тяжелое, температура тела повышается до более высоких цифр, местно определяется плотный болезненный инфильтрат без четких границ.

4) Лечение:

- хирургическая помощь (вскрытие абсцесса);
- антибактериальная терапия;
- противовоспалительная терапия;
- общеукрепляющее лечение;
- физиотерапия.

5) Лечение проводится в условиях стационара.

Клиническая задача № 10

1) Ортопантомограмма. На рентгенограмме определяется очаг деструкции костной ткани округлой формы с достаточно четкими контурами и однородной структурой от зуба 2.2 до зуба 2.6. Определяется также дистопия и ретенция зачатка зуба 2.3, коронковая часть которого расположена в полости образования; дистопия зуба 2.5, у которого периодонтальная щель на всем протяжении мезиальной поверхности корня не определяется. Корень зуба 2.4 проецируется в очаге деструкции, периодонтальная щель его определяется не на всем протяжении. Есть также причинный временный зуб 6.5, леченный ранее по поводу осложненного кариеса. Дно левого верхнечелюстного синуса оттеснено вверх. Прозрачность синуса нарушена.

2) Одонтогенная воспалительная киста верхней челюсти слева, оттесняющая дно левого верхнечелюстного синуса. Хронический периодонтит зуба 6.5. Дистопия, ретенция зуба 2.3 и дистопия зуба 2.5. Ретенция зуба 1.5.

3) Причиной развития одонтогенной воспалительной кисты явился хронический воспалительный процесс в периапикальных тканях зуба 6.5, который ранее лечен по поводу осложненного кариеса. Патогенез: под влиянием химического и механического раздражения продуктами воспаления эпителиальные элементы в периодонте (остатки эмбрионального эпителия зубообразовательной пластинки - клетки Малайссе-Астахова) разрастаются и размножаются, образуя микроскопические полости, которые постепенно наполняются транссудатом, благодаря чему в них повышается

давление. Это приводит к образованию сначала кистогранулемы, дальнейшее увеличение ее объема приводит к образованию кисты, усилению давления ее стенок на окружающую костную ткань; в результате происходит атрофия губчатого вещества, а затем коркового вещества челюсти. Внутрикистозное давление зависит от интенсивности воспалительного процесса.

4) Дифференциальная диагностика с нижеследующими заболеваниями.

- Адамантиномой, которая отличается отсутствием связи с осложненным кариесом и, как правило, многокамерным строением, а также отсутствием строго очерченных границ. Однако окончательный диагноз ставится после предварительной биопсии с последующим патогистологическим исследованием.

- Фолликулярной кистой, содержащей в себе интактный зуб или его коронковую часть, и развитие которой не связано с осложненным кариесом.

- Гигантоклеточной опухолью, пунктат которой не янтарно-опалесцирующий, а бурый или желтоватый, иногда с кровью, не содержащий зерен холестерина.

- Фиброзной дисплазией. Это заболевание врожденное. Увеличение кости активно происходит в детском и юношеском возрасте, у взрослых наступает стабилизация процесса. Образование всегда плотное - костной консистенции, в то время как при одонтогенной кисте может определяться податливость при пальпации истонченной костной стенки.

- Внутрикостной ангиодисплазией в форме артерио-венозных коммуникаций, при которой, как правило, есть поражение слизистой оболочки. На рентгенограмме не имеет четких контуров и характеризуется крупнопетлистым рисунком кости. При пункции получают кровь.

5) Цистэктомия с верхнечелюстной синусотомией с удалением причинного зуба 6.5. Вопрос о сохранении зубов 2.4 и 2.5 будет решен во время операции. Заключительный диагноз может быть поставлен после патогистологического исследования операционного материала (оболочки кисты). Удаление зуба 5.5. В дальнейшем динамическое наблюдение за прорезыванием ретенционных постоянных зубов, при необходимости обнажение коронок этих зубов и ортодонтическое лечение.

Клиническая задача № 11

1) Ортопантограмма. На рентгенограмме определяется очаг разрежения костной ткани округлой формы с достаточно четкими контурами, нижняя граница которого доходит до края нижней челюсти. Определяется также дистопия и ретенция зачатка зуба 4.5, коронковая часть которого расположена в полости образования; дистопия зуба 4.4, у которого периодонтальная щель на всем протяжении дистальной поверхности корня не определяется. Есть также причинный зуб 8.5, леченный ранее по поводу осложненного кариеса.

2) Одонтогенная воспалительная киста нижней челюсти справа. Хронический периодонтит зуба 8.5. Дистопия, ретенция зуба 4.5 и дистопия зуба 4.4.

3) Под влиянием химического и механического раздражения продуктами воспаления эпителиальные элементы в периодонте (остатки эмбрионального эпителия зубообразовательной пластинки - клетки Маляссе-Астахова) разрастаются и

размножаются, образуя микроскопические полости, которые постепенно наполняются транссудатом, благодаря чему в них повышается давление.

4) Цистотомия с удалением причинного зуба 8.5. Обоснование - необходимость сохранения зачатка зуба 4.5; большой размер кисты и, как следствие, возможность патологического перелома нижней челюсти, а также в связи с риском травмирования сосудисто-нервного пучка.

5) Травма сосудисто-нервного пучка: кровотечение и нарушение двигательной и чувствительной функций зоны иннервации n. mandibularis; травма зачатка зуба 4.5 вплоть до его удаления. Патологический перелом нижней челюсти. Рецидив кисты.

Клиническая задача № 12

1) На рентгенограмме дна полости рта определяется тень конкремента длиной около 1,5 см в переднем отделе выводного протока (вартонова протока) правой поднижнечелюстной слюнной железы.

2) Калькулезный сиалоаденит поднижнечелюстной слюнной железы справа.

3) Цитологическое исследование секрета выявляет наличие клеток воспалительного ряда (лейкоциты, лимфоциты). Термовизиография выявляет повышение температуры в области поднижнечелюстной слюнной железы (на 0,5-1 °С выше нормы), что указывает на воспаление в слюнной железе. На сиалограмме расширение основного выводного протока дистальнее локализации конкремента, его прерывистость в месте локализации слюнного камня. Наиболее информативно УЗИ поднижнечелюстной слюнной железы, которое дает достоверную информацию о локализации конкремента, степени деструктивных изменений паренхимы железы, воспалительном процессе в протоке слюнной железы.

4) Клинические данные и данные дополнительных методов обследования подтверждают предварительный диагноз: калькулезный сиалоаденит поднижнечелюстной слюнной железы справа.

5) Лечение:

- хирургическое - удаление камня из выводного протока поднижнечелюстной слюнной железы;
- курс антибактериальной, противовоспалительной, десенсибилизирующей, общеукрепляющей терапии;
- физиолечение, мазовые компрессы;
- диспансерное наблюдение каждые 6 мес в течение 1,5-2 лет.

Клиническая задача № 13

1) На представленной сиалограмме правой околоушной слюнной железы околоушный проток расширен до 3,5 мм, прерывист. Протоки I, II порядков определяются не во всех отделах, прерывисты. Протоки III, IV, V порядков не выявляются. На фоне непросматриваемой паренхимы железы видно большое количество полостей с четкими контурами, размером 3-5 мм.

2) Хронический правосторонний паренхиматозный паротит, поздняя стадия, период обострения.

3) Дополнительные методы исследования.

- Общий анализ крови, мочи. В анализе крови повышение СОЭ, возможен лейкоцитоз. В анализе мочи возможно появление белка.
- Исследование секрета, выделяемого из протока, на определение микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам с целью назначения необходимых антибиотиков при лечении.
- Цитологическое исследование секрета околоушной слюнной железы. На микропрепарате будут видны элементы хронического воспаления (лимфоциты, клетки плоского эпителия, сегментно-ядерные нейтрофилы, элементы цилиндрического эпителия).
- УЗИ околоушной слюнной железы. Диффузное понижение эхогенности паренхимы околоушной железы. Выводной проток расширен, стенки его утолщены, уплотнены.
- Контрастная сиалография околоушной слюнной железы с целью исследования паренхимы железы. Околоушный проток расширен до 3,5 мм, прерывист, определяются протоки I, II порядков не во всех отделах, прерывисты. На фоне непросматриваемой паренхимы железы видно большое количество полостей, заполненных контрастным веществом.

4) Дифференцировать необходимо с лимфаденитом в околоушно-жевательной области, лимфангиомой в околоушно-жевательной области, саркомой нижней челюсти (в области угла и ветви).

5) В период обострения симптоматическая терапия, противовоспалительная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая, физиолечение, мазовые компрессы, инстилляциии лекарственных веществ в околоушный проток; в период ремиссии процесса - физиолечение, общеукрепляющая терапия, введение в проток йодолипола* (профилактическая инстиляция), витаминотерапия (В₁, В₂, С, А), назначение средств, повышающих неспецифическую резистентность организма [(натрия нуклеинат, эхинацеи пурпурной травы сок (иммунал*), азоксимера бромид (полиоксидоний*) и др.], закаливание организма, санация очагов хронической инфекции.

Клиническая задача № 14

1) Обострение хронического паренхиматозного левостороннего паротита .

2) Дополнительные методы исследования.

- Общий анализ крови, мочи. В анализе крови - повышение СОЭ, возможен лейкоцитоз. В моче возможно появление белка.
- Исследование гнойного секрета, выделяемого из протока, на определение микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам с целью назначения необходимых антибиотиков при лечении.
- Цитологическое исследование секрета околоушной железы. На микропрепаратах будут видны элементы хронического воспаления.
- УЗИ околоушной железы. Характерно неоднородное понижение эхогенности, увеличение размеров железы.

- Рентгенологическое исследование околоушно-жевательной области. Возможны патологические изменения костной ткани.
- Контрастная сиалография, ортопантомосиалография околоушных желез с целью исследования паренхимы железы. В паренхиме - кистозные полости с контрастным веществом.

3) Дифференцировать с:

- эпидемическим паротитом;
- лимфаденитом;
- специфическим лимфаденитом;
- остеомиелитом нижней челюсти;
- лимфангиомой;
- кистой;
- саркомой нижней челюсти.

4) Хронический левосторонний паренхиматозный паротит в стадии обострения. В период обострения симптоматическая терапия - противовоспалительная, гипосенсибилизирующая, физиолечение, мазевые компрессы, инстилляци в проток железы лекарственных веществ. В период ремиссии процесса - физиолечение, общеукрепляющая терапия, санация очагов хронической инфекции.

5) При несвоевременном лечении возможны осложнения в виде лимфаденита экстра- и интракапсулярных узлов с абсцедированием, развитие флегмон околоушно-жевательной области, образование слюнных свищей. Полное выздоровление наблюдается крайне редко. Однако на фоне лечения увеличиваются периоды ремиссии заболевания до 15-20 лет.

Клиническая задача № 15

1) При осмотре: отмечается смещение подбородка влево за счет укорочения тела и ветви нижней челюсти слева; тело нижней челюсти справа уплощено, растянуто; контуры левой щеки более округлые; косое расположение ротовой щели (левый угол рта приподнят, правый опущен); ограничение открывания рта. В полости рта: наклон окклюзионной плоскости; сужение и деформация верхнего и нижнего зубных рядов; язычный наклон нижних жевательных зубов; смещение косметического центра влево).

2) Вторичный деформирующий остеоартроз левого ВНЧС. Возможная этиология: родовая травма; острая травма (внутри- и внесуставные переломы мышцелкового отростка); гематогенный остеомиелит мышцелкового отростка нижней челюсти слева в результате сепсиса; остеомиелит височной кости в результате гнойного отита. Патогенез: воспаление костных элементов сустава в результате травмы или остеомиелита, разрушение и гибель костных структур, частичное разрушение головки нижней челюсти, потеря костной ткани мышцелка механической прочности, патологическая перестройка и деформация кости под воздействием чрезмерной нагрузки, травматическая компрессия, погружение головки в подлежащие ткани, увеличение поперечных размеров сочленяющихся поверхностей и прекращение продольного роста, патологическое костеобразование.

3) Рентгенологическое исследование: укорочение ветви и тела нижней челюсти на стороне поражения; сужение и уплощение суставной щели; деформация

мышцелкового отростка; компьютерная томография: патологические костные разрастания в области нижнечелюстной вырезки, мышцелкового отростка, венечного отростка.

4) Вторичный деформирующий остеоартроз левого ВНЧС.

5) Основные стадии реабилитации больного:

- хирургический этап - остеотомия левой ветви нижней челюсти с удалением патологических костных разрастаний со скелетным вытяжением с целью нормализации функции - восстановления движения нижней челюсти;

- после восстановления движения нижней челюсти - санация полости рта;

- ортодонтический этап - удержание нижней челюсти в центральном положении с помощью шин Вебера или Ванкевич. На этом этапе также проводят активное ортодонтическое лечение, направленное на нормализацию размеров и формы зубных рядов; профилактику вторичных деформаций нижней и верхней челюстей;

- следующий хирургический этап - пластика левой ветви нижней челюсти биологическим трансплантатом или эндопротезом;

- следующий ортодонтический этап направлен на возрастную нормализацию положения отдельных зубов, а также размера и формы зубных рядов;

- завершающий хирургический этап в более старшем возрасте по показаниям: компрессионно-дистракционный остеогенез; ортогнатические операции; гениопластика; контурная пластика нижней челюсти.

- Специалисты: челюстно-лицевой хирург, ортодонт, стоматолог, логопед, педиатр, анестезиолог.

Клиническая задача № 16

1) При осмотре: отмечается смещение подбородка вправо и кзади за счет укорочения тела и ветви нижней челюсти справа; тело нижней челюсти слева уплощено, растянуто; контуры правой щеки более округлые; косое расположение ротовой щели (правый угол рта приподнят, левый опущен); профиль выпуклый за счет недоразвития подбородочного отдела нижней челюсти; ограничение открывания рта.

2) Вторичный деформирующий остеоартроз правого ВНЧС. Возможная этиология: родовая травма; острая травма (внутри- и внесуставные переломы мышцелкового отростка); гематогенный остеомиелит мышцелкового отростка нижней челюсти слева в результате сепсиса; остеомиелит височной кости в результате гнойного отита. Патогенез: воспаление костных элементов сустава в результате травмы или остеомиелита, разрушение и гибель костных структур, частичное разрушение головки нижней челюсти, потеря костной ткани мышцелка механической прочности, патологическая перестройка и деформация кости под воздействием чрезмерной нагрузки, травматическая компрессия, погружение головки в подлежащие ткани, увеличение поперечных размеров сочленяющихся поверхностей и прекращение продольного роста, патологическое костеобразование.

3) Рентгенологическое исследование: укорочение ветви и тела нижней челюсти на стороне поражения; сужение и уплощение суставной щели; деформация мышцелкового отростка; компьютерная томография: патологические костные

разрастания в области нижнечелюстной вырезки, мышцелкового отростка, венечного отростка.

4) Вторичный деформирующий остеоартроз правого ВНЧС.

5) Хирургическое лечение: остеотомия правой ветви нижней челюсти с удалением патологических костных разрастаний (со скелетным вытяжением или с одномоментной костной пластикой) с целью нормализации функции - восстановления движения нижней челюсти; ортодонтическое лечение с целью удержания нижней челюсти в правильном положении; нормализации размеров и формы зубных рядов; профилактики вторичных деформаций нижней и верхней челюстей; хирургическое лечение в более старшем возрасте по показаниям: компрессионно-дистракционный остеогенез; ортогнатические операции; гениопластика; контурная пластика нижней челюсти. Специалисты: челюстно-лицевой хирург, ортодонт, стоматолог, логопед, педиатр, анестезиолог.

Клиническая задача № 17

1) Цифре 3 соответствует расположение суставной головки по отношению к суставному бугорку при привычном подвывихе ВНЧС, цифре 4 - расположение суставной головки по отношению к суставному бугорку при полном привычном вывихе ВНЧС.

2) Цифре 1 соответствует положение суставной головки при привычном положении нижней челюсти.

3) Наиболее частой причиной бывает перерастяжение связочного аппарата ВНЧС, возникающее даже при однократной нагрузке на сустав, также нарушение окклюзионных плоскостей, заболевания опорно-двигательного аппарата.

4) Юношеский деформирующий артроз до 14 лет можно диагностировать менее чем в 1% от количества обращающихся детей и подростков. По данным нашей кафедры, юношеский деформирующий артроз чаще можно диагностировать после 18-летнего возраста. Отсутствие болевого синдрома приводит к тому, что дети и подростки обращаются за медицинской помощью уже с возникшими деструктивными изменениями в мышцелковом отростке, что значительно снижает эффективность лечебных мероприятий. К врачу дети обращаются с жалобами на ограниченное открывание рта, чувство скованности в области ВНЧС. Из анамнеза у детей с хроническим артритом можно выявить «щелчки», определяемые длительное (до 2 лет) время. При клиническом осмотре у этой группы выявляется ограничение открывания рта до 2-3 см, движения нижней челюсти теряют плавность и становятся «ступенчатыми», при максимальном опускании нижней челюсти определяется суставной шум в виде «хруста». На томограммах при привычном положении нижней челюсти определяется резкое сужение суставной щели, в задних отделах суставная щель не определяется, компактная пластинка нарушена на большом протяжении, определяется порозность и уплощение суставной головки. На томограммах при максимальном опускании нижней челюсти отмечается резкое ограничение экскурсии суставной головки.

5) Дополнительными методами исследования служат электромиографическое, фонографическое, аксиографическое исследования. На электромиограммах выявляется увеличение амплитуды надподъязычных мышц, что связано с перераспределением силовой нагрузки между двумя группами жевательных мышц - синергистами и антагонистами, и снижение амплитуды жевательных и височных мышц по сравнению с нормой при смыкании зубных рядов в положении центральной

окклюзии, что свидетельствует о снижении силовой активности этих мышц. На фонограммах при хроническом артрите определяются низкоамплитудные колебания с большой длительностью, характеризующие шумовые явления в виде «хруста» при открывании рта. При анализе аксиограмм выявляется уменьшение величины угла суставного пути (27-32°) по сравнению с нормой. Лечебные мероприятия у детей с хроническим артритом необходимо проводить курсами каждые 4-6 мес в течение 2 лет, что предупреждает обострения и переход в юношеский деформирующий артроз. Всем детям назначают щадящую диету, мазовые повязки на область ВНЧС, физиопроцедуры, включающие индуктотермию в сочетании с ультразвуком и парафинотерапию.

Клиническая задача № 18

1) Конфигурация лица не изменена. Открывание рта не ограничено. При осмотре полости рта определяется неполная расщелина твердого и мягкого нёба. Вершина расщелины подковообразной формы, расположена на уровне коронок зубов 5.4, 6.4. Фрагменты мягкого нёба симметричны. Максимальная ширина расщелины на границе твердого и мягкого нёба 10-12 мм.

2) Диагноз: врожденная неполная расщелина твердого и мягкого нёба. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с синдромами, в состав которых может входить расщелина нёба (синдром Пьера Робена, синдром Гольденхара).

3) Причинами данной патологии могли быть экзо- и эндогенные факторы, действующие на организм матери (плода) в I триместре беременности (например, перенесенные ОРВИ, грипп; прием лекарственных препаратов матерью и т.д.).

4) Анатомические нарушения при данной патологии: сама расщелина, укорочение мягкого нёба, расширение среднего отдела глотки. Функциональные нарушения: расстройство функции сосания, глотания, речевой функции (ринолалия).

5) Первый этап: хирургическое лечение - уранопластика. Оптимальный срок ее проведения при данном виде расщелины - 2-3 года. В послеоперационном периоде логотерапия до восстановления нормальной речи. Наблюдение и при необходимости лечение у врач-ортодонта.

Клиническая задача № 19

1) Щелевидный дефект верхней губы, альвеолярного отростка слева, дефект твердого и мягкого нёба; верхняя губа укорочена, растянута по краям расщелины; крылья носа несимметричны: левое крыло растянута, уплощено; перегородка носа укорочена, искривлена; кончик носа расплюсчен.

2) Врожденная полная левосторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба.

3) Анатомические нарушения: расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба, укорочение фрагментов верхней губы, врожденная деформация кожно-хрящевого отдела носа, укорочение мягкого нёба, расширение среднего отдела глотки (ротоглотки). Нарушены функции сосания, жевания, глотания, внешнего дыхания и речи.

4) Лечение:

- первичная хейлоринопластика слева в 6-12 мес (оптимальный срок - 4-6 мес);

- велопластика в 1,5-2 года, уранопластика в 3,5-4,5 года (или радикальная уранопластика в 5-6 лет);
- костная аутопластика расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти слева в 8-9 лет;
- реконструктивная ринохейлопластика в 12-14 лет;
- ортодонтическое лечение с трехлетнего возраста до полной нормализации прикуса;
- логотерапия;
- консультация психолога, по показаниям - психокоррекция.

5) Медико-генетическое консультирование родителей и исключение воздействия неблагоприятных (тератогенных) факторов внешней среды в I триместре беременности.

Клиническая задача № 20

1) Щелевидный дефект верхней губы справа, укорочение фрагментов верхней губы, крылья носа несимметричны: левое крыло растянуто, уплощено; перегородка носа укорочена, искривлена; кончик носа расплюсчен.

2) Врожденная правосторонняя неполная расщелина верхней губы с деформацией кожно-хрящевого отдела носа.

3) Данный врожденный порок развития челюстно-лицевой области сформировался с 3-й до 7-й недели внутриутробного развития (I триместр). Причиной формирования врожденной патологии могут быть либо наследственные факторы, либо неблагоприятное воздействие внешнесредовых (тератогенных) факторов.

4) Анатомические нарушения: расщелина, укорочение верхней губы, деформация кожно-хрящевого отдела носа. Нарушены функции сосания, внешнего дыхания.

5) Лечение:

- первичная хейлоринопластика;
- в послеоперационном периоде - физиотерапевтическое лечение на рубцы верхней губы;
- ЛФК, массаж;
- реконструктивная ринохейлопластика (по показаниям) после 12-13 лет.

Клиническая задача № 21

1) Двусторонний щелевидный дефект верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба, врожденная деформация и уплощение крыльев носа.

2) Врожденная полная двусторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба.

3) Анатомические нарушения: расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба, укорочение фрагментов верхней губы, врожденная деформация кожно-хрящевого отдела носа, мелкий верхний свод преддверия рта или его отсутствие, укорочение мягкого нёба, расширение среднего отдела глотки (ротоглотки). Нарушены функции сосания, глотания, внешнего дыхания и речи.

4) Лечение:

- первичная хейлоринопластика в 4-6 мес;
- велоластика в 1,5-2 года;
- уранопластика (3-5 лет);
- костная аутоластика расщелины альвеолярного отростка (8-9 лет);
- реконструктивная ринохейлоластика (после 12-13 лет);
- ортодонтическое лечение с трехлетнего возраста до полной нормализации прикуса;
- логотерапия с 3-4 лет;
- консультация психолога, по показаниям - психокоррекция.

5) Данный порок развития сформировался в период с 7 по 12 нед внутриутробного развития. Причинами могут быть наследственный фактор или неблагоприятное воздействие факторов внешней среды (тератогенных) в указанный период развития плода.

Клиническая задача № 22

1) Двусторонний щелевидный дефект верхней губы, дефект альвеолярного отростка справа, дефект твердого и мягкого нёба, фрагменты верхней губы укорочены, растянуты по краям расщелины; крылья носа несимметричны: правое крыло более растянуто, уплощено; перегородка носа укорочена, искривлена; кончик носа расплюсчен.

2) Врожденная двусторонняя расщелина верхней губы (полная справа, неполная слева, с деформацией кожно-хрящевого отдела носа), альвеолярного отростка справа, твердого и мягкого нёба.

3) Анатомические нарушения: расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба, укорочение фрагментов верхней губы, врожденная деформация кожно-хрящевого отдела носа, мелкий верхний свод преддверия рта или его отсутствие, укорочение мягкого нёба, расширение среднего отдела глотки (ротоглотки). Нарушены функции сосания, глотания, внешнего дыхания и речи.

4) Лечение:

- хейлоринопластика в 4-6 мес;
- велоластика в 1,5-2 года;
- уранопластика (3-5 лет);
- костная аутоластика расщелины альвеолярного отростка (8-9 лет);
- реконструктивная ринохейлоластика (12-14 лет);
- ортодонтическое лечение с трехлетнего возраста до полной нормализации прикуса;
- логотерапия с 3-4 лет;
- консультация психолога, по показаниям - психокоррекция.

5) Педиатр, стоматолог-хирург, детский стоматолог, челюстно-лицевой хирург, ортодонт, ортопед, логопед, оториноларинголог, медицинский генетик, психолог.

Клиническая задача № 23

1) Щелевидный дефект верхней губы, альвеолярного отростка справа, дефект твердого и мягкого нёба, фрагменты верхней губы укорочены, растянуты по краям расщелины; крылья носа несимметричны: правое крыло растянуто, уплощено; перегородка носа укорочена, искривлена; кончик носа расплюсчен, укорочение мягкого нёба.

2) Врожденная полная правосторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба.

3) Нарушены функции сосания, жевания, глотания, внешнего дыхания и речи, недостаточность нёбно-глоточного затвора.

4) Лечение:

- хейлоринопластика в 4-6 мес;
- велоластика в 1,5-2 года;
- уранопластика (3-5 лет);
- костная аутоластика расщелины альвеолярного отростка (8-9 лет);
- реконструктивная ринохейлоластика (12-14 лет);
- ортодонтическое лечение с трехлетнего возраста до полной нормализации прикуса;
- логотерапия с 3-4 лет;
- консультация психолога, по показаниям - психокоррекция.

5) Медико-генетическое консультирование и исключение воздействия неблагоприятных (тератогенных) факторов внешней среды в I триместре беременности.

Клиническая задача № 24

1) Щелевидный дефект верхней губы и альвеолярного отростка верхней челюсти справа, укорочение фрагментов верхней губы, деформация кожно-хрящевого отдела носа справа: крыло носа растянуто, уплощен и несимметричен кончик носа, искривлена носовая перегородка.

2) Врожденная полная правосторонняя расщелина верхней губы и альвеолярного отростка.

3) Нарушены функции сосания, жевания, внешнего дыхания.

4) Лечение:

- первичная хейлоринопластика в 4-6 мес;
- костная аутоластика расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти справа в 8-9 лет;

- реконструктивная ринохейлопластика в 12-14 лет по показаниям;
- ортодонтическое лечение с трехлетнего возраста до полной нормализации прикуса;
- логотерапия с 3-4 лет;
- консультация психолога, по показаниям - психокоррекция.

5) Медико-генетическое консультирование и исключение воздействия неблагоприятных (тератогенных) факторов внешней среды в I триместре беременности.

Клиническая задача № 25

1) Щелевидный дефект верхней губы и альвеолярного отростка справа. Фрагмент верхней губы справа укорочен, растянута по краям расщелины. Резцовая кость дистопирована, ротирована. Деформация кожно-хрящевого отдела носа: крылья носа несимметричны, правое крыло растянута, уплощено, перегородка носа укорочена, искривлена, кончик носа расплюсчен.

2) Врожденная полная правосторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка.

3) Анатомические нарушения - расщелина, укорочение верхней губы, деформация кожно-хрящевого отдела носа. Функциональные - нарушение функций сосания, жевания, внешнего дыхания.

4) Лечение:

- первичная хейлоринопластика в 6-12 мес (оптимальный срок - 4-6 мес);
- костная аутопластика расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти в 8-9 лет;
- реконструктивная ринохейлопластика (по показаниям) в 12-14 лет;
- ортодонтическое лечение с трехлетнего возраста;
- ЛФК, массаж, курсы физиотерапевтического лечения на послеоперационные рубцы;
- логотерапия с 3 лет.

5) Медико-генетическое консультирование родителей и исключение воздействия неблагоприятных (тератогенных) факторов внешней среды в I триместре беременности.

Клиническая задача № 26

1) При осмотре отмечается: смещение подбородка вправо за счет укорочения тела и ветви нижней челюсти справа; косое расположение ротовой щели (правый угол рта приподнят, левый опущен); различный уровень расположения глазных щелей;

отсутствие ушной раковины (есть только мочка уха), отсутствие наружного слухового прохода.

2) Синдром гемифациальной микросомии, правостороннее поражение; синдром Гольденхара; синдром Франческетти; вторичный деформирующий остеоартроз правого ВНЧС.

3) Анамнез (обнаружено при рождении); осмотр (см. выше); одностороннее поражение (исключает синдром Франческетти); недоразвитие ушной раковины; открывание рта свободное, в полном объеме (исключает вторичный деформирующий остеоартроз); рентгенологическое исследование, компьютерная томография (уменьшение размеров тела и ветви нижней челюсти справа, недоразвитие мышечкового отростка, скуловой кости и верхней челюсти на стороне поражения; широкая суставная щель; отсутствие костных разрастаний).

4) Синдром гемифациальной микросомии, правостороннее поражение: недоразвитие половины нижней челюсти; гипоплазия или аплазия мышечкового отростка; порок развития ВНЧС; движения нижней челюсти свободные; гипоплазия верхней челюсти; гипоплазия скуловой кости; односторонняя макростомия (поперечная расщелина); аномалии развития наружного уха; атрезия наружного слухового прохода; аномалия развития внутреннего уха; микроили анофтальм на стороне поражения.

5) Лечение комплексное, включает: ортодонтическое лечение; и хирургическое лечение: устранение деформаций челюстей с помощью компрессионно-дистракционного остеогенеза; костной пластики; ортогнатической операции в старшем возрасте; пластики ушной раковины.

Клиническая задача № 27

1) Врожденная срединная киста шеи.

2) Срединные кисты развиваются из остатков нередуцированного щитовидно-язычного протока, который образуется у эмбриона в период 3-5 нед внутриутробного развития при развитии задней трети языка и щитовидной железы.

3) Клиническая картина схожа с дермоидной кистой, лимфангиомой. Дифференциальная диагностика на основании пальпации (смещение при глотании вместе с подъязычной костью); УЗИ: полостное образование с жидкостным содержимым; пункции (прозрачная или мутноватая жидкость желтоватого цвета; у дермоидных кист - творожистое содержимое).

4) Врожденная срединная киста шеи.

5) Лечение срединных кист шеи только хирургическое: удаление кисты с резекцией связанного с ней участка подъязычной кости.

Клиническая задача № 28

1) Врожденная боковая киста шеи слева; лимфангиома; кавернозная гемангиома; лимфосаркома; опухоли околоушной слюнной железы.

2) Анамнез (замечены в подростковом возрасте; отсутствие воспаления на фоне ОРВИ); осмотр (характерное расположение); пальпация (отсутствие симптомов зыбления, наполнения, сдавления); УЗИ с доплерографией (полостное образование с однородным содержимым без признаков усиления кровотока); пункция (прозрачная или желтоватая жидкость).

3) Врожденная боковая киста шеи слева.

4) Этиология: боковые кисты шеи развиваются из эпителиальных остатков жаберного аппарата II жаберной щели, III глоточного кармана и зубно-глоточного протока. Эпителиальные остатки в боковых отделах шеи долго сохраняются в латентном состоянии и редко проявляются в раннем детском возрасте. Они начинают расти в старшем возрасте под влиянием каких-либо причин (воспаление, травма), образуя кисты шеи. Топографическая анатомия: располагаются в области верхней трети бокового отдела шеи по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы; верхний полюс кисты посредством сухожильной связки спаян с шиловидным отростком; оболочка кисты прилежит к сосудисто-нервному пучку шеи (может быть интимно спаяна с внутренней яремной веной).

5) Лечение хирургическое: удаление кисты.

Клиническая задача № 29

1) При осмотре: пигментация кожи правой щечной, подглазничной областей, верхней губы и подбородка; увеличение в объеме правой щеки; увеличение высоты верхней губы справа; косое расположение ротовой щели (правый угол рта опущен, левый - приподнят); смещение подбородка влево. В полости рта: увеличение объема альвеолярного отростка верхней челюсти справа; макроденития справа; деформация верхнего зубного ряда; нарушение положения зубов; смещение косметического центра по резцам влево.

2) Нейрофиброматоз; синдром Олбрайта.

3) Сбор анамнеза (из условия); осмотр (см. выше); пальпация (в толще щеки пальпируются уплотнения в виде тяжей или округлых образований); рентгенологический метод (увеличение размеров половины верхней и нижней челюстей без нарушения структуры костной ткани); УЗИ с доплерографией (множественные нейрофибромы в толще образования на фоне выраженной подкожно-жировой клетчатки, обильное кровоснабжение). Для уточнения диагноза проводят инцизионную биопсию образования с последующим морфологическим исследованием. Результаты исследования: костная ткань пластинчатого строения с очагами остеопороза; мягкие ткани - жировая клетчатка с ангиоматозом и отдельными нервными стволиками, окруженными фиброзной тканью.

4) Нейрофиброматоз I типа правой половины лица.

5) Лечение такого больного комплексное. Хирургическое поэтапное - частичное иссечение нейрофиброматоза и ортодонтическое.

Клиническая задача № 30

1) Сосудистое новообразование в области верхней и нижней губ, носогубного треугольника, кожно-хрящевого отдела носа, выступающее над поверхностью кожи, ярко-красной окраски.

2) Предварительный диагноз - сосудистое новообразование (капиллярная гемангиома) указанной локализации.

3) Дифференциальная диагностика должна проводиться с другими сосудистыми новообразованиями челюстно-лицевой области (флебоэктазами, артерио-венозными дисплазиями, ангиодисплазиями).

4) Основные методы дифференциальной диагностики - УЗИ (эхография) с доплерографией, по показаниям - ангиография.

5) Лечение комплексное и поэтапное. Показаны ЭМП СВЧ гипертермия без предварительной ангиографии и эндоваскулярной окклюзии, криодеструкция элементов сосудистого новообразования на слизистой и коже губы и носа, склерозирующая терапия в области кожно-хрящевого отдела носа, хирургическая коррекция.

Клиническая задача № 31

1) Кистозная лимфангиома дна полости рта.

2) УЗИ: на сонограмме - эхогенные признаки жидкостного образования, не связанного с подъязычной слюнной железой, образование занимает подъязычную и подподбородочную области, делясь на два этажа по срединной линии *m. mylohyoideus*.

3) Дифференциальную диагностику следует проводить с ретенционной кистой подъязычной слюнной железы, дермоидной кистой дна полости рта (при пункции образования для дермоидной кисты характерно содержимое из продуктов выделения потовых или сальных желез). На основании жалоб больного (на образование в области дна полости рта), анамнеза (заболевание врожденное, образование увеличивалось с ростом ребенка, не опорожнялось), данных осмотра (есть опухолевидное образование, занимающее всю подъязычную область, дно полости рта куполообразно приподнято, язык занимает вынужденное положение - смещен кверху; припухлость отмечается также и в подподбородочной области), дополнительных методов обследования (при УЗИ - эхогенные признаки жидкостного образования, не связанного с подъязычной слюнной железой, образование занимает подъязычную и подподбородочную области, делясь на два этажа по срединной линии *m. mylohyoideus*) можно поставить клинический диагноз: кистозная лимфангиома дна полости рта. Окончательный диагноз может быть поставлен на основании гистологического исследования послеоперационного материала.

4) В целях профилактики воспаления обязательны санация зубов, носоглотки и других очагов хронической инфекции. При воспалении *лимфангиомы* антибактериальной, противовоспалительной, десенсибилизирующей терапии; физиолечение. Вне воспаления хирургическое лечение - удаление лимфангиомы дна полости рта. В послеоперационном периоде - обязательные занятия с логопедом.

5) Челюстно-лицевой хирург, врач-стоматолог, детский логопед, ларинголог, педиатр, психолог, специалисты для проведения клинко-лабораторных и функциональных исследований.

Клиническая задача № 32

1) Диффузная капиллярно-кавернозная лимфангиома языка. Макроглоссия .

2) Необходимо дифференцировать с гемангиомой языка, папилломатозом, герпетическим стоматитом, истинной макроглоссией при синдроме Видемана-Беквита.

3) УЗИ с доплерографией данного образования. С целью исключения гемангиомы произвести ангиографию.

4) При гемангиоме языка может также отмечаться увеличение высоты нижней трети лица, язык будет также диффузно увеличен в объеме. Для гемангиомы характерны симптомы «сдавливания и наполнения», «наливания». Для папилломатоза характерны первичные элементы папулы, а для лимфангиомы - пузырьки. Для герпетического поражения языка характерны острая форма и период ремиссии. Для синдрома Видемана-Беквита характерны истинная макроглоссия языка, вес ребенка при рождении более 4,0 кг, расхождение прямых мышц живота и пупочные грыжи. На основании жалоб больного (на увеличение языка в размерах, нарушение акта жевания и речи), данных анамнеза (заболевание врожденное, отмечалось периодическое увеличение языка в размерах на фоне ОРВИ), осмотра (язык диффузно увеличен в объеме, по всей его поверхности рассеяны множественные пузырьки с прозрачным содержимым, отдельные пузырьки с кровянистым содержимым) и данных УЗИ с доплерографией (многополостное образование с множеством перегородок; скорость кровотока в образовании не увеличена) можно поставить клинический диагноз: «капиллярно-кавернозная лимфангиома языка». Окончательный диагноз может быть поставлен на основании гистологического исследования послеоперационного материала.

5) План лечения должен включать санацию всех очагов хронической инфекции, при воспалении лимфангиомы - курсы антибактериальной, противовоспалительной, десенсибилизирующей терапии, физиолечения. Вне воспаления - хирургическое лечение (частичное иссечение лимфангиомы по типу плоскостной или поперечной клиновидной резекции языка) с последующим ортодонтическим лечением для удержания языка в правильном анатомическом положении и нормализации прикуса. Обязательными будут также занятия с логопедом. При достижении 16-летнего возраста не исключена ортогнатическая хирургия с целью устранения деформации нижней челюсти. Кроме этого, ребенку требуется психологическая реабилитация.

Клиническая задача № 33

1) Нейрофиброматоз I типа правой половины лица.

2) УЗИ с доплерографией обнаружит эхогенные признаки множественных нейрофибром с ангиоматозом на фоне выраженной подкожно-жировой клетчатки. При рентгенографическом исследовании выявляется нарушение формообразования челюстных костей, в кости есть очаги остеопороза. Для уточнения диагноза проводят инцизионную биопсию образования с последующим морфологическим исследованием. Результаты исследования: костная ткань пластинчатого строения с очагами остеопороза; мягкие ткани - жировая клетчатка с ангиоматозом и отдельными нервными стволиками, окруженными фиброзной тканью.

3) Для лимфангиомы характерны увеличение в размерах при ОРВИ и обострении хронических заболеваний, симптом «зыбления», пузырьковые высыпания на слизистой оболочке полости рта. При лимфангиоме есть деформация кости без нарушения костной структуры. Для гемангиомы характерны симптомы «сдавливания и наполнения», «наливания». Все изменения мягких тканей и костной системы будут только на фоне выраженного ангиоматоза с увеличенными объемом и скоростью кровотока. На основании жалоб больного (нарушение конфигурации лица за счет припухлости его правой половины); анамнеза (заболевание врожденное, отмечалось раннее прорезывание зубов с правой стороны); данных осмотра (опухолевидная припухлость правой половины лица без четких границ, мягко-эластичной

консистенции, при бимануальной пальпации в толще щеки пальпируются плотно-эластичные тяжи; альвеолярные отростки верхней и нижней челюсти справа утолщены, коронки зубов на стороне поражения увеличены; пигментные пятна цвета кофе с молоком); дополнительных методов обследования (при УЗИ с доплерографией - эхогенные признаки множественных нейрофибром с ангиоматозом на фоне выраженной подкожно-жировой клетчатки; при рентгенографическом исследовании - нарушение формы челюстных костей, в кости есть очаги остеопороза; при инцизионной биопсии образования - костная ткань пластинчатого строения с очагами остеопороза, мягкие ткани - жировая клетчатка с ангиоматозом и отдельными нервными стволиками, окруженными фиброзной тканью) можно поставить клинический диагноз: нейрофиброматоз I типа правой половины лица.

4) Лечение такого больного комплексное. Хирургическое поэтапное - частичное иссечение нейрофиброматоза и ортодонтическое.

5) Челюстно-лицевой хирург, врач-стоматолог детский, ортодонт, педиатр, психолог, специалисты для проведения клинико-лабораторных и функциональных исследований.

Клиническая задача № 34

1) Лимфангиома околоушно-жевательной области слева.

2) Гемангиома, нейрофиброматоз, паротит.

3) УЗИ с доплерографией данного образования покажет многополостное образование с множеством перегородок; скорость кровотока в образовании не увеличена. Контрастная сиалография - оттесненная и распластанная околоушная слюнная железа без изменений протоков.

4) Для гемангиомы характерны симптомы «сдавливания и наполнения», «наливания». При УЗИ с доплерографией - порочно развитое кровеносное русло с усиленным кровотоком. При нейрофиброматозе чаще всего поражается половина лица, характерно появление после 4-5 лет пигментных пятен цвета «кофе с молоком», отмечается поражение и костной ткани (при рентгенографии костей лицевого скелета выявляется нарушение формообразования челюстных костей, в кости есть очаги остеопороза). Для паротитов характерно, что периоды увеличения слюнной железы сопровождаются болями, которые усиливаются перед или во время приема пищи. Пальпация железы болезненная. Из протока левой околоушной слюнной железы секрет выделяться не будет, а если будет, то скудный, с примесью гноя или хлопьями. При контрастной сиалографии при калькулезном паротите в месте расположения камня проток «разорван», остальные отделы расширены; при паренхиматозном паротите основной проток расширен, протоки первого и второго порядков неравномерно расширены и прерывисты, вместо протоков третьего-четвертого порядков - полости размером до 3-4 мм. На основании жалоб больного (на опухолевидное образование в левой околоушно-жевательной области), анамнеза (заболевание врожденное, с ростом ребенка отмечалось постепенное увеличение образования на фоне ОРВИ, травмы, обострения хронического тонзиллита с появлением плотного инфильтрата в этой области, гиперемией кожных покровов над ним), данных внешнего осмотра (опухолевидное образование без четких границ, тестоватой консистенции, безболезненное, кожа над образованием истончена, определяется симптом «зыбления»), дополнительных методов обследования (УЗИ с доплерографией - многополостное образование с множеством перегородок,

скорость кровотока в образовании не увеличена) можно поставить клинический диагноз: «лимфангиома околоушно-жевательной области слева». Окончательный диагноз может быть поставлен на основании гистологического исследования послеоперационного материала.

5) План лечения должен включать санацию всех очагов хронической инфекции, при воспалении лимфангиомы - курсы антибактериальной, противовоспалительной, десенсибилизирующей терапии, физиолечения. Лечение данного заболевания хирургическое (вне воспаления) - удаление лимфангиомы околоушно-жевательной области слева.

Клиническая задача № 35

1) Ортопантомограмма: отмечается очаг деструкции костной ткани в области угла, тела и ветви нижней челюсти справа, с четкими границами, неоднородной структуры - есть участки, схожие по плотности с эмалью зуба, и участки, схожие по плотности с дентином зуба; есть связь с ретинированным зубом 4.7; отсутствие зачатка зуба 4.8; целостность кортикальной пластинки нижнего края нижней челюсти не нарушена.

2) На задержку прорезывания зуба 4.7; на выбухание в области нижней челюсти справа.

3) Новообразование нижней челюсти справа (одонтома - составная или сложная; цементома; остеома); киста нижней челюсти. Сбор анамнеза; пальпация; рентгенологическое исследование в других проекциях, компьютерная томография; цитологическое исследование; патогистологическое исследование.

4) Патогистологическое исследование операционного материала.

5) Лечение хирургическое: удаление новообразования в пределах здоровых тканей.

Клиническая задача № 36

1) На представленной рентгенограмме (ортопантомограмме) определяется очаг деструкции костной ткани с четкими полициклическими контурами от зуба 3.6 до 4.4. Структура очага неоднородная: определяются множественные кистовидные очаги просветления (образование с ячеистой структурой). В полости образования проецируются корни зубов от 4.4 до 3.6, положение которых изменено. Лизиса корней зубов не отмечается. Кортикальная пластинка по нижнему краю челюсти резко истончена, на вестибулярной поверхности местами отсутствует.

2) Новообразование нижней челюсти (гигантоклеточная опухоль?) соответственно зубам 4.4-3.6.

3) В качестве дополнительных методов исследования необходимо провести компьютерную томографию для точного определения распространения опухолевого процесса. Цитологическое исследование с целью верификации диагноза. При проведении цитологического исследования для гигантоклеточной опухоли характерно: на фоне элементов периферической крови клетки типа остеобластов и остеокластов. Метод исследования, позволяющий поставить окончательный диагноз, - морфологическое исследование биопсийного материала.

4) Дифференциальную диагностику необходимо проводить с амелобластомой, кератокистозной одонтогенной опухолью, фибромой.

5) Лечение данной патологии хирургическое - удаление образования в пределах здоровых тканей с резекцией нижней челюсти без сохранения непрерывности с одномоментной костной пластикой дефекта аутоотрансплантатом. Послеоперационный материал направляется на морфологическое исследование с целью постановки окончательного диагноза. В последующем больной нуждается в заместительном протезировании. Больной должен находиться на диспансерном учете с целью раннего выявления возможного рецидива (на первом году после операции осмотра один раз в 3 мес, на втором и третьем годах после операции - один раз в 6 мес, далее один раз в год в течение 3 лет).

Клиническая задача № 37

1) Фиброзная дисплазия (херувизм).

2) На рентгенограмме (ортопантограмме) определяется симметричное поражение правой и левой половин нижней челюсти в виде множественных кистовидных очагов просветления различного размера и формы. Они занимают область тела, угла и ветвей нижней челюсти. Кость вздута, кортикальная пластинка истончена, но нигде не прерывается. Кистоподобные очаги чередуются с грубыми бесформенными участками повышенной плотности. Отмечается нарушение зубообразования (нет зачатков зубов 3.5, 3.7, 4.7).

3) При сборе анамнеза выявляется семейно-наследственный характер заболевания (и отмечается одинаково часто как по линии матери, так и по линии отца). Поражение может встречаться в одном или нескольких поколениях.

4) Фиброзная дисплазия (херувизм). Диагноз поставлен на основании:

- анамнеза заболевания - медленное увеличение деформации по мере роста ребенка;

- данных клинического и рентгенологического обследований. Основание для постановки окончательного диагноза - морфологическое исследование биопсийного материала.

5) Для херувизма характерно циклическое течение: период наиболее интенсивного роста патологических очагов приходится на возраст 5-7 лет, прогрессирование заболевания до 9-12 лет. С наступлением половой зрелости процесс стабилизируется и отмечается тенденция к интенсивному костеобразованию в патологических очагах. К 30 годам основные проявления заболевания исчезают. Усиление роста патологических очагов может отмечаться после травмы. Клинически: с возрастом патологические очаги меняют свою консистенцию от эластичной до плотной. На рентгенограмме: количество ячеек уменьшается, границы их становятся менее четкими, усиливается плотность патологических очагов. Необходимо наблюдение. Хирургическое лечение применяется в случае усиленного роста патологической ткани, нарушения функции нижней челюсти или по социальным показаниям - косметически. Ортодонтическое лечение не всегда бывает эффективным.

Клиническая задача № 38

1) При осмотре полости рта отмечается увеличение в объеме альвеолярного отростка верхней челюсти соответственно зубам 2.5-2.8. Коронки зубов 2.6, 2.7

смещены вестибулярно. Зубы 2.6, 2.7 интактны. На слизистой оболочке в ретромолярной области отпечатки зубов антагонистов, слизистая оболочка гиперемирована, на ней имеются мелкие плотные частицы, легко отделяющиеся от подлежащих тканей.

2) Ортопантограмма. На ортопантограмме определяется образование, занимающее левую половину верхней челюсти, выполняющее весь объем левого верхнечелюстного синуса. Нижняя стенка глазницы оттеснена вверх. Образование оттесняет наружную стенку левого носового хода к перегородке носа. У патологического очага четкие контуры и неоднородная структура: отмечается чередование участков повышенной (приближаются по плотности к эмали зуба) и пониженной (приближаются по плотности к цементу зуба) плотности. Образование связано с корнями прилежащих к нему зубов.

3) Учитывая клинико-рентгенологическую картину, можно предположить у больного цементому верхней челюсти. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с одонтомой верхней челюсти.

4) Больному должно быть проведено хирургическое лечение - удаление новообразования с частичной резекцией верхней челюсти. В ранние сроки после операции (через 2 нед) больному должно быть проведено рациональное протезирование съемным пластиночным протезом. После операции больной нуждается в диспансерном наблюдении с обязательным рентгенологическим контролем и консультацией ортодонта.

5) Ведущий метод исследования в постановке окончательного диагноза у данного больного - морфологическое исследование операционного материала.

Клиническая задача № 39

1) Дермоидная (эпидермоидная ?) киста дна рта слева.

2) Ретенционная киста подъязычной слюнной железы, лимфангиома дна рта.

3) УЗИ: в области дна рта определяется кистозное образование, стенка кисты плотная, содержимое однородное, без включений, образование связано с подъязычной костью, смещается при акте глотания, со слюнными железами не связано. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Пункция с цитологическим исследованием пунктата - при пункции будет получено вязкое содержимое, крошковатое, желтого цвета. При цитологическом исследовании пунктата - жировые клетки, кристаллы холестерина.

4) Дермоидная киста дна рта слева. В пользу этого говорят: данные анамнеза - при давности полгода образование не исчезало и в размерах не менялось (не уменьшалось - уменьшение размеров или исчезновение характерно для ретенционной кисты слюнной железы), при ОРВИ не увеличивалось (увеличение характерно для лимфангиомы), объективные данные - образование желтоватого цвета (ретенционная киста синюшного цвета, лимфангиома тоже, но если воспаляется, то становится багрового цвета), образование не переходит за уздечку языка (если переходит - это характерно для лимфангиомы), плотно-эластичной консистенции, данные дополнительных методов обследования - по УЗИ образование связано с подъязычной костью (характерно для дермоидных кист), однородное; по данным цитологии - содержимое кисты без включения волос (характерно для эпидермоидных кист).

5) Плановая госпитализация в стационар для клинического обследования и хирургического лечения - удаления дермоидной кисты с резекцией подъязычной кости с последующим гистологическим исследованием полученного послеоперационного материала.

Клиническая задача № 40

- 1) Ретенционная киста подъязычной слюнной железы справа.
- 2) Лимфангиома дна рта, дермоидная (эпидермоидная) киста дна рта.
- 3) УЗИ дна рта: в области дна рта определяется гипоэхогенное образование с четкими контурами, с однородным содержимым, связанное с подъязычной слюнной железой, при пальпации смещается и уменьшается в размерах, подъязычная слюнная железа не изменена, лимфоузлы не изменены. Пункция с цитологическим исследованием пунктата - получим вязкую желтоватую жидкость, напоминающую белок куриного яйца. При цитологическом исследовании определяется значительное содержание белка с включением кристаллов холестерина.

4) Ретенционная киста подъязычной слюнной железы справа. В пользу данного диагноза говорит следующее: за время наблюдения заболевания (2 мес) образование один раз исчезало - опорожнялось, что характерно для ретенционных кист, нет связи с простудными заболеваниями (выяснить из анамнеза - а для лимфангиомы характерно воспаление при ОРЗ, ОРВИ), при осмотре обнаружилось образование синюшного цвета без признаков воспаления, что характерно для ретенционной кисты. Слизистая не изменена, а только растянута. Образование не переходит за уздечку языка на другую сторону дна рта (характерно для ретенционной кисты). Безболезненное, легко сдавливается, из вартонова протока с этой стороны может наблюдаться задержка слюны (при осмотре и пальпации). В пользу этого диагноза говорят также данные дополнительных методов исследования.

5) Лечение только хирургическое. После планового клинико-лабораторного обследования госпитализация в стационар на оперативное лечение - цистаденэктомия с гистологическим исследованием полученного материала.

Клиническая задача № 41

- 1) Фиброма слизистой оболочки верхней губы.
- 2) Травматическая.
- 3) Фиброма; папиллома; эпулис; ретенционная киста. В пользу фибромы говорят: анамнез (появление через два года после начала ортодонтического лечения); осмотр (нельзя исключить хроническую травму ортодонтической дугой; локализация - слизистая оболочка верхней губы, образование на широком основании, покрыто неизменной слизистой оболочкой; консистенция плотно-эластическая, не кровоточит самопроизвольно и при дотрагивании); гистологическое исследование позволяет поставить окончательный диагноз.
- 4) Фиброма слизистой оболочки верхней губы.
- 5) Хирургическое - удаление новообразования.

Клиническая задача № 42

- 1) Фиброма слизистой оболочки левой щеки.

2) Травматическая.

3) Фиброма; папиллома; эпulis; ретенционная киста. В пользу фибромы говорят: анамнез (появление после неоднократного прикусывания щеки); осмотр (локализация - слизистая оболочка левой щеки, образование на широком основании, покрыто неизменной слизистой оболочкой; консистенция плотная, не кровоточит самопроизвольно и при дотрагивании); гистологическое исследование позволяет поставить окончательный диагноз.

4) Фиброма слизистой оболочки левой щеки.

5) Хирургическое - удаление новообразования. Ортодонтическое - устранение травматической окклюзии.

Клиническая задача № 43

1) При осмотре полости рта отсутствие зуба 1.1 в зубном ряду. Определяется утолщение альвеолярного отростка фронтального отдела верхней челюсти справа. При пальпации поверхность деформированного участка альвеолярного отростка плотная, гладкая, безболезненная. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, чистая. Отмечается мезиальный наклон коронки зуба 1.2.

2) Контактная внутриротовая рентгенограмма. На рентгенограмме в толще альвеолярного отростка определяется зуб 1.1. Корень зуба 1.1 не сформирован. В проекции коронки зуба 1.1 определяется тень, напоминающая по форме и структуре зачаток зуба.

3) Предварительный диагноз: Сверхкомплектный зуб во фронтальном отделе верхней челюсти справа. Ретенция зуба 1.1.

4) В качестве дополнительного метода исследования можно использовать объемную денальную томографию с целью окончательной постановки диагноза и планирования хирургического лечения.

5) План лечения: учитывая возраст ребенка, локализацию сверхкомплектного зуба, степень формирования корня зуба 1.1, показано удаление сверхкомплектного зуба, обнажение режущего края коронки зуба 1.1. Ортодонтическое лечение, направленное на создание места для прорезывания зуба 1.1.