

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы		044-45/
Дәріс кешені		1 беттің 1 беті

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пән: Жақ-бет аймағының қабыну аурулары мен жарақаттары

Пән коды: ZhBAKAZh 4301

БББ атауы: 6B10103

«Стоматология»

Оқу сағаттарының/кредиттердің көлемі :5

Оқытылатын курс пен семестр :4 курс/VII

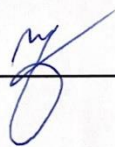
Дәріс көлемі: 15 сағат

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA — 1979 —	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы			044-45/
Дәріс кешені			1 беттің 2 беті

Дәріс кешені «Жақ-бет аймағының қабыну аурулары мен жарақаттары» пәннің сиплабусына сәйкес әзірленген және кафедра мәжілісінде талқыланды.

Хаттама № 11 « 06 » 06 202 3 ж

Кафедра меңгерушісі м.ғ.д.,м.а. доцент



А.Б.Шукпаров

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 3 беті

№1 дәріс

1.Тақырыбы: Хирургиялық стоматология пәні және мазмұны. Хирургиялық стоматологиялық көмекті ұйымдастыру. Отандық жақ-бет хирургиясының даму тарихы. Жақ-бет хирургиясының деонтология және медициналық этика принциптері. Хирургиялық тәжірибеде пациентті тексеріп қарау принциптері. Стоматологиядағы заманауи цифрлық диагностикалық технологиялар.

2.Мақсаты: Қазақстан Республикасында жақ-бет хирургиясының даму тарихы. Жақ-бет хирургиясының деонтология және медициналық этика принциптері. Хирургиялық тәжірибеде пациентті тексеріп қарау принциптері. Стоматологиядағы заманауи цифрлық диагностикалық технологиялар.

3.Дәріс тезистері: Жақ-бет хирургиясы - кешенді емдеу қажет ететін ауыз қуысы мүшелерінің, бет пен мойынның, жақ бет сүйектерінің аурулары мен зақымдануларын зерттейтін дербес клиникалық пәндердің бірі. Мұндай емдеудің негізгі әдістері - операциялық араласулар. Жақ-бет хирургиясы бет пен мойынның қатты және жұмсақ тіндерінің қабыну ауруларын емдеуге, жарақаттардың салдарын жоюға, жақтың, бастың, ауыз қуысының және басқа да салалардың пайда болған және туа біткен ақауларын, қатерлі ісіктерін жоюға арналған бағыт болып табылады. Бұл саладағы емдеумен қатар оңалту шараларының маңызы кем емес.

Соңғы жылдары цифрлық стоматология ортопедияда ғана емес, хирургия мен ортодонтияда да белсенді қолданылады. Хирургтер имплантацияны жоспарлай отырып компьютерлік томограмманы және жақтардың 3D-сканерлеу нәтижелерін біріктіреді. Жұмыс кеңістігін нақты визуализациялау және міндетті түсіну жедел араласу көлемі мен уақытын қысқартады

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

- 1.Жақ бет хирургиясы пәні
2. Хирургиялық стоматологиялық көмекті ұйымдастыру
3. Жақ-бет хирургиясының деонтология және медициналық этика принциптері.
4. Хирургиялық тәжірибеде пациентті тексеріп қарау принциптері

№ 2 дәріс

1.Тақырыбы: Жақ-бет аймағының жедел іріңді одонтогенді қабыну үрдістері.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 4 беті

Периодонтит. Жедел серозды периостит. Жедел іріңді периостит. Созылмалы периостит.. Стоматологиядағы заманауи цифрлық диагностикалық технологиялар.

2.Мақсаты: Жақ-бет аймағының жедел іріңді одонтогенді қабыну ауруларының жіктелуі, патогенезі, диагностикалық әдістері, емдеу шараларымен таныстыру.

3.Дәріс тезистері: Одонтогенді инфекция - тіс айналасындағы тіндердің қабынуы салдарынан пайда болатын кез келген екінші инфекциялық процесс. Одонтогенді периостит, остеомиелит, синусит, бас және мойын флегмоналары, лимфаденит және т.б. сияқты нозологияларды қамтиды. Жалпы (интоксикация, қызба) және жергілікті симптоматика (ауырсыну, зақымданған жердің ісінуі, іріңді бөліну, шайнаудың және жұтудың қиындығы) байқалады. Патология стоматологиялық тексеру, рентгенологиялық деректер, УДЗ, КТ, микробиологиялық егістер негізінде диагностикаланады. Емдеу - ауыз қуысын санациялау, антибиотикотерапия, дезинтоксикация, іріңді ошақтарды ашу және дренаждау.

Периодонтит - бұл альвеолада тісті ұстап тұратын байламдардың тұтастығының бұзылуымен, тісті қоршаған сүйектің кортикалдық пластинкасының және аз мөлшерден бастап үлкен мөлшердегі кисталардың пайда болуына дейінгі сүйек тінінің резорбциясымен сипатталатын периодонттың қабынуы. Этиологиясы бойынша периодонтиттердің мынадай түрлерін ажыратады: Инфекциялық. Травматикалық. Дәрі-дәрмектік. Ятрогенді. Бұл жіктелім Ресейде қолданыста, шетелдік жіктелімде айырмашылықтар бар. Жіті серозды периостит периодонт аурулары кезінде перифокалдық қабыну құбылысы ретінде қарастырылады.

3-5 жастағы балаларда тіс ұлпасының жіті қабынуы кезінде периостит орын алу мүмкін. Баладағы пульпит кезіндегі жіті периостит инфекцияның вируленттілігіне және балалар ағзасының әлсіз қарсылығына байланысты қабыну процесінің жоғары белсенділігін көрсететін қауіпті симптом болып табылады. Тістің қалыптасуы, тіс алмасуы және жақ сүйектерінің өсуі кезінде тіс ұлпасының қан-лимфа айналымдары белсенді болуы тіс ұлпасынан немесе периодонттан сүйек тініне және периостқа қабыну процесінің таралуына ықпал етеді. Өсетін сүйектердің периосты физиологиялық қоздыру күйінде болады және кез келген тітіркенуге оңай әсер етеді. Аурудың бастапқы сатысында периосттың жіті серозды қабынуы дамиды. Бұл ретте морфологиялық

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 5 беті

тұрғыдан қан тамырларының гиперемиясы, ісіну және периосттың жасушалық инфильтрациясы байқалады, ол қалыңдайды, қопсымайды, оның талшықтары серозды шығарумен бөлінеді. Үдерістің одан әрі дамуы кезінде серозды қабыну іріңге айналады. Клиника. Жіті серозды периостит периосттың қалыңдауынан, оның себепті тіс аумағына пальпациясы кезінде айқын ауырсынуынан көрінеді. Қабыну ошағы аймағындағы ауыз қуысының шырышты қабығы ашық гиперемацияланған және ісінген. Қабыну ісігі жанасып жатқан ауыз қуысы мен беттің жұмсақ тіндеріне тарайды. Өңірлік лимфа түйіндерінде лимфаденит дамиды.

Емдеу. Негізгі ауруды (пульпит немесе периодонтитті) емдеу, қабынуға қарсы терапия.

Жедел іріңді периостит

Бастапқы кезде қызыл иек домбығу әсерінен ісініп, сүйектің сыртқы қабығы мен шырышты қабықтың инфильтрациясы байқалады. Іріңді экссудат сүйек пен оның сыртқы қабығының астына жиналады. Экссудаттың мөлшері كوبейген сайын, сүйектің сыртқы қабығы кортикальды пластинкадан ажырайды. Микроскопиялық өзгерістер — іріңді инфильтрация, ал оның шет жақтарында — жаңа сүйек затының пайда болуы байқалады.

Жақ сүйегінің кортикальды пластинкасының іріңді ошаққа жақын орналасқан және сүйектің сыртқы қабығынан ажыраған тұсында қабыну және дистрофиялық өзгерістер болады. Сүйектің резорбациясы гаверс, фолькман түтікшелерінің кеңуіне және жақ сүйегінің кортикальды бөлігінің остеопорозына әкеп соғады. Қабыну неғұрлым белсенді болса, деструктивті процестер соғұрлым айқын көрінеді және керісінше, ауру неғұрлым тыныш өтетін болса, пролиферативті процестер соншалықты бірінші орынға шығады.

Клиникасы. Жақтың жіті іріңді периоститінің клиникалық көрінісі әртүрлі болуы мүмкін және этиологиялық, патогенетикалық факторларға, қабыну процесінің орналасуы мен ұзақтығына байланысты болады.

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1. Периодонтит.Жіктелуі
2. Жедел серозды периостит
3. Жедел іріңді периостит

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 6 беті

№ 3 дәріс

1.Тақырыбы: Жақ-бет аймағының фурункулдары мен карбункулдары. Абсцесс.

2.Мақсаты: Жақ-бет аймағының іріңді-ісікті ауруларымен таныстыру. Фурункул. Карбункул. Абсцесс.

3.Дәріс тезистері: Жақ сүйек-бет аумағындағы жіті одонтогенді емес қабыну ауруларының арасында фурункулдар мен карбункулдар жетекші орындардың бірін алады. Олар өмірге қауіпті – қабыну үдерістері ретінде белгілі. Сондай-ақ Н.И.Пирогов (1853) және Ф.Тренделенбург (1888) бұл ауруларды ағымының ауырлығына байланысты «қатерлі» және «қатерсіз» деп бөлді, айтпақшы, бұл қазіргі уақытта да өзекті.

Фурункул - патогенді микроорганизмдердің, көбінесе стафилококктардың енгізілуіне байланысты түк фолликулының және қоршаған тіннің жіті іріңді-некротикалық қабынуы. **Карбункул** - қоршаған теріге және тері асты клетчаткасына тарайтын, қатар орналасқан бірнеше түк фолликулдары – май бездерінің жіті іріңді-некротикалық қабынуы. Фурункулдар мен карбункулдардың қоздырғышы ретінде көбінесе стафилококк монокультурасы болады. Тексерілгендердің 96-98% -ында стафилококк (88-90% - алтын түстес, 6-10% - эпидермальді) анықталған. 2-4% жағдайда стафилококк және стрептококк қауымдастықтары анықталған (Лихицкий А.М., 1995). Осылайша, патологиялық ошақтағы тексерілгендердің барлығынан аэробты микроорганизмдер анықталған. Алтын түстес стафилококкта (науқастардың 80% -дан астамы) гентамицин мен карбенициллинге жоғары сезімталдық, ал эпидермалдық стафилококка - метициллинге, карбенициллинге, гентамицинге және неомицинге байқалды. Бұл деректер Т.К. Супиевтің (1972), Р.С. Стародубцеваның және т.б. зерттеулерімен үйлеседі. (1983), қоздырғыштардың басым көпшілігі (95,4%) монодақылдар түріндегі патогенді стафилококктар, ал 4,6% - стафилококк және басқа да микроорганизмдер ассоциациялары болып табылады.

Жақ маңындағы абсцесс - беттің жақ-бет аймағының тіндерінде қабыну іріңді ошағының пайда болуы. Қабыну ошағының үстіндегі терінің жергілікті ісінуі, қызаруы және флюктуациясы, беттің асимметриясы, жұтудың қиындығы мен ауырсынуы, интоксикация белгілері байқалады. Көз астындағы және маңайындағы аумақты,

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы	044-45/
Дәріс кешені	1 беттің 7 беті

мойынды қоса дамитын жайылған қабыну-флегмонаға ұласу мүмкін. Емдеу хирургиялық - абсцесс қуысын ашу және дренаждау.

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

- 1.Фурункул деген не?
2. Карбункул деген не?
3. Фурункул және карбункулдың айырмашылығы.
4. Абсцесстің сипаттамасы.

№ 4 дәріс

1.Тақырыбы: Одонтогенді гайморит. Жақ-бет синусының перфорациясы және жыланкөздері. Диагностика және емдеу принциптері.

2.Мақсаты: Одонтогенді гайморит туралы мәлімет беру. Жақ-бет синусының перфорациясы және жыланкөздері, диагностика және емдеу шараларымен таныстыру.

3.Дәріс тезистері: Одонтогенді гайморит - бұл жоғарғы жақтың ішіндегі инфекцияның бастапқы ошағынан патологиялық процестің таралуынан туындаған жоғарғы жақ синусының шырышты қабығының қабынуы. Аурудың негізгі белгілері - бастың ауыруы, мұрыннан іріңді немесе серозды сипаттағы бөліну, жас ағу, улану синдромы кезінде күшейе түсетін айқын байқалатын бас ауруы. Диагностика анамнестикалық деректерді жинауға, жалпы қарауға, риноскопияға, синус пункциясына және сәулелік визуализация әдістеріне негізделеді. Емдеу антибиотиктік терапияны, антисептиктермен жууды, қуыс қуысын және алғашқы ошақты хирургиялық санациялауды қамтиды. Қуыс түбінің перфорациясы - тіс жұлынғаннан кейін жіті пайда болатын ауыз қуысымен гаймор қуысының тұрақсыз қатынасы.

Гаймор қуысының жыланкөзі - гаймор қуысының ішінен эпителиймен төселген ауыз қуысымен тұрақты қатынасы, әдетте қуыс түбінің тесілуінің салдары болып табылады. Гаймор қуысының тесілуі мен жыланкөзінің пайда болу себептері

1. Гаймор қуысы түбінің тіс түбірімен анатомиялық-топографиялық арақатынасы
2. Тісті күрделі қиындықпен жұлу.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 8 беті

3. Қуыс түбінің бұзылуына әкелетін тіс түбірінің жоғарғы жағындағы ұзақ қабыну процесі.

Гаймор қуысы жыланкөзінің пайда болу себептері:

1. Перфорацияны уақтылы диагностикаламау.
2. Перфорация пайда болған кезде қуыста қабыну процесінің болуы. Гаймор қуысының перфорациясы мен жыланкөздерінің клиникасы және диагностикасы.

Гаймор қуысының тесілуі және жыланкөзі кезінде науқастар әдетте алдыңғы $\neg$ мұрын қуысына сұйықтықтың түсуіне шағым жасайды. Диагностика үшін $\neg$ мұрын-ауыз және ауыз-мұрын сынамаларын пайдаланады. Мұрын-ауыз сынамасын жүргізген кезде $\neg$ ауруын жабық мұрын арқылы дем шығаруды сұрайды. Бұл ретте алынған тістің қуысынан көбікті қан пайда болады. Ауыз-мұрын сынамасын жүргізген кезде науқастың ұртын үрлеген кезде ұлғаяды, егер гаймор $\neg$ қуыс түбінің тесілуі болса, бұл мүмкін емес. Перфорация пайда болған кезде мұрынның тиісті жартысынан қан пайда болуы мүмкін.

Перфорация кезінде ауыз қуысын қарау кезінде шұңқырдың қан ұйындысымен толтырылмағаны анықталады. Егер тесік болса, проекция бойынша

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

- 1.Одонтогенді гайморит клиникасы
2. жоғарғы жақ қуысының перфорациясы диагностикасы және емі
3. Одонтогенді гайморит диагностикасы және емі.
4. Жақ-бет синусының перфорациясы және жыланкөздерінің пайда болу себептері.

№ 5 дәріс

1.Тақырыбы: Жақ-бет аймағының абсцестері мен флегмоналары. Жіктелуі. Диагностика және емдеу принциптері

2.Мақсаты: Жақ-бет аймағының абсцестері мен флегмоналарының диагностикасы және емдеу шараларымен таныстыру.

3.Дәріс тезистері: Абсцесс — бұл тері немесе теріасты май қабатының шектелген іріңді қабынуы.

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 9 беті

Абсцестің жергілікті белгілері: анық шектелген, ауыратын тығыз инфильтрат (ісік), оның бетіндегі тері қабаты не шырышты қабық керілген, қан кернеп қызарған, аздап жылтырайды. Инфильтраттың ортасы босап және флюктуация (сұйық заттың толқынды қозғалысы) байқалады. Қабынудың жалпы белгілері, абсцестің орналасқан жері мен мөлшеріне байланысты болады. Сонымен қатар дене қызуы, бас ауруы, қалтырауы, лейкоцитоздың болуы және ЭТЖ өсуі мүмкін.

Флегмона — теріасты, бұлшықеттер және фасциялар арасындағы (шелдің) клетчаткалардың жайылмалы іріңдеп қабынуы.

Бұл жағдайда ауыратын (тығыз), анық шектелмеген, домбыққан тіндер ішінде орналасқан инфильтрат байқалады.

Беткей орналасқан флегмоналарда, ауру басталысымен ауыратын тығыз инфильтраттың тері қабаты мен шырышты қабығы қан кернеп қызарып, тіндер домбығады. Терісі „жылтырап" керілген, бет шұңқырлары тегістелген, терісі қатпарға жиырылмайды. Тереңдеу орналасқан флегмоналарда, бастапқыда тері қабатында өзгеріс аз болады. Тек коллатеральды домбығу мен ауыратын тығыз инфильтрат байқалады. 2—3 күн өткен соң тіндердің іріңді іруінен инфильтраттың тығыздығы төмендейді де, ортасында флюктуация пайда болады, терісі қызарып, кейде көкшіл тартып тұруы мүмкін. Аумақтық лимфа түйіндері үлкейіп, қолмен басқанда ауырады. Сондықтан мұндай абсцесстер мен флегмондар одонтогенді деп аталады. Егер абсцесстер мен флегмоналар одонтогенді остеомиелитпен бірге жүрсе және оның ағымын қиындатса, онда оларды остеогенді немесе остеофлегмоналар деп атайды. Беттің зақымданған терісін немесе ауыз қуысының шырышты қабатын жұқтыру нәтижесінде сондай-ақ фурункулез, сиаденит, ойық жара стоматиті және басқалары сияқты аурулардың асқынуларынан пайда болатын абсцесстер мен флегмоналар.

I. Жоғарғы жақ сүйегі маңында орналасатын абсцесстер мен флегмоналар.

1. Көзасты аймағының ("айбат" шұңқыры).
2. Шықшыт аймағы.
3. Көз ұясы аймағы.
4. Самай аймағы.
5. Самайасты қанатша-таңдай шұңқыры.
6. Қатты және жұмсақ таңдай.

II. Төменгі жақ сүйегі маңында орналасатын абсцесстер мен флегмоналар.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 10 беті

1. Иекасты аймағы.
 2. Ұрт аймағы.
 3. Жақасты үшбұрыштығы.
 4. Жақ-қанатша кеңістігі.
 5. Жұтқыншақ маңы кеңістігі.
 6. Меншікті шайнау еті астының кеңістігі.
 7. Меншікті шайнау еті-құлақмаңы аймағы және жақарты шұңқыры.
- III. Ауыз қуысы түбі абсцестері мен флегмоналары.
1. Ауыз қуысы түбінің жоғарғы бөлімінің абсцестері мен флегмоналары (аша сүйек-жақ-тіласты бұлшықетінен жоғары)
 2. Жақ сүйек-тіл абсцесі.
 3. Ауыз қуысының төменгі бөлімінің абсцестері мен флегмоналары (аша сүйек-жақ-тіласты бұлшықетінен төмен).
- IV. Тілдің абсцестері мен флегмоналары:
1. Меншікті тіл абсцесі.
 2. Тіл түбірі флегмонасы. Жақ сүйек-бет аумағындағы абсцесстер мен флегмондар іріңді-резорбтивті қызба белгілерімен, сондай-ақ жергілікті өзгерістермен, көбінесе іріңді қабыну ошағының орналасуымен айқындалады. Ауру жиі кенеттен басталады. Қабыну құбылыстары тез өседі. Организмнің улануы нәтижесінде бас ауруы пайда болады, ұйқы, тәбет бұзылады, дене қызуы көтеріледі. Ауыр жағдайларда қалтырау пайда болады, жалпы жай-күйі күрт нашарлайды. Шеткі қанда лейкоцитоз, нейтрофилез анықталады. Қан сарысуында С-реактивті ақуыз анықталады. Дамушы флегмонаға үстінен гиперемияленген терімен немесе шырышты қабықшамен жабылған диффузды ауру инфильтраты тән. Қабыну процесінің одан әрі дамуына қарай инфильтрат ұлғаяды, оның орталық бөлімдерінде тіндердің еруі - флюктуация пайда болады. Іріңдердің терең орналасуы кезінде бұл жергілікті белгілер. Диагностика анамнез және объективті зерттеу деректеріне негізделеді. Іріңді ошақтардың үстіңгі бетінде орналасуы соңғы қиындықтарды тудырмайды, ал терең іріңдерді тану жиі диагностикалық пункция жүргізуді талап етеді. Жақ сүйек-бет аумағының абсцесстері мен флегмондарын аурудың бастапқы сатысында беттің фурункулымен және карбункулымен саралау қажет; қызамық қабынуы; құлақ маңы және жақ асты сілекей бездерінің жіті қабынуы; мойынның іріңделген ортаңғы және бүйір саусақтары; ерекше созылмалы қабыну процестерімен; ісік түзілімдері.
- 4. Иллюстрациялық материал:** Презентация

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 11 беті

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

- 1.Жақ бет аймағының абсцесс және флегмоналардың пайда болу себептері
2. Жақ бет аймағының абсцесс және флегмоналардың айырмашылықтары және диагностикасы
3. Жақ бет аймағының абсцесс және флегмоналардың жіктелуі
4. Жақ бет аймағының абсцесс және флегмоналарын емдеу

№ 6 дәріс

1.Тақырыбы: Жедел одонтогенді остеомиелит.

Жақтардың созылмалы одонтогенді остеомиелиті. Диагностика және емдеу принциптері.

2.Мақсаты: Жедел одонтогенді остеомиелит,жақтардың созылмалы одонтогенді остеомиелиті диагностикасы, емдеу шараларымен таныстыру.

3.Дәріс тезистері: Остеомиелит" термині „сүйек миының қабынуы" дегенді білдіреді, Бірақ бұл қабынуда патологиялық процесс тек сүйек миымен шектелмей оның барлық құрамын, қоршаған жұмсақ тіндерін қамтиді. Жақ сүйегінің барлық элементтерінің және оны қоршаған жұмсақ тіндердің, ішкі және сыртқы факторлардың әсерінен пайда болатын инфекциялы-аллергиялық іріңдеп өлеттеніп Тістер жақ сүйектеріне скелеттің басқа бөлімдерінде кездеспейтін анатомиялық ерекшелік береді. Тек жақ сүйектерінде ғана жұқпа көздерімен тікелей – байланыста болады, ол жерден инфекция постыға ұзақ уақыт –. Бұл жіті одонто-гендік остеомиелиттің даму тетігін басқа сүйектердегі аурудың даму тетігіне ұқсас етпейді. П.П. Львовтың (1929) – формулировкасы ескірген жок: "Тістер, сүйектердің тістерге арақатынасы - бұл остеомиелитті бет – бүйректерге ерекше сандық –. Тістер аурудың – жиілігін –, тістер жұқпаның кіру тәсілі мен жолын белгілейді, тістер жұқпаның түрін белгілейді, тістер жасты да белгілейді, – остеомиелитпен неғұрлым зақымданады " Балаларда 80-87% жағдайда инфекция көзі сүт молярлар және төменгі және жоғарғы жақтардағы бірінші тұрақты моляр болып табылады. Бұлар Тіс жегі әсерінен тіс сауыты бұзылған, зақымдалған ұлпасы мен периодонты бар, көп жағдайда – консервативті емдеуге ұшыраған тістер. Жұқпаның таралу

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 12 беті

жолы одан әрі микроциркуляцияның бұзылуымен — остеонекроз учаскелерінің дамуымен байланыста болады.

Созылмалы одонтогенді остеомиелит. Одонтогенді остеомиелиттің созылмалы түрлері көбінесе жіті одонтогенді остеомиелиттің нәтижесі болып табылады және балаларда жіті кезеңнің созылмалы кезеңге өтуі ересектерге қарағанда қысқа мерзімде болады. Алайда созылмалы одонтогенді остеомиелит алдын ала клиникалық айқын көрінген — өткір сатысыз дамиды, бұл оның атауын бастапқы созылмалы деп айқындайды. Бұл жағдайда балаларда ауру себебі нашар — вирулентті бактериялық флора болып табылады, оның «сүйекке» өтуі ұзақ уақыт бойы болады. Жіті қабынудың неғұрлым айқын көрінген патоморфологиялық белгілері серозды-іріңді және іріңді нысандар болып табылады. Созылмалы — нысандар остеонекроздың дамуымен және сүйек сектервестрлердің қалыптасуымен коса — құрылымдардың іріңді-некротикалық өзгерістерімен ұсынылған. Созылмалы одонтогенді остеомиелит кезінде сүйек затындағы деструктивті элементтердің балқуына және онда некроз учаскелерінің пайда болуына әкеледі. Сүйек заттарының — қирау процестерімен қатар оның қалпына келуіне ықпал ететін реактивті және репаративті өзгерістер — беріледі. Балалардағы қалпына келтіргіш процестер иіру физиологиялық жағдайда болады, бұл сүйектің сүйек ішіне (эндостальды) тұрғызылуын және сүйектің өнімін рет сүйек сүйегімен кезеңдік тұрғызу түрінде қамтамасыз етеді. Қан тамырларына бай, балалардағы шырынды периост оның кортикалды пластинасының үстіңгі бетіндегі снарядтың — күйінің қабатты қабатталуын белсенді түрде жасайды.

Жақ сүйектерінің созылмалы одонтогенді остеомиелиті кезінде процеске тұрақты тістердің бастамалары, олар секвестр ретінде «өзін ұстайды» және қабынуды жалғатырады.

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

- 1 Жедел одонтогенді остеомиелиттің пайда болу себептері.
2. Одонтогенді жедел және созылмалы остеомиелиттің диагностикасы
3. Одонтогенді жедел және созылмалы остеомиелиттің жіктелуі
4. Одонтогенді жедел және созылмалы остеомиелитті емдеу

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 13 беті

№ 7 дәріс

1.Тақырыбы: Жақ бет аймағының жұмсақ тіндерінің жарақаттары.

2.Мақсаты: Жақ бет аймағының жұмсақ тіндерінің жарақаттарымен таныстыру.

3.Дәріс тезистері: Бет-жақ аумағының жұмсақ тіндерінің зақымдануы бет-жақ жарақаттарының 70% -ында кездеседі. Жақ сүйек-бет аумағының механикалық зақымдануы:

а) оқшаулаудан (беттің жұмсақ тіндерінің жарақаты, тілдің, сілекей бездерінің, ірі нервтердің, ірі тамырлардың зақымдануы; төменгі сүйектердің – сүйектердің, жоғарғы жақтың, қаңқа сүйектерінің, мұрын сүйектерінің, екі және одан да көп сүйектердің) жарақаттары;

б) жаралану сипатынан (тесіп өтетін, соқыр, жанасатын, ауыз қуысына енетін және енбейтін, жоғарғы жақ қуысына – ми немесе мұрын қуысына енетін);

в) зақымдану тетігінен (атыс, атыс емес, үшкір – жабық). Беттің жұмсақ – жарақаттануына әкелуі мүмкін зақымдаушы факторларға доғал, қатты және өткір заттар, қозғалыстағы транс-порт, жоғары температура (жалын), жағатын сұйықтықтар, атыс қаруы, аралас зақымданулар жатады.

Беттің зақымдану сипаты, клиникалық ағымы мен аяқталуы зақымдайтын заттың сипатына – оның әсер ету күшіне, жараланудың орналасуына, сондай-ақ зақымдану аймағының анатомиялық-физиологиялық ерекшелігіне байланысты болады.

Аралас және аралас жарақат ұғымдарын ажырату керек.

Біріктірілген жарақат бір немесе одан да көп зақымдаушы факторлармен кемінде екі ана-томикалық аймақтың зақымдануы. Аралас жарақат - бұл радиациялық фактордың қатысуымен әртүрлі жарақаттайтын агенттердің әсері салдарынан пайда болған зақым.

Практикалық жақ сүйек-бет хирургиясында травматикалық зақымданулардың екі негізгі тобын бөліп көрсетеді: 1) тері жамылғысының бүтіндігін бұзбай немесе ауыз қуысының – көзәйнегі (жарақат) және олардың бұзылуымен (сырылу, жарақат) беттің жұмсақ тіндерінің оқшауланған зақымдануы; 2) беттің жұмсақ тіндері мен бет бас сүйектерінің үйлесімді зақымдануы.

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 14 беті

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1. Жақ бет аймағының жұмсақ тіндерінің жарақаттарының жіктелуі.
2. Жақ бет аймағының жұмсақ тіндерінің жарақаттарының клиникасы
3. Жақ бет аймағының жұмсақ тіндерінің жарақаттарының диагностикасы.
4. Жақ бет аймағының жұмсақ тіндерінің жарақаттарының емі

№ 8 дәріс

1.Тақырыбы: Төменгі жақ сүйектерінің сынуы

2.Мақсаты: Төменгі жақ сүйектерінің сынуымен таныстыру.

3.Дәріс тезистері: Төменгі жақ сүйегінің сынуы бет скелетінің басқа сүйектерінің зақымдануынан едәуір жиі кездеседі. Төменгі жақтың оқсыз зақымдалған сынықтары әдетте типтік – орындарында («әлсіздік орындарында») байқалады: орталық күрек тістер аумағында (орта сызық бойынша), азу, премолярлар, төменгі жақтың бұрышы, төменгі жақ буын өсіндісінің мойнында.

Жарақат алу мерзіміне байланысты төменгі жақ сүйегінің сынуы:

- жаңа (10 күнге дейін);
- ескірген (11 күннен 20 күнге дейін);
- дұрыс өспеген (20 күннен астам). Күнделікті практикада төменгі жақтың барлық сынықтары: локализациясы бойынша – сынық сипаты бойынша, сынық саңылауы бағыты бойынша жіктеледі.

Оқшаулау бойынша:

- А) - бір жақты; - екі жақты;
- Б) - жеке; - қосарланған; - көпше;
- В) - жақ денесінің сынуы (ашық, яғни тіс қатары шегінде):
 - а) ортаңғы (күрек тістер аумағында);
 - б) ментальді (сүйір тіс және премолярлар аумағында);
 - в) моляр аумағында;
 - г) жақ бұрышы саласында (ашық және жабық. –
- жақ тармағы аумағындағы сынықтар (жабық):
 - а) бұлшық ет өсіндісі (- негіздер; - мойны; - бастары);
 - б) тәж өсіндісі;
 - в) бұтақтардың өзі (бойлық немесе көлденең).

Сынық сипаты бойынша:

- А) - толық; - толық емес (субпериосталды);

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 15 беті

- Б) - сынықтарды ығыстырмай; - сынықтардың ығысуымен
 В) - сызықтық; - сынықты; - аралас;
 Г) - оқшауланған;
 - біріктірілген (бас сүйек-ми зақымдануымен, жұмсақ тіндердің жарақаттануымен, басқа сүйектердің зақымдануымен).

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

- 1.Төменгі жақтың анатомиясы
2. Шайнау бұлшықеттерінің жақ сүйектерге бекітілетін орны.
3. Төменгі жақ сынуының жіктелуі.
4. Төменгі жақ сынуының орналасуы.
5. Төменгі жақ сынуының механизмі.
6. Төменгі жақ сынуының клиникасы.

№ 9 дәріс

1.Тақырыбы: Жақ бет аймағындағы оқтан болған жарақаттар.

2.Мақсаты: Жақ бет аймағындағы оқтан болған жарақаттармен таныстыру.

3.Дәріс тезистері: Атыс қаруының барлық түрінен ату, оқ-дәрілерді, снарядтарды және жарылғыш заттарды жару кезінде бір немесе бірнеше зақымдаушы факторлар – жарақаттар атыс қаруынан зақымдану деп аталады. Барлық атыс зақымданулары үшін құрастырылған - механикалық, термиялық және химиялық - – жанатын әсер тән.

Снарядтың (оқтың) зақымдау әрекетінің механизмдері.

Оқ денеге күшті соққы береді, оның күші өте аз алаңға шоғырланған. Осыған байланысты тіндердің қысылуы және бұзылуы, сондай-ақ қысу толқынының екі жаққа берілуі орын алады. Сондықтан соққы толқыны мен оқтың өтуінен кейін сығылған тіндердің бір бөлігі екі жаққа қарай қозғалуды жалғастырып – пульсацияланатын қуыстар пайда болады. Пульс жасайтын қуыстың әрекет ету уақытында тіндердің жарылуы және смасы, жара детритінің, ұсақ сүйек сынықтарының және өзге де – туған денелердің, микроорганизмдердің жара арнасынан алыс жерлерге енуі –.

Снарядтың кинетикалық энергиясының қорына байланысты оның зақымдау әсерінің мынадай түрлерін бөліп алады: Жарылу әрекеті -

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 16 беті

бірнеше мың джоуль $\rightarrow$ лей болатын снарядтың кинетикалық энергиясы кезінде. Снаряд тері мен паренхиматоздық мүшелердегі жараның шеттерін жарады, бұл кинетикалық энергияның тіндердің құрылымдық элементтеріне берілуіне $\rightarrow$. Атыс жарасының $\rightarrow$ диаметрі снарядтың диаметрінен біршама үлкен, жараның шеттері тегіс емес, $\rightarrow$ үшін үзілген. Тесу әрекеті - кинетикалық энергия кезінде бірнеше жүз джоуль. Ұйқы $\rightarrow$ қатар тіннің бір бөлігін алып кетеді. Снаряд бастапқыда ұшу бағытында да (сыналық әрекет элементі) жартылай $\rightarrow$ тартатындықтан, атыс жарасының диаметрі снаряд диаметрінен кем болады; жараның шеттері біркелкі. Клиновидті әсер - кинетикалық энергия кезінде бірнеше ондаған джоуль $\rightarrow$ лей. Снаряд матаны ұшу бағытына қарай созады, созады және жарады $\rightarrow$ оларды қағады. Бұл ретте тіннің ақауы жоқ саңылау тәрізді және жұлдызша тәрізді жаралар пайда болады. Сыналық әсер шығу оты $\rightarrow$ атыс жарасы пайда болғанда жиі байқалады. Контузиялық әсер - кинетикалық энергияны жоғалтқан кезде снаряд сызат $\rightarrow$, қан кету немесе жарақаттанған типі бойынша үстіңгі жара жіптерін тігуі мүмкін.

Гидродинамикалық әсер (соққы толқыны). Кинетикалық энергияның $\rightarrow$ қоры бар снаряд сұйық ортасы (немесе оған жақын) бар қуыс органға тиген кезде тіндердің ауқымды жарылуы пайда болады.

Снарядтың жарылу және тесу әсері көбінесе кіру атыс жараларын ұрып $\rightarrow$ тексеруден көрінеді.

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1. Жақ бет аймағындағы оқтан болған жарақаттардың жіктелуі
2. Жақ бет аймағындағы оқтан болған жарақаттардың механизмі.
3. Гидродинамикалық әсерлер.
4. Жақ бет аймағындағы оқтан болған жарақаттардың клиникасы.
5. Жақ бет аймағындағы оқтан болған жарақаттарда дәрігердің тактикасы.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 17 беті

№ 10 дәріс

1.Тақырыбы: Жақ-бет аймағындағы аралас жарақаттар (зақымданулар).

2.Мақсаты: Жақ-бет аймағының аралас жарақаттарымен (зақымданулар) таныстыру.

3.Дәріс тезистері: Біріктірілген зақымдану - бұл бір зақымдау факторымен дененің бірнеше анатомиялық аймағының тіндерінің немесе ағзаларының бір мезгілде зақымдануы. Бет-жақ аумағының біріктірілген зақымдануларына бассүйек-ми жарақатымен біріктірілген беттің жұмсақ тіндерінің немесе сүйектерінің жарақаты жатады.

Біріктірілген зақымдану, егер оны бір зақымдаушы агент келтірсе, жалғыз немесе егер зақымдаушы агенттер екі немесе одан көп болса, көп болуы мүмкін. Өз кезегінде көптеген зақымданулар бір анатомиялық аймақта бірнеше зақымдаушы агенттер келтірген зақымданулар байқалғанда және екі немесе одан да көп анатомиялық аймақтар бір мезгілде бірнеше зақымдаушы агенттермен зақымданғанда үйлесімді болғанда оқшаулануы мүмкін.

Бет сүйектерінің сыну сипаты мен дененің басқа бөліктерінің зақымдану ауырлығы, бірінші кезекте бас сүйек-ми жарақатының ауырлығы арасында тәуелділік байқалады. Бет скелеті сүйектерінің сынуының ерекшелігі мидың, нерв жүйесінің шеткі тармақтарының, қан тамырларының, төменгі жақ буынының, тістің, беттің жұмсақ тіндерінің және ауыз қуысының бір мезгілде зақымдану мүмкіндігі болып табылады. Жақ сүйек-бет аймағының зақымдануы интракраниалдық гемодинамиканың өзгеруімен және орталық нерв жүйесіндегі функционалдық ауытқулармен қатар жүруі анықталды, сондықтан жарақаттың бұл түрін үйлесімді деп есептеу керек

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1.аралас радиациялық зақымданулар

2. аралас химиялық зақымданулар

3. аралас термомеханикалық зақымданулар.

4. МКБ бойынша жіктелуі

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 18 беті

№ 11 дәріс

1.Тақырыбы: Жақ-бет аймағында күйіктен болған жарақаттар.

2.Мақсаты: Жақ-бет аймағында күйіктен болған жарақаттармен таныстыру.

3.Дәріс тезистері: Күйік (combustio) - жоғары температураның жергілікті әсері нәтижесінде организм тіндерінің, сондай-ақ — сәулеленудің химиялық заттарының, электр тогының немесе ионизінің зақымдануы.

Этиологиялық белгісі бойынша мынадай күйіктер бөлінеді: термиялық, химиялық, электрлік және сәулелік (ультракүлгін және рентген сәулелері, радиоактивті сәулелену). Зақымдану болған жағдайлар бойынша: тұрмыстық, өндірістік және — уақыт. Бет күйіктері: оқшауланған немесе дененің басқа бөліктерінің күйіктерімен үйлескен болуы мүмкін.

I дәреже - гиперемия және терінің орташа айқын көрінген ісінуі, орташа ауырсыну — анемия бар. Бұл өзгерістер 3-5 тәулікке жойылады. Эпидермистің беткі қабаттары ұсақталады, ал күйік беті дербес эпителизацияланады. Сүйек күйігінің орнында пигментация әр түрлі дәрежеде —, ол одан әрі із қалдырмай жоғалады.

II дәреже - эпидермистің мүйіз қабатының терлейтін сұйықтықпен қабатталуы (құрамы бойынша қан плазмасына жақын) тән. Түбі эпидермистің базальды (өсінді) қабаты болып табылатын интраэпидермальды көпіршіктер пайда болады. Емшек қабатының талшықтары қопсытылған, емшектері тегістелген. Дерма қабатында қан тамырлары кеңейтілген, капиллярлық стазалар, қан құйылу. Күйдіргеннен кейін бір тәуліктен кейін көпіршіктің сұйықтығында лейкоциттер пайда болады. Дерманың лейкоциттік инфильтрациясы келе —, ол емшек қабатында және терінің эпителиалды қосалқысының айналасында неғұрлым айқын көрінеді. Жіті қабыну құбылыстары мен ісік 3-4 күннен бастап кішірейе бастайды, ал 7-10 күннен кейін күйдірілген беті алдымен мүйіз қабаты жоқ эпителиймен жабылады. Тыртықтарды қалдырмайды, себебі эпителизация эпидермистің — сақталған қабаттарынан шығады.

III-А дәреже - эпидермистің барлық қабаттарының бұзылуы, оның өсу қабатын қоса алғанда, сондай-ақ дерманың үстіңгі қабатының өлуі басталады. Дерманың сақталған терең қабаттары ісінеді. Ісік жататын

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 19 беті

клетчаткаға тарайды. Күйік беті – алдында терең көпіршіктермен, түйреуішпен немесе екеуі де қойылуы мүмкін. Өлген және өмірге – қабілетті жасушалардың шекарасында бір тәуліктен кейін демаркациялық білік, ал 2 – кейін түйіршіктеу пайда болады. Ағынды қайтару басталады. Терінің сақталған эпителий даткаларынан – бойынша эпителийдің өсуі пайда болады. Осының есебінен III-А дәрежелі күйіктер жазылады. Күйік бетін эпителизациялау 4-6 апта бойы тыртықтарды – өңдеумен жүргізіледі.

III-Б дәрежесі - терінің барлық тереңдігінде өлімі болады. Некроз нәтижесінде ішек пайда болады. 5-6 күннен кейін оның астында пролиферативтік процестер, гр – нуляцияның қалыптасуы және оның бас тартуы басталады, ол 4-5 аптадан кейін аяқталады. Өлген тіндерді ажыратқаннан кейін түйіршіктейтін бет пайда болады, оның жазылуы тыртықты керумен және шеткі эпителизациямен жүргізіледі. Сауығу мерзімі күйіктің орналасуына және мөлшеріне байланысты болады. Клиникалық жағынан III-А және III-Б дәрежелі күйіктерді өзара саралау өте қиын.

- IV дәреже - эпидермис, дерма, тері асты клетчаткасы және тиісті тіндердің (фасция, бұлшық ет, сүйек) өлеттенуі байқалады.

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1. Жақ-бет аймағының топографиялық-анатомиялық ерекшеліктері
2. Терінің құрылысы
3. Жақ-бет аймағының иннервациясы ерекшеліктері
4. Жақ-бет аймағының қан айналымы ерекшеліктері
5. Беттің ымдау бұлшықеттері және функциялары

№ 12 дәріс

1.Тақырыбы: Жақ-бет аймағында үсуден болған жарақаттар..

2.Мақсаты: Жақ-бет аймағында үсуден болған жарақаттармен таныстыру.

3.Дәріс тезистері: Үсік төмен температура әсерінен пайда болады. Бетте мұздатуға көбінесе мұрын, құлақ, тіндер ұшырайды – аймағы, беттері ұшырайды. Тура – төмен температурасының әсерінен тіпті терінің –

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 20 беті

бойынша кішігірім бұзылуы кезінде де шеміршектер зардап шегеді. Ұзақ уақыт өтетін және құлақ қатерлі ісігінің немесе мұрынның деформациясына әкелетін перихондриялар дамиды. Тұтас қаңқаның — сүйектері қатқан кезде өте сирек зақымданады. Аязда осы тіндердің металмен жанасуы (металл затты жалауға тырысу) салдарынан тілдің және еріннің үсуі (жиі балаларда) кездеседі. Жүктердің табиғи және жасанды терморегуляциясы бұзылған жағдайда — орташа төмен температурада жоғары ылғалдылық жағдайында тіндердің үсуі мүмкін —. Төмен температура әсер еткен кезде зақымдану — үстінен емес, тіннің тереңіне таралады. Бет тіндерінің үсуі емдеуге жатқызуға сирек айғақтар болып табылады. Емханада — практикада олар тоңазумен ауыратын — жартысында байқалады. Ұлы Отан соғысы — кезінде емделушілердің 0,69% -ы госпитальдарда үсік —. Беттің ауыр үсуі тінге — төмен температурасына ұзақ уақыт жанасу әсерінің салдарынан өте сирек кездеседі. оңазыту кезінде тіндердегі патологиялық — өзгерістердің дамуында екі кезең: а) реактивке дейінгі немесе тіндік гипотермия кезеңі; б) реактивті, ол — қыздырғаннан кейін пайда болады. Дәл осы екінші кезең алдымен спазммен, содан кейін қан тамырларының тромбымен — туындаған бұзылулардың клиникалық көріністерінің сипатын айқындайды.

Белсенді кезеңге дейінгі науқастар — бойынша төмен температураның әсеріне ұшыраған адамның учаскесі аумағындағы күйдіру, жану, ауырсыну сезімдерін, содан кейін осы ағаштардағы анестезияны —. Зардап шеккендер — қатып қалуды жиі байқамайды. Объективті түрде терінің кенеттен бозарғандығын, жергілікті температураның төмендеуі, ауырсыну сезімталдығының жоғалғандығын атап өтуге болады.

Үсікке ұшыраған тіндерді жылытқаннан кейін — айқын ауырсыну және жарақаттың ауырлығына сай объективті белгілері байқалады.

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

- 1.Жақ бет аймағындағы үсік жарақаттарының жіктелуі
2. Жақ бет аймағындағы үсік жарақаттарының патогенезі
3. Жақ бет аймағындағы үсік жарақаттарының емі