

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		1стр. из 16

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области.

Код дисциплины: VZTChLO 4301

Название ОП: 6B10103- «Стоматология»

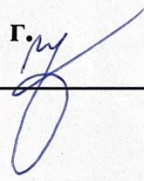
Объем учебных часов/кредитов: 5

Курс и семестр изучения: 4 курс, VII

Объем лекции: 15 часов

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		2стр. из 16

Лекционный комплекс дисциплина «Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области » разработан в соответствии с рабочей учебной программой (силлабус) и обсужден на заседании кафедры.

Протокол № 11 от «06» 06 2023 г. 
 Зав.кафедрой д.м.н.,и.о. доцента _____ Шукпаров А.Б.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		Зстр. из 16

Лекция №1

1. Тема: Предмет и содержание челюстно-лицевой хирургии. Организация хирургической стоматологической помощи. История развития отечественной челюстно-лицевой хирургии. Принципы деонтологии и врачебной этики челюстно-лицевой хирургии. Принципы обследования больного в хирургической практике. Современные цифровые диагностические технологии в стоматологии.

2. Цель: Ознакомление с организацией хирургической стоматологической помощи. Историей развития отечественной челюстно-лицевой хирургии. Принципы деонтологии и врачебной этики челюстно-лицевой хирургии. Принципы обследования больного в хирургической практике. Современные цифровые диагностические технологии в стоматологии.

3. Тезисы лекции:

Челюстно-лицевая хирургия - одна из самостоятельных клинических дисциплин, изучающая заболевания и повреждения органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого черепа, при которых необходимо комплексное лечение. Основные методы такого лечения - оперативные вмешательства.

Челюстно-лицевая

хирургия является направлением, посвященным лечению воспалительных заболеваний твердых и мягких тканей лица и шеи, устранению последствий травм, удалению злокачественных новообразований, приобретенных и врожденных дефектов челюстей, головы, полости рта и других областей.

Реабилитация в этой сфере зачастую не менее важна, чем сама терапия.

Цифровая стоматология в последние годы активно применяется не только в ортопедии, но и в хирургии и ортодонтии. Хирурги совмещают компьютерную томограмму и результаты 3D-сканирования челюстей, планируя имплантацию. Четкая визуализация рабочей области и понимание задачи сокращает объем и время оперативного вмешательства.

4. Иллюстративный материал: Презентация.

5. Литература: В силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Челюстно-лицевая хирургия как предмет
2. Организация хирургической стоматологической помощи
3. Принципы деонтологии и врачебной этики в ЧЛХ
4. Принципы обследования больного в хирургической практике

Лекция №2

1. Тема: Острые гнойные одонтогенные воспалительные процессы челюстно-лицевой области. Периодонтит. Острый серозный периостит. Острый гнойный периостит. Хронический периостит.

2. Цель: Ознакомление с острыми гнойными одонтогенными воспалительными процессами.

3. Тезисы лекции: **Одонтогенная инфекция** – это любой вторичный инфекционный процесс, источником которого служит воспаление околозубных тканей. Включает такие нозологии как одонтогенный периостит, остеомиелит, синусит, флегмоны головы и шеи, лимфаденит и др. Проявляется общей (интоксикация, лихорадка) и местной симптоматикой (боль, припухлость пораженной области, гнойные выделения, затруднение жевания и глотания). Патология диагностируется на основании стоматологического осмотра, рентгенологических данных, УЗИ, КТ, микробиологических посевов. Лечение – санация полости рта, антибиотикотерапия, дезинтоксикация,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		4стр. из 16

вскрытие и дренирование гнойных очагов.

Периодонтит — это воспаление периодонта, характеризующееся нарушением целостности связок, удерживающих зуб в альвеоле, кортикальной пластинки кости, окружающей зуб и резорбции костной ткани от незначительных размеров до образования кист больших размеров. По этиологии различают следующие виды **периодонтитов**: Инфекционный. Травматический. Медикаментозный. Ятрогенный. Данная классификация принята в России, зарубежная классификация отличается.

Острый серозный периостит рассматривается как явление перифокального воспаления при заболеваниях периодонта.

У детей в возрасте 3-5 лет периостит может развиваться при остром воспалении пульпы зуба. Острый периостит при пульпите у ребенка является грозным симптомом, указывающим на высокую активность воспалительного процесса, связанную с вирулентностью инфекции и слабой сопротивляемостью детского организма. Обильное кровоснабжение и лимфообращение пульпы, челюстных костей и мягких тканей в период формирования, прорезывания, смены зубов и роста челюстных костей способствует распространению воспалительного процесса из пульпы или периодонта в костную ткань и периост. Периост растущих костей находится в состоянии физиологического возбуждения и легко реагирует на любое раздражение.

В начальной стадии заболевания развивается острое серозное воспаление периоста. При этом морфологически наблюдаются гиперемия сосудов, отек и клеточная инфильтрация периоста, который утолщается, становится рыхлым, волокна его разделяются серозным выпотом. При дальнейшем развитии процесса серозное воспаление переходит в гнойное.

Клиника. Острый серозный периостит проявляется в утолщении периоста, выраженной болезненности при его пальпации в области причинного зуба. Слизистая полости рта в области воспалительного очага ярко гиперемирована и отечна. Воспалительный отек распространяется на прилежащие мягкие ткани полости рта и лица. В регионарных лимфатических узлах развивается лимфаденит.

Лечение. Лечение основного заболевания (пульпита или периодонтита), противовоспалительная терапия.

Острый гнойный периостит

При дальнейшем развитии заболевания серозное воспаление переходит в гнойное. Гнойный экссудат из периодонта распространяется по костному веществу и костномозговым пространствам к поверхности кости, разрушает корковый слой и проникает под надкостницу, отслаивая ее от кости. Надкостница отделяется от кортикальной пластинки и приподнимается на том или ином протяжении. Гнойный экссудат скапливается под периостом с образованием поднадкостничного абсцесса. Острый гнойный периостит характеризуется развитием в надкостнице двух разнонаправленных процессов. С одной стороны, происходят гибель надкостницы, расплавление и лакунарное рассасывание ее с образованием узур и проникновением экссудата под слизистую оболочку. Одновременно, испытывая раздражение, воспаленная надкостница отвечает активным построением молодой слоистой кости, ограничивающей патологический очаг от окружающих тканей. Чем активнее воспаление, тем больше выражены деструктивные процессы и, наоборот, чем спокойнее протекает заболевание, тем более на первый план выступают пролиферативные процессы.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		5стр. из 16

Клиника. Клиническая картина острого гнойного периостита челюсти может быть разнообразной и зависит от этиологических, патогенетических факторов, локализации и протяженности воспалительного процесса.

4. Иллюстративный материал: Презентация
5. Литература: В syllabusе указана.
6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).
 1. Периодонтит. Классификация периодонтитов?
 2. Острый серозный периостит?
 3. Острый гнойный периостит?

Лекция №3

1. **Тема:** Фурункулы и карбункулы челюстно-лицевой области. Абсцесс.
2. **Цель:** Ознакомление с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Фурункул. Карбункул. Абсцесс

3. **Тезисы лекции:** Фурункулы и карбункулы занимают одно из ведущих мест среди острых неонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Они зарекомендовали себя как небезопасные для жизни воспалительные процессы. Еще Н.И. Пироговым (1853) и Ф. Тренделенбургом (1888) эти заболевания делились на "злокачественные" и "доброкачественные", в связи с тяжестью их течения, что, кстати говоря, актуально и в настоящее время.

Фурункул - острое гнойно-некротическое воспаление фолликула волоса и окружающей ткани, обусловленное внедрением патогенных микроорганизмов, чаще стафилококков. **Карбункул** - острое гнойно-некротическое воспаление нескольких, расположенных рядом, волосяных фолликулов и сальных желез, распространяющееся на окружающую кожу и подкожную клетчатку. В роли возбудителя фурункулов и карбункулов чаще всего являлись монокультуры стафилококка. У 96-98% обследованных идентифицированы стафилококки (88-90% - золотистый, 6-10% - эпидермальный). В 2-4% случаев высеяны ассоциации стафилококка и стрептококка (Лихицкий А.М., 1995). Таким образом, у всех обследуемых из патологического очага высеяны аэробные микроорганизмы. Высокая чувствительность (более 80% больных) наблюдалась к гентамицину и карбенициллину у золотистого стафилококка, а для эпидермального стафилококка - к метициллину, карбенициллину, гентамицину и неомицину. Эти данные согласуются с исследованиями Супиева Т.К. (1972), Стародубцевой Р.С. и соавт. (1983), что возбудителями в подавляющем большинстве случаев (95,4%) являются патогенные стафилококки в виде монокультуры, а в 4,6% - ассоциации стафилококка и других микроорганизмов.

Околочелюстной абсцесс - это образование воспалительного гнойного очага в тканях челюстно-лицевой зоны лица. Проявляется локальной припухлостью, покраснением и флюктуацией (зыблением) кожи над очагом воспаления, асимметрией лица, затруднением и болезненностью глотания, явлениями интоксикации. Может развиваться в разлитое воспаление – флегмону, с вовлечением в процесс окологлоточной и подглазничной области, шеи. Лечение всегда хирургическое – вскрытие и дренирование полости абсцесса.

4. Иллюстративный материал: Презентация.
5. Литература: В syllabusе указана.
6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).
 1. Что такое Фурункул?

QO'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45	
Лекционный комплекс		6стр. из 16

2. Что такое Карбункул?
3. Отличие Фурункула от Карбункула?
4. Что такое Абсцесс?

Лекция №4

1. Тема: Одонтогенный гайморит. Перфорации и свищи верхнечелюстного синуса. Принципы диагностики и лечения.

2. Цель: Ознакомление с одонтогенным гайморитом. Принципами диагностики и лечения перфорации и свищи верхнечелюстного синуса.

3. Тезисы лекции: Одонтогенный гайморит – это воспаление слизистой оболочки верхнечелюстного синуса, вызванное распространением патологического процесса из первичного очага инфекции, находящегося в верхней челюсти. Основные проявления заболевания – ярко выраженная головная боль, которая усиливается при наклоне головы, выделения из носа гнойного или серозного характера, слезотечение, интоксикационный синдром. Диагностика базируется на сборе анамнестических данных, общем осмотре, риноскопии, пункции синуса и лучевых методах визуализации. Лечение включает антибиотикотерапию, промывание антисептиками, хирургическую санацию полости пазухи и первичного очага.

Перфорация дна пазухи - нестойкое сообщение гайморовой пазухи с полостью рта, возникающее остро после удаления зуба.

Свищ гайморовой пазухи - стойкое сообщение гайморовой пазухи с полостью рта, выстланное изнутри эпителием, обычно является следствием перфорации дна пазухи.

Причины возникновения перфорации и свища гайморовой пазухи

1. Анатомо-топографическое соотношение дна гайморовой пазух с корнями зубов.
2. Травматическое удаление зуба.
3. Длительный воспалительный процесс в области верхушки корня, ведущий к разрушению дна пазухи.

Причины возникновения свища гайморовой пазухи:

1. Несвоевременное диагностирование перфорации.
2. Наличие воспалительного процесса в пазухе во время образования перфорации.

Клиника и диагностика перфорации и свища гайморовой пазухи.

При перфорации и свище гайморовой пазухи больные обычно предъявляют жалобы на попадание жидкости в полость носа. Для диагностики используется носо-рот и рот-нос пробы. При проведении нос-рот пробы больного просят выдохнуть через закрытый нос. При этом из лунки удаленного зуба появляется пенная кровь. При проведении рот-нос пробы больного просят надуть щеки, что не удается, если имеется перфорация дна гайморовой пазухи. При возникновении перфорации возможно появление крови из соответствующей половины носа.

При перфорации во время осмотра полости рта обнаруживается, что лунка не заполнена кровяным сгустком. Если имеется свищ, по проекции

4. Иллюстративный материал: Презентация.
5. Литература: В syllabusе указана.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45	
Лекционный комплекс		7стр. из 16

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Клиника одонтогенного гайморита?
2. Диагностика и лечение перфорации верхнечелюстного синуса?
3. Диагностика и лечение Одонтогенного гайморита?
4. Причины перфорации и свища верхнечелюстного синуса?

Лекция №5

1. Тема: Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Классификация. Принципы диагностики и лечения.

2. Цель: Ознакомление с принципами диагностики и лечения абсцесса и флегмоны челюстно-лицевой области.

3. Тезисы лекции: Абсцесс — ограниченный очаг гнойного воспаления, приводящий к расплавлению участка клетчатки или другой ткани с образованием полости. Флегмона — острое разлитое гнойное воспаление подкожной, межмышечной и межфасциальной клетчатки. Источники инфекции при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области могут быть одонтогенной и неодонтогенной природы. Чаще входными воротами инфекции являются дефекты твердых и мягких тканей зуба и краевого периодонта. Поэтому такие абсцессы и флегмоны называют одонтогенными. Если абсцессы и флегмоны сопутствуют одонтогенному остеомиелиту и осложняют его течение, то их называют остеогенными или остеофлегмонами. Абсцессы и флегмоны, возникающие в результате инфицирования поврежденных кожных покровов лица или слизистой полости рта, а также осложнения таких заболеваний, как фурункулёз, сиаденит, язвенный стоматит и другие, относятся к неодонтогенным. Принято различать: абсцесс и флегмону подглазничной области; абсцесс и флегмону скуловой области; абсцесс и флегмону глазницы; абсцесс и флегмону щечной области; абсцесс и флегмону подвисочной и крылонебной ямок; абсцесс и флегмону височной области; абсцесс и флегмону околоушно-жевательной области; абсцесс и флегмону позадичелюстной области; абсцесс и флегмону крылочелюстного пространства; абсцесс челюстно-язычного желобка; абсцесс и флегмону окологлоточного пространства; абсцесс и флегмону подбородочной области; абсцесс и флегмону поднижнечелюстной области; флегмону дна полости рта; гнилостно-некротическую флегмону дна полости рта (анаэробная инфекция); абсцесс и флегмону языка; абсцесс твердого неба. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области проявляются рядом общих расстройств, симптомами гнойно-резорбтивной лихорадки, а также местными изменениями, во многом обусловленными локализацией очага гнойного воспаления. Заболевание чаще начинается внезапно. Явления воспаления быстро нарастают. В результате интоксикации организма появляется головная боль, нарушаются сон, аппетит, повышается температура тела. В тяжелых случаях возникает озноб, резко ухудшается общее состояние. В периферической крови определяются лейкоцитоз, нейтрофилез. В сыворотке крови выявляется С-реактивный белок. Развивающейся флегмоне свойствен диффузный болезненный инфильтрат, сверху покрытый гиперемизированной кожей или слизистой оболочкой. По мере дальнейшего развития воспалительного процесса инфильтрат увеличивается, в центральных его отделах появляется расплавление ткани — флюктуация. При глубоко расположенных гнойниках эти местные признаки менее выражены.

Диагностика основывается на данных анамнеза и объективного исследования. При поверхностном расположении гнойных очагов, определение последних трудностей не вызывает, тогда как

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA —1979—	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»			044/45
Лекционный комплекс			8стр. из 16

распознавание глубоких гнойников нередко требует проведения диагностической пункции. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области необходимо дифференцировать с фурункулом и карбункулом лица в начальной стадии болезни; рожистым воспалением; острым воспалением околоушной и поднижнечелюстной слюнных желез; нагноившимися срединной и боковыми кистами шеи; специфическими хроническими воспалительными процессами; опухолевыми образованиями.

4. Иллюстративный материал: Презентация.

5. Литература: В силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Причины Абсцесса и флегмоны челюстно-лицевой области?
2. Дифференциация и Отличия Абсцесса и флегмоны челюстно-лицевой области?
3. Классификация Абсцесса и флегмоны челюстно-лицевой области?
4. Лечение Абсцесса и флегмоны челюстно-лицевой области?

Лекция №6

1. Тема: Острый одонтогенный остеомиелит.

Хронический одонтогенный остеомиелит челюстей. Принципы диагностики и лечения.

2. Цель: Ознакомление с принципами диагностики и лечения острого одонтогенного остеомиелита. Хронического одонтогенного остеомиелита челюсти

3. Тезисы лекции: ***Острый одонтогенный остеомиелит*** — гнойно-инфекционное воспалительное заболевание челюстных костей, при котором источником инфекции являются пораженные кариесом и его осложнениями зубы. Зубы придают челюстным костям анатомическую особенность, не встречающуюся в других отделах скелета. Только в челюстях костная ткань находится в непосредственном контакте с источником инфекции, откуда инфекция может поступать длительное время. Это делает механизм развития острого одонто-генного остеомиелита непохожим на механизм развития заболевания в других костях. Не устарела следующая формулировка П.П. Львова (1929): «Зубы, соотношение костей к зубам — вот что дает особую специфичность остеомиелиту челюстей. Зубы обуславливают сравнительно большую частоту заболевания, зубы обуславливают способ и путь проникновения инфекции, зубы обуславливают вид инфекции, зубы обуславливают и возраст, наиболее поражаемый остеомиелитом». У детей источником инфекции в 80—87 % случаев являются молочные моляры и первый постоянный моляр на нижней и верхней челюстях. Это зубы, разрушенные кариозным процессом, имеющие инфицированную пульпу и периодонт, нередко многократно подвергавшиеся консервативному лечению. Путь распространения инфекции контактный с дальнейшим нарушением микроциркуляции, развитием участков остеонекроза.

Хронический одонтогенный остеомиелит. Хронические формы одонтогенного остеомиелита чаще всего являются исходом острого одонтогенного остеомиелита, и переход острой стадии в хроническую у детей происходит в более короткие сроки, чем у взрослых. Однако хронический одонтогенный остеомиелит может развиваться без предшествующей клинически выраженной острой стадии, что определило его название как первично-хронический. В этом случае у детей причиной заболевания является слабовирулентная бактериальная флора, поступление которой «в кость» происходит на протяжении длительного времени.

Наиболее выраженными патоморфологическими признаками острого воспаления являются серозно-гнойные и гнойные формы. Хронические формы представлены гнойно-некротическими изменениями костных структур с развитием остеонекроза и формированием костных секвестров.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		9стр. из 16

При хроническом одонтогенном остеомиелите деструктивные изменения в костном веществе заключаются в расплавлении элементов кости и образовании в ней участков некроза. Наряду с процессами разрушения костного вещества наблюдаются реактивные и репаративные изменения, способствующие его восстановлению. Восстановительные процессы у детей находятся в состоянии физиологического напряжения, что обеспечивает внутрикостное (эндостальное) построение кости и продукцию кости раздраженной надкостницей в виде периостального построения. Богатый кровеносными сосудами, сочный периост у детей активно продуцирует слоистое напластование снаружи на поверхности ее кортикальной пластины.

При хроническом одонтогенном остеомиелите челюстных костей в процесс вовлекаются зачатки постоянных зубов, которые «ведут себя» как секвестры и поддерживают воспаление.

4. Иллюстративный материал: Презентация.

5. Литература: В силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Причины возникновения Острого одонтогенного остеомиелита?
2. Диагностика острого и хронического одонтогенного остеомиелита?
3. Классификация острого и хронического одонтогенного остеомиелита?
4. Лечение острого и хронического одонтогенного остеомиелита?

Лекция №7

1. Тема: Травмы мягких тканей челюстно-лицевой области.

2. Цель: Ознакомление с травмами мягких тканей челюстно-лицевой области.

3. Тезисы лекции: Повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области встречаются в 70% случаев челюстно-лицевых травм. Механические повреждения челюстно-лицевой области подразделяют в зависимости:

- а) от локализации (травмы мягких тканей лица, повреждение языка, слюнных желез, крупных нервов, крупных сосудов; травмы костей нижней челюсти, верхней челюсти, скуловых костей, костей носа, двух костей и более);
- б) от характера ранения (сквозные, слепые, касательные, проникающие и непроникающие в полость рта, проникающие в полость верхнечелюстной пазухи или полость носа);
- в) от механизма повреждения (огнестрельные, неогнестрельные, открытые и закрытые).

К повреждающим факторам, которые могут вызвать травму мягких тканей лица, относятся тупые, твердые и острые предметы, движущийся транспорт, высокая температура (пламя), прижигающие жидкости, огнестрельное оружие, комбинированные повреждения.

Характер повреждения лица, клиническое течение и исход зависят от вида ранящего предмета, силы его воздействия, локализации ранения, а также от анатомо-физиологической особенности области повреждения.

Следует различать понятия сочетанная и комбинированная травма.

Сочетанная травма представляет собой повреждение не менее двух анатомических областей одним или более повреждающими факторами.

Комбинированная травма — это повреждение, возникшее вследствие воздействия различных травмирующих агентов с участием радиационного фактора.

В практической челюстно-лицевой хирургии выделяют две основные группы травматических повреждений: 1) изолированные повреждения мягких тканей лица без нарушения целостности кожных покровов или слизистой оболочки полости рта (ушибы) и с нарушением их (ссадины, раны); 2) сочетанные повреждения мягких тканей лица и костей лицевого черепа.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA —1979—	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»			044/45
Лекционный комплекс			10стр. из 16

4. Иллюстративный материал: Презентация.
5. Литература: В syllabusе указана.
6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).
1. Классификация Травмы мягких тканей челюстно лицевой области?
2. Клиника Травмы мягких тканей челюстно лицевой области?
3. Диагностика Травмы мягких тканей челюстно лицевой области?
4. Лечение Травмы мягких тканей челюстно лицевой области?

Лекция №8

1. **Тема:** Переломы нижней челюсти.
2. **Цель:** Ознакомление с переломами нижней челюсти.
3. **Тезисы лекции:** Переломы нижней челюсти встречаются значительно чаще повреждений других костей лицевого скелета. Неогнестрельные переломы нижней челюсти обычно наблюдаются в типичных местах ("местах слабости"): в области центральных резцов (по средней линии), клыка, премоляров, угла нижней челюсти, шейки мыщелкового отростка
В зависимости от **сроков получения травмы** переломы нижней челюсти бывают:
 - свежие (до 10 дней);
 - застарелые (от 11 до 20 дней);
 - неправильно сросшиеся (более 20 дней).
 В повседневной практике все переломы нижней челюсти классифицируются: по локализации, по характеру перелома, по направлению щели перелома.
По локализации:
 - А) - односторонние; - двусторонние;
 - Б) - одиночные; - двойные; - множественные;
 - В) - переломы тела челюсти (открытые, т.е. в пределах зубного ряда):
 - а) срединные (в области резцов);
 - б) ментальные (в области клыка и премоляров);
 - в) в области моляров;
 - г) в области угла челюсти (открытые и закрытые).
 - переломы в области ветви челюсти (закрытые):
 - а) мыщелкового отростка (- основания; - шейки; - головки);
 - б) венечного отростка;
 - в) собственно ветви (продольные или поперечные).
 По характеру перелома:
 - А) - полные; - неполные (субпериостальные);
 - Б) - без смещения отломков; - со смещением отломков
 - В) - линейный; - оскольчатый; - комбинированный;
 - Г) - изолированные;
 - сочетанные (с черепно-мозговыми повреждениями, ранением мягких тканей, повреждением других костей).
4. Иллюстративный материал: Презентация.
5. Литература: В syllabusе указана.
6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).
1. Анатомия нижней челюсти
2. Места прикрепления жевательных мышц

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45	
Лекционный комплекс		11стр. из 16

3. Классификация переломов нижней челюсти
4. Локализация линии переломов
5. Механизмы переломов нижней челюсти
6. Клиника перелома нижней челюсти

Лекция №9

1. Тема: Огнестрельные ранения челюстно-лицевой области.

2. Цель: Ознакомление с огнестрельными ранениями челюстно-лицевой области

3. Тезисы лекции: Огнестрельными повреждениями называют ранения, причиненные одним или несколькими повреждающими факторами при выстреле из всех видов огнестрельного оружия, взрыве боеприпасов, снарядов и взрывчатых веществ. Для всех огнестрельных повреждений характерно комбинированное — механическое, термическое и химическое — поражающее действие.

Механизмы повреждающего действия снаряда (пули).

Пуля наносит телу мощный удар, сила которого сосредоточена на очень малой площади. В силу этого происходит сжатие и разрушение тканей, а также передача волны сжатия в стороны. Поэтому вслед за прохождением ударной волны и пули часть сжатых тканей продолжает движение в стороны с образованием пульсирующих полостей. За время действия пульсирующей полости происходят разрыв и смещение тканей, проникновение раневого детрита, мелких костных осколков и инородных тел, микроорганизмов далеко за пределы раневого канала.

В зависимости от запаса кинетической энергии снаряда выделяют следующие **виды его поражающего действия**:

Разрывное действие — при кинетической энергии снаряда в несколько тысяч джоулей. Снаряд разрывает края раны в коже и паренхиматозных органах, что обусловлено передачей кинетической энергии структурным элементам тканей. Диаметр огнестрельной раны несколько больше диаметра снаряда, края раны неровные, с радиальными разрывами.

Пробивное действие — при кинетической энергии в несколько сот джоулей. Снаряд выбивает и уносит часть ткани. Так как снаряд сначала частично вытягивает ткани в направлении полета (элемент клиновидного действия), диаметр огнестрельной раны будет меньше диаметра снаряда; края раны довольно ровные.

Разрывное и пробивное действие снаряда преимущественно проявляется в образовании входных огнестрельных ран.

Клиновидное действие — при кинетической энергии в несколько десятков джоулей. Снаряд вытягивает за собой ткани в направлении полета, растягивает и разрывает их. При этом образуются щелевидные и звездчатые раны без дефекта ткани. Клиновидное действие чаще прослеживается при образовании выходной огнестрельной раны.

Контузионное действие — при потере кинетической энергии снаряд может причинить ссадину, кровоподтек или поверхностную рану по типу ушибленной.

Гидродинамическое действие (ударная волна). При попадании снаряда с достаточным запасом кинетической энергии в полый орган с жидкой средой (или близкой к ней) возникают обширные разрывы тканей.

4. Иллюстративный материал: Презентация.
5. Литература: В syllabusе указана.
6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).
1. Классификация огнестрельных ранений
2. Механизм повреждающего действия
3. Гидродинамическое действие
4. Клиника огнестрельных ранений

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		12стр. из 16

5. Тактика врача при огнестрельных ранениях

Лекция №10

1. Тема: Комбинированные повреждения.

2. Цель: Ознакомление с комбинированным повреждением

3. Тезисы лекции: Сочетанные повреждения – это одновременные повреждения тканей или органов нескольких анатомических областей тела одним поражающим фактором. К сочетанным повреждениям челюстно-лицевой области относится травма мягких тканей или костей лица, сочетающаяся с черепно-мозговой травмой.

Сочетанное повреждения может быть **одиночным**, если оно нанесено одним ранящим агентом, или **множественным**, если ранящих агентов было два или больше. В свою очередь множественные повреждения могут быть **изолированными**, когда в одной анатомической области наблюдаются повреждения, нанесенные несколькими ранящими агентами, и **сочетанными**, когда две анатомические области или более поражены одновременно несколькими ранящими агентами.

Наблюдается зависимость между характером переломов костей лица и тяжестью повреждений других областей тела, в первую очередь тяжестью черепно-мозговой травмой.

Особенностью переломов костей лицевого скелета является **возможность одновременной травмы** головного мозга, периферических ветвей нервной системы, кровеносных сосудов, нижнечелюстного сустава, зуба, мягких тканей лица и полости рта. Установлено, что повреждения челюстно-лицевой области сопровождаются изменениями интракраниальной гемодинамики и функциональными сдвигами в центральной нервной системе, поэтому этот вид травмы следует считать сочетанным

4. Иллюстративный материал: Презентация.

5. Литература: В syllabusе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Комбинированные радиационные поражения (КРП)
2. Комбинированные химические поражения (КХП)
3. Комбинированные термомеханические поражения (КТМП)
4. Классификация по МКБ

Лекция № 11

1. Тема: Ожоги челюстно-лицевой области.

2. Цель: Ознакомление с ожогами челюстно-лицевой области.

3. Тезисы лекции: Ожоги (*combustio*) - повреждение тканей организма, возникшее в результате местного действия высокой температуры, а также химических веществ, электрического тока или ионизирующего излучения.

По **этиологическому признаку** различают следующие ожоги: *термические, химические, электрические и лучевые* (ультрафиолетовые и рентгеновские лучи, радиоактивное излучение). По **обстоятельствам, в которых произошло поражение:** *бытовые, производственные и военного времени*. Ожоги лица могут быть: *изолированными* или *сочетанными* с ожогами других областей тела.

• **I степень** - имеется гиперемия и умеренно выраженная отечность кожи, умеренная болезненность. Эти изменения ликвидируются на 3-5 сутки. Поверхностные слои эпидермиса слущиваются, а

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		13стр. из 16

ожоговая поверхность самостоятельно эпителизируется. На месте ожога остается разной степени выраженности пигментация, которая в дальнейшем бесследно исчезает.

• **II степень** - характерно отслоение рогового слоя эпидермиса выпотевающей жидкостью (по составу близкой к плазме крови). Образуются интраэпидермальные пузыри, дном которых является базальный (ростковый) слой эпидермиса. Волокна сосочкового слоя разрыхлены, сосочки сглажены. В толще дермы кровеносные сосуды расширены, капиллярные стазы, кровоизлияния. Через сутки после ожога в жидкости пузыря появляются лейкоциты. Наступает лейкоцитарная инфильтрация дермы, которая наиболее выражена в сосочковом слое и вокруг эпителиальных придатков кожи. Острые воспалительные явления и отек начинают уменьшаться с 3-4 дня, а через 7-10 дней обожженная поверхность покрывается эпителием, который вначале не имеет рогового слоя. Рубцов не оставляет, т.к. эпителизация **идет из** сохранившихся слоев эпидермиса.

• **III-A степень** - наступает разрушение всех слоев эпидермиса, включая его ростковый слой, а также омертвление поверхностного слоя дермы. Сохранившиеся глубокие слои дермы отечны. Отек распространяется на подлежащую клетчатку. Ожоговая поверхность может быть представлена глубокими пузырями, струпом или тем и другим. На границе омертвевших и жизнеспособных клеток через сутки начинает формироваться демаркационный вал, а через 2 недели - грануляции. Начинается отторжение струпа. Из сохранившихся эпителиальных придатков кожи происходит разрастание эпителия по грануляциям. За счет этого заживают ожоги III-A степени. Эпителизация ожоговой поверхности происходит в течение 4-6 недель с образованием рубцов.

• **III-B степень** - наступает гибель кожи во всю ее глубину. В результате некроза образуется струп. Через 5-6 дней под ним начинаются пролиферативные процессы, формирование грануляций и его отторжение, которое заканчивается через 4-5 недель. После отторжения погибших тканей образуется гранулирующая поверхность, заживление которой происходит рубцовым стяжением и краевой эпителизацией. Сроки заживления зависят от локализации и размеров ожога. Клинически очень трудно дифференцировать между собой ожоги III-A и III-B степени.

• **IV степень** - наблюдается гибель эпидермиса, дермы, подкожной клетчатки и подлежащих тканей (фасций, мышц, кости).

4. Иллюстративный материал: Презентация.

5. Литература: В силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Топографо-анатомические особенности челюстно-лицевой области
2. Строение кожи
3. Особенности иннервации челюстно-лицевой области
4. Особенности кровоснабжения челюстно-лицевой области
5. Мимические мышцы лица и их функция

Лекция № 12

1. Тема: Отморожения челюстно-лицевой области.

2. Цель: Ознакомление с отморожениями челюстно-лицевой области.

3. Тезисы лекции: Отморожения возникают вследствие действия низкой температуры. На лице отморожениям чаще всего подвергаются нос, уши, ткани скуловой области, щеки. От действия низкой температуры страдают хрящи даже при небольших повреждениях кожи. Могут развиваться перихондри-ты, которые протекают длительно и приводят к деформации ушных раковин или носа. Кости лицевого скелета при отморожениях поражаются крайне редко. Встречаются отморожения языка и губ (чаще у детей) как следствие контакта этих тканей с металлом на морозе (попытка лизнуть

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		14стр. из 16

металлический предмет). В случае нарушения естественной и искусственной терморегуляции возможны отморожения тканей в условиях высокой влажности при умеренно низкой температуре. При действии низкой температуры поражение распространяется в глубь тканей, а не по поверхности. Отморожения тканей лица редко являются показанием к госпитализации. В поликлинической практике они отмечаются у половины больных с отморожениями. Во время Великой Отечественной войны одиночные отморожения лица были у 0,69 % лечившихся по поводу отморожений в госпиталях. Тяжелые отморожения лица встречаются крайне редко как следствие длительного контактного воздействия низкой температуры на ткани.

Различают два периода в развитии патологических изменений в тканях при отморожении: а) до-реактивный, или период тканевой гипотермии; б) реактивный, наступающий после согревания тканей. Именно второй период определяет характер клинических проявлений возникших нарушений, обусловленных вначале спазмом, а затем тромбозом кровеносных сосудов.

В дореактивном *периоде* больные отмечают покалывание, жжение, болевые ощущения в области участка лица, который подвергся воздействию низкой температуры, затем анестезию в этих участках. Пострадавшие чаще всего не замечают наступления отморожения. Объективно в этом периоде можно отметить резкую бледность кожи, снижение локальной температуры на участке поражения, исчезновение болевой чувствительности.

После согревания отмороженных тканей появляются выраженная болезненность и другие объективные признаки, выраженность которых зависит от тяжести травмы.

4. Иллюстративный материал: Презентация.

5. Литература: В силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Классификация Отморожений челюстно-лицевой области.

2. Патогенез Отморожений челюстно-лицевой области.

3. Лечение Отморожения челюстно-лицевой области.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		15стр. из 16

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		16стр. из 16