ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ № 2

**Н. Н. Сафонова**

**ТЕМА: «Хирургические заболевания головы, лица и полости рта»**

Методическая разработка лекции

По дисциплине: «Хирургия»

Специальность 060101 Лечебное дело

Санкт-Петербург

2012 год

|  |  |
| --- | --- |
| УТВЕРЖДАЮ | Рассмотрено на заседании |
| Зам. директора о УР | хирургической ЦМК |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И. Г. Максимова | Протокол №\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г. |
|  | Председатель ЦМК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О. Б. Чеснокова |
|  |  |
|  |  |
| СОГЛАСОВАНО |  |
| Методист |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О. А. Дятковская |  |

**Пояснительная записка.**

Методическая разработка составлена в соответствии с требованиями ФГОС и соответствует уровню подготовки по специальности «Лечебное дело» 060101 по дисциплине «Хирургия».

В методической разработке лекции по теме «Хирургические заболевания головы, лица и полости рта» представлены все элементы проведения занятия: обоснование темы, цель, задачи занятия, вопросы теоретического и практического освоения материала, оснащение, схема интегральных связей, план проведения занятия, словарь терминов, конспект лекции, список литературы, а также контролирующие задания: вопросы для устного опроса, тесты.

В методической разработке использованы современные педагогические приемы и методики, стимулирующие критическое мышление, память, внимание, навыки работы в команде, а именно: кластеры, дерево предсказаний, инсерт, взаимоопрос.

**СПб ГОУ СПО “Медицинский колледж №2»**

**Предмет**: Хирургия

**Специальность:**  лечебное дело 060101

**Курс:** 2 курс

**ТЕМА:** «Хирургические заболевания головы, лица и полости рта»

**Продолжительность**: 180 мин.

**Место проведения**: лекционный зал колледжа.

**Необходимое оснащение**: - методическое (схемы, наглядные пособия, фотографии)

- материальное (компьютер, мультимедийный проигрыватель)

**Вид занятия**: лекция.

**Цель занятия**: Сформировать теоретические знания по вопросам хирургических заболеваний головы, лица и полости рта.

**Задачи:**

1. Учебная: обобщить и систематизировать имеющиеся знания об анатомических особенностях головы, лица и полости рта. Дать основные понятия о методах обследования больных с хирургической патологией головы, лица, полости рта; видах врожденной патологии головы, лица и полости рта и методах ее коррекции; травмах, деформациях, воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области, методах их лечения.
2. Развивающая: развить элементы клинического мышления.
3. Воспитательная: воспитывать чувство профессионального долга, ответственности и сострадания у пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области. Воспитание вежливости, культуры общения, терпения, тактичности.

**Студенты должны знать:**

1. Анатомические особенности головы и лица.
2. Методы обследования больного с хирургической патологией головы, лица, полости рта.
3. Виды врожденной хирургической патологии головы, лица, полости рта и методы её коррекции.
4. Основные виды хирургической патологии головы: деформации, дефекты, травмы, воспалительные заболевания.
5. Особенности диагностики, течения, лечения травм челюстно-лицевой области;
6. Особенности ухода за больными с травмами челюстно-лицевой области.
7. Особенности течения и лечения гнойно-воспалительных заболеваний головы; лица, полости рта, возможные осложнения.
8. Особенности ухода за больными с гнойно-воспалительными заболеваниями головы, лица, полости рта

**План лекции.**

1. Введение. Обоснование актуальности темы. Особенности анатомии челюстно-лицевой области.
2. Основная часть:
* врожденные заболевания лица, полости рта;
* травмы челюстно-лицевой области;
* воспалительные заболевания челюстно-лицевой области
* особенности ухода за больными с повреждениями и заболеваниями головы, лица и ротовой полости
1. Обобщение темы.
2. Выборочный контроль.
3. Подведение итогов.

**Обоснование темы.**

В настоящее время проблема пациентов с хирургическими заболеваниями головы, лица и полости рта стоит достаточно остро. Возможно, это обусловлено повышенным травматизмом, связанным с техническим прогрессом (ДТП, травмы на производстве и др.), социальной, криминогенной обстановкой. Не исключается влияние неблагоприятных наследственных, генетических факторов, а также воздействия окружающей среды (врожденные заболевания). Нельзя отрицать и влияние невнимательного отношения к своему здоровью самих пациентов.

В последние годы отмечается рост травм челюстно-лицевой области, они составляют 3,2 – 3,8% от всех повреждений костей, среди всех заболеваний челюстно-лицевой области они составляют от 20% до 40% по разным источникам. Ведущее место среди травм челюстно-лицевой области занимают: бытовая (83%), транспортная (12%), производственная (4,5%), спортивная (0,5%).

Не отстают от травм и воспалительные заболевания, даже опережают. На их долю приходится около 50% всех заболеваний челюстно-лицевой области. Особенную группу пациентов с данным видом патологии составляют дети. Наиболее частой причиной этих заболеваний является позднее обращение пациентов за помощью, неинформированность о возможных последствиях. Так как в зародыше заболевания лежат, как правило, такие «мелочи» как кариес, фурункул, микротравма лица.

Возрастание числа случаев воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области может быть обусловлено значительным снижением качества жизни населения, материально-бытовых условий, ухудшением питания, отсутствием плановой санации, снижением уровня и качества личной гигиены, которые способствуют понижению общей резистентности и неспецифического иммунитета и нарастанию уровня стоматологической заболеваемости и случаев хронической одонтогенной инфекции.

Поэтому медицинский работник должен владеть научно-обоснованной информацией в этой области для осуществления лечебной деятельности и для проведения просветительской и профилактической работы среди населения.

**Схема интегральных связей.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Истоки | Тема | Вход  |
| Основы латинского языка с медицинской терминологией | Хирургические заболевания головы, лица и полости рта | Болезни зубов и полости рта |
| Анатомия и физиология человека | Основы реаниматологии |
| Основы патологии | Медицина катастроф |
| Основы сестринского дела | Основы реабилитации |
| Гигиена и экология человека | Педиатрия |
| Фармакология | Учебная практика |
|  | Профессиональная деятельность |

**План проведения лекции.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Этап занятия | Цель этапа | Содержание и метод проведения | Время | Обеспечение этапа |
| 1. | Организация занятия | Сконцентрировать внимание студентов, мобилизовать их на работу | Проверка присутствующих, установка общей дисциплины, проверка внешнего вида. | 5 мин. | Групповой журнал, рабочие тетради |
| 2. | Формулирование темы и ее обоснование | Создать положительную мотивацию познавательной деятельности | Беседа. Смотри обоснование темы | 5 мин. | Мультимедийная аппаратура |
| 3. | Определение целей занятия | Сформулировать конечные цели | Беседа. Смотри учебные и воспитательные цели. | 5 мин. |  |
| 4. | Предварительный контроль знаний | Выявить исходный контроль знаний студентов по этой теме | Блиц-опрос | 15 мин. | Приложение 1 |
| 5. | Изложение нового материала | Реализация целей занятия | Преподаватель читает лекцию с осуществлением обратной связи и с использованием технического и методического оснащения | 120 мин. | Мультимедийная аппаратура |
| 6. | Закрепление нового материала | Контроль выполнения целей занятия | Закрепление материала путем демонстрации снимков с ответом на вопросы | 10 мин. | Мультимедийная аппаратура |
| 7. | Контроль усвоения лекционного материала | Реализация целей занятия | Решение тестов по теме лекции | 15 мин. | Приложение 2 |
| 8. | Подведение итогов.Домашнее задание. | Сформулировать конечные результаты на занятии | Преподаватель оценивает дисциплину на лекции, познавательную работу группы в целом. Объявляет тему следующего занятия. | 5мин. |  |

**Приложение.**

1. Вопросы блиц-опроса. Приложение 1.
2. Конспект лекции. Приложение 2.
3. Тесты для контроля усвоения материала лекции. Приложение 3.
4. Обеспечение лекции. Приложение 4. (Презентация на диске)

Приложение 1.

**Блиц-опрос.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Вопросы | Ответы |
| 1. | Какие отделы черепа Вы знаете? | Лицевой череп и мозговой череп |
| 3. | Каким нервом осуществляется чувствительная иннервация лица? | Тройничным нервом |
| 4. | Каким нервом осуществляется двигательная иннервация лица? | Лицевым нервом |
| 5. | Какие две основные группы мышц лица вы знаете? | Жевательные и мимические |
| 6. | Из бассейна какой артерии осуществляется кровоснабжение лица и полости рта | Наружной сонной артерии |
| 7. | Назовите основные методы обследования пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области | * выяснение жалоб
* анамнез заболевания
* анамнез жизни
* объективное исследование (осмотр, пальпация)
* лабораторные методы (клинический анализ крови, общий анализ мочи)
* рентгенологические методы (КТ, рентгенография)
* УЗИ мягких тканей ЧЛО
* МРТ
 |
| 8. | Перечислите наиболее часто встречающиеся заболевания лица и полости рта | * травмы
* воспаления
 |

**Словарь терминов.**

**«Волчья пасть»** - врожденная расщелина нёба.

**«Заячья губа»** - врожденная расщелина верхней губы

**Микрогнатия** – недоразвитие челюсти («маленькая» челюсть)

**Одонтогенная инфекция** - причиной инфекции является инфекция близлежащих зубов

**Поднадкостничный абсцесс** – абсцесс, возникающий под надкостницей

**Паротит** – воспаление околоушной слюнной железы

**Остелмиелит** – воспаление костной ткани и костного мозга

**Субмандибулит** – воспаление подчелюстной слюнной железы

**Стоматит** – воспаление слизистой оболочки рта

Приложение 2.

**Конспект лекции.**

**Хирургические заболевания головы, лица, полости рта.**

Введение. Обоснование актуальности темы. Особенности анатомии челюстно-лицевой области.

В настоящее время проблема пациентов с хирургическими заболеваниями головы, лица и полости рта стоит достаточно остро. Возможно, это обусловлено повышенным травматизмом, связанным с техническим прогрессом (ДТП, травмы на производстве и др.), социальной, криминогенной обстановкой. Не исключается влияние неблагоприятных наследственных, генетических факторов, а также воздействия окружающей среды (врожденные заболевания), также нельзя отрицать влияние невнимательного отношения к своему здоровью самих пациентов. Если заглянуть в специализированные отделения стационара, то пустых коек мы не найдем.

Прежде, чем говорить о заболеваниях, немного об анатомических особенностях челюстно-лицевой области.

Голова – наиболее сложно устроенная анатомическая часть тела. Передненижний отдел головы занимает лицо. Остальная часть подразделяется на свод и основание черепа, содержащие головной мозг со всеми оболочками.

В коже лица находятся чувствительные окончания тройничного нерва. Поверхностно лежат мимические мышцы, иннервируемые ветвями лицевого нерва. Глубокие отделы лица расположены кнутри от ветви нижней челюсти, здесь находятся жевательные мышцы, иннервируемые ветвями нижнечелюстного нерва.

В области лица между слоями мышц располагаются многочисленные пространства, содержащие жировую клетчатку и сообщающиеся с пространствами шеи. По ходу нервов и кровеносных сосудов через отверстия в основании черепа некоторые клетчаточные пространства лица сообщаются с полостью черепа.

На лице располагаются полость глазницы, полость носа, полость рта и полость глотки. Позади височно-нижнечелюстного сустава находится полость среднего уха. В полость рта открываются выводные протоки околоушной, подчелюстной и подъязычной слюнной железы. С полостью носа непосредственно сообщаются придаточные пазухи: основная, лобная, верхнечелюстная.

Кровоснабжение лица осуществляется преимущественно из бассейна наружной сонной артерии, многочисленными ветвями верхнечелюстной, поверхностной височной, лицевой артерий и некоторых других. Венозный отток от мягких тканей лица, полости носа, рта и глотки осуществляется в бассейн позадичелюстной вены, наружной и внутренней яремных вен. Лимфоотток от кожи лица, от слизистых оболочек полости рта, носа и глотки, от слюнных желез, от придаточных пазух, от слезной железы осуществляется по лимфатическим сосудам вдоль кровеносных сосудов в различные группы лимфатических узлов головы и шеи.

В полости глазницы, полости носа, полости рта и полости глотки иннервация тканей осуществляется ветвями почти всех черепных нервов.

Основная часть.

# Методы обследования челюстно-лицевой области

Методы клинического исследования разделяют на основные и дополнительные. Основные состоят из выяснения жалоб, тщательного сбора анамнеза, в том числе развития заболевания, проводимого ранее лечения, его эффекта. Важны все данные анамнеза жизни, перенесенных и сопутствующих болезней. Объективное обследование больного включает наружный осмотр лица и шеи*,* пальпаторное исследование околочелюстных мягких тканей, органов и костей лицевого и мозгового отделов черепа, определение функций открывания и закрывания рта, движений в височно-нижнечелюстных суставах, осмотр, пальпацию полости рта и ее составляющих, пальпацию и перкуссию зубов. К дополнительным относятся различные инструментальные (рентгенологический, КТ, МРТ, электромиография, ангиография) и лабораторные методы исследования.

**Врожденные заболевания лица, полости рта.**

К врожденным порокам развития лица, полости рта относят врожденные расщелины лица, синдром I – II жаберных дуг и др.

Врожденные расщелины верхней губы, «заячья губа» - самая распространенная врожденная патология (1:800, 1:1000 новорожденных). Точной причины возникновения данного заболевания на сегодняшний день не известно. Клинически это проявляется несращением тканей верхней губы. Лечение данной патологии только хирургическое. Проводится в первый месяц жизни ребенка, если позволяет общее состояние.

Врожденные расщелины нёба «волчья пасть» – распространенность 1:800-1:1000, встречаются изолированные и вместе с расщелиной верхней губы. Лечение этой патологии также только хирургическое. В последнее время проводится в два этапа. В первый год жизни ребенка осуществляется пластика мягкого неба, а после 10-12 лет твердого неба.

Синдром I – II жаберных дуг – нарушение развития структурных элементов лица, которые формируются из I и II жаберных дуг. Ведущим симптомокомплексом заболевания является нарушение развития уха, нижней челюсти – от нарушения формы ушной раковины до полного ее отсутствия с атрезией слухового прохода, снижением слуха, односторонней нижней микрогнатией. Могут наблюдаться асимметрия верхней челюсти, языка, микрофтальмия и др. Лечение хирургическое.

**Травмы лица.**

Ушибы лица – следствие падений и ударов, проявляются кровоподтеками и припухлостью. Рассасывание кровоизлияний происходит довольно быстро, за исключением спинки носа, лба, скуловой области, где наблюдаются ограниченные и долго сохраняющиеся в жидком состоянии подкожные гематомы. Неотложная помощь: обезболивание, холод на место ушиба, давящая повязка, ссадины обработать антисептиком. Обязателен осмотр невролога в условиях стационара при больших кровоподтеках, так как почти все травмы лица и мозгового черепа сопровождаются сотрясением головного мозга.

Раны лица. Раны – это открытые повреждения, сопровождающиеся нарушением целостности кожи. Могут быть колотыми, резаными, ушибленными, рвано-ушибленными, колотыми, рубленными, укушенными, огнестрельными; проникающими (в полость рта, носа, придаточные пазухи носа) и непроникающими. Также раны могут быть сквозными. Диагностика ран, как правило, не вызывает затруднений. Клинически раны проявляются болью, зиянием, кровотечением.

 Опасность ран лица состоит в возможном повреждении крупных сосудов и развитии кровотечения, повреждении околоушной слюнной железы, пересечением ветвей лицевого нерва.

Неотложная помощь на месте, как правило, включает в себя наложение тугой давящей повязки, обезболивание, госпитализации в профильный стационар. В стационаре выполняется первичная хирургическая обработка раны с окончательной остановкой кровотечения. Особенностью ПХО ран на лице является то, что необходимо очень бережное и экономное иссечение краев ран, необходимо ушивать раны в соответствии с силовыми линиями и при необходимости с применением приемов первичной пластики.

Повреждение костей лица. Размеры и тяжесть повреждений отдельных частей лицевого черепа зависят от характера и силы механического воздействия. Очень часто переломы комбинируются с различной тяжести повреждениями мягких тканей лица.

Перелом костей носа. Могут быть со смещением костных отломков и без смещения. Клинически проявляются отеком области носа, изменением конфигурации носа (искривлением), кровотечением из носа различной интенсивности. Первая помощь при подозрении на перелом костей носа осуществляется в тампонаде переднего одела носовых ходов для остановки кровотечения, обезболиванием, приложением холода, доставкой в специализированный стационар. В стационаре выполняется рентгенологическое исследование и после подтверждения диагноза репозиция костей носа. Иммобилизация гипсом и тампонированием носовых ходов.

Переломы скуловой кости. Как правило, сопровождаются смещением костных отломков. Чаще всего переломы происходят в местах соединения отростков скуловой кости с другими костями, то есть в области скуло-лобного, скуло-альвеолярного сочленения, нижнеглазничного края и скуловой дуги. Клинически они проявляются нарушением конфигурации лица, западением в скуловой области, нарушением прикуса, нарушением чувствительности в подглазничной области, крыла носа, носогубной области и др. Первая помощь на месте: обезболивание, холод, госпитализация в специализированный стационар. В стационаре выполняется рентгенологическое исследование, при подтверждении диагноза репозиция отломков крючком Лимберга. При невозможности репозиции, после небольшой подготовки выполняется остеосинтез скуловой кости с применением минипластин и минишурупов.

Переломы нижней челюсти. Чаще всего перелом нижней челюсти происходит в области, так называемых слабых участков: подбородочном отделе, в области угла нижней челюсти и в области суставного отростка нижней челюсти. Смещение отломков происходит за счет сокращения и согласно направлению тяги мышц, прикрепляющихся к нижней челюсти. Все переломы нижней челюсти в пределах зубного ряда являются открытыми, так как всегда идет повреждение слизистой оболочки. Клинически переломы нижней челюсти проявляются болезненностью, нарушением прикуса, подвижностью отломков, разрывом слизистой. Подтверждаются рентгенологически нарушением целостности костной ткани в местах перелома. Неотложная помощь – создание неподвижности и покоя нижней челюсти путем наложения пращевидной повязки, холод, анальгетики. В случае затруднения дыхания, вызванного западением корня языка и надгортанника необходимо вытянуть вперед и закрепить передний отломок. В стационаре выполняется двучелюстное шинирование и наложение межзубных эластических тяг. При невозможности удовлетворительного сопоставления отломков выполняется после небольшой подготовки пациента остеосинтез нижней челюсти.

Переломы верхней челюсти. Линии переломов верхней челюсти располагаются соответственно типичным линиям слабого сопротивления. Их три. Верхняя проходит через носовые кости, слезную кость, дно глазницы и заканчивается в крыловидном отростке клиновидной кости. Средняя линия начинается и кончается так же как и верхняя, но средняя часть ее проходит ниже скуловой кости. Нижняя линия слабости проходит от нижней части грушевидного отверстия горизонтально назад к крыловидному отростку. Клинически переломы верхней челюсти проявляются многочисленными кровоподтеками, нарушением прикуса, патологической подвижностью отломков. Подтверждаются рентгенологическим исследованием. Неотложная помощь заключается в иммобилизации пращевидной повязкой, обезболиванием, местно холодом и госпитализацией в специализированный стационар. Переломы верхней челюсти, впрочем как и любых костей лицевого черепа, как правило, сопровождаются мозговой травмой – сотрясением, ушибом головного мозга. Поэтому очень важно не пропустить ухудшение состояния пациента и обязательно неврологическое обследование. Лечение пациентов с переломом верхней челюсти заключается в репозиции отломков и фиксации их двучелюстным шинированеим, либо при неудаче остеосинтезом.

Вывихи нижней челюсти. Чаще всего происходят передние вывихи за счет чрезмерного увеличении объема физиологических движений в суставе. Клинически это проявляется невозможностью закрыть рот, слюнотечением. Первая помощь – вправление вывиха по методу Гиппократа с дальнейшим наложением пращевидной повязки.

**Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.**

Воспалительные процессы на лице имеют ряд особенностей. Чаше всего на лице формируются фурункулы – наиболее типичная локализация – верхняя губа, подбородок, лоб, порог носа. В подбородочной области несколько фурункулов могут образовать карбункул. Наиболее опасны фурункулы верхней губы, так как возможно развитие флебита вен лица. Тромбоз вен облегчается особенностями строения губы, где мало клетчатки и много переплетающихся и соединенных с кожей мышечных пучков. При воспалении легко происходит сжатие начальных мышечных вен и их тромбирование. Флебит поднимается по угловой вене и проникает внутрь черепа в кавернозный синус, где возможно развитие тромбоза синуса с менингитом и энцефалитом. Поэтому все пациенты с гнойно-воспалительными процессами на лице должны быть госпитализированы в стационар. Но, в большинстве случаев, фурункулы заканчиваются благополучно.

Абсцессы и флегмоны лица. Причины флегмон лица могут быть одонтогенными и неодонтогенными. К одонтогенным флегмонам вернемся чуть позже. Неодонтогенные флегмоны чаще бывают при инфицировании ран, попадании инородных тел. Чаще встречается флегмона орбиты. Характеризуется отеком век и конъюнктивы, экзофтальмом, резкой болезненностью, лихорадкой.

Грозное воспалительное заболевание челюстно-лицевой области – остеомиелит челюсти (верхней и нижней). Челюсти поражаются остеомиелитом чаще других трубчатых костей, что обусловлено тесной анатомической связью с часто инфицирующимися зубами и близостью к самой богатой микробами полостью тела – ртом, от которого кости отделены только спаянной с их надкостницей слизистой оболочкой. Пути проникновения инфекции в кость челюсти – одонтогенный (самый частый), через слизистую при травме, гематогенно, из соседних органов и тканей. Остеомиелит может быть острым и хроническим. Хронический остеомиелит возникает чаще вследствие травмы или незатушенного до конца воспалительного процесса. При провоцирующих факторах происходит обострение, что проявляется гнойно-некротическими процессами в кости с образованием секвестров и свищей. При прорыве гноя через свищи, воспалительные явления стихают, образуется грануляционная ткань. Если не удалить полностью очаг инфекции, то через некоторое время обострение может повториться.

Острый остеомиелит чаще однтогенный, возникает при наличии инфекционного воспаления в тканях зуба и пародонта. Развивается достаточно быстро, начинается болями в причинном зубе, переходящими на всю челюсть, общей лихорадкой и развитием поднадкостничного абсцесса. При своевременном лечении и удалении очага инфекции (зуба) прогноз благоприятный, при отсутствии адекватного лечения возможно развитие флегмоны лица, чаще клетчаточных пространств с переходом на клетчаточные пространства шеи и в дальнейшем в средостение переднее и заднее с развитие гнойного медиастинита.

Неотложная помощь при фурункулах, карбункулах, флегмонах, абсцессах лица заключается в экстренной госпитализации в специализированный стационар. В стационаре производится вскрытие и дренирование гнойного очага. При одонтогенных процессах обязательно удаление причинного зуба – источника инфекции. Все разрезы на лице производятся с учетом силовых линий Лангера, анатомических особенностей и осторожностью в связи с близостью артерий, вен, а также двигательных и чувствительных нервов, лежащих достаточно поверхностно. Назначается антибактериальная, дезинтоксикационная, общеукрепляющая терапия. Перевязки. При необходимости проводится УФО крови, либо облучение лазером с целью активации иммунитета и защитных сил организма.

Достаточно часто встречается неспецифическое воспаление околоушной слюнной железы, что связано с нарушением оттока слюны вследствие слюнокаменной болезни, при общих инфекциях. Проявляется покраснением и отеком околоушной области, из протока мутная слюна с примесью ноя или белых хлопьев. Дифференциальная диагностика проводится с эпидемичским паротитом. Выполняется биохимический анализ крови на содержание в крови амилазы, при повышенных цифрах, пациента госпитализируют в инфекционный стационар. Лечение неэпидемического острого паротита осуществляется в стационаре, включает антибактериальную терапию, слюногонную диету, возможно бужирование протока околоушной слюнной железы.

Стоматит - это название объединяет заболевания слизистой оболочки полости рта различного происхождения и проявления.

Причиной возникновения стоматитов могут являться различные факторы - те, которые воздействуют непосредственно на слизистую оболочку рта (местное воздействие), а также заболевания организма - болезни желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, ослабление иммунной защиты, аллергические реакции, нарушения обмена веществ и многие другие.

По клиническому проявлению стоматиты разделяются на: катаральные; язвенные афтозные.

Kатаральный стоматит - наиболее часто встречающееся поражение слизистой оболочки полости рта. При этом слизистая оболочка рта становится отечной, болезненной, гиперемированной, она может быть покрыта белым или желтым налетом. Отмечается гиперсаливация (повышенное выделение слюны). Может отмечаться кровоточивость десен, появляться дурной запах из рта. Начальные признаки при катаральном и язвенном стоматите похожи, однако впоследствии при язвенном стоматите отмечается повышение температуры до 37,5 С, слабость, головная боль, увеличение и болезненность лимфатических узлов. Прием пищи сопровождается сильными болевыми ощущениями. При появлении таких симптомов необходимо обратиться к врачу.

Афтозный стоматит - характеризуется появлением единичных или множественных афтознозных язв на слизистой оболочке полости рта, при которой язвы бывают большими и глубокими. Афты бывают овальной или округлой формы, с четкими границами в виде узкой красной каймы и серовато-желтым налетом в центре.

В зависимости от вида стоматита лечение может проводиться противовирусными, противогрибковыми или иными препаратами. Обычно какой-либо специфической терапии не требуется, достаточно ограничиться щадящей диетой и частыми полосканиями полости рта. Можно применять ополаскиватели с антисептическими свойствами: настои трав: ромашки, календулы; разбавленные водно-спиртовые растворы аптечных настоек (календула, эвкалипт — по 20-30 капель настойки на 100 мл воды), различные готовые ополаскиватели. Для снижения болевой симптоматики могут применяться препараты, содержащие местноанестезирующие средства.

Рожистое воспаление лица. Начинается ознобом, повышением температуры, тошнотой, затем появляется красное пятно с резко очерченными приподнятыми границами. Появляются признаки общей интоксикации организма: высокая температура, слабость, головная боль, затемнение сознания. Часто появляются пузырьки с прозрачным содержимым, которые вскрываются и на их месте образуются корочки. Лечение: покой, антибиотики широкого спектра действия, местное лечение.

**Особенности ухода за больными с повреждениями и заболеваниями головы, лица и ротовой полости**

Уход за больными с повреждениями и забо­леваниями ротовой полости. В связи с тем что у этой категории больных нарушается акт жевания и затрудняется са­моочищение ротовой полости, уход за ними имеет ряд особен­ностей.
Во избежание проглатывания и аспирации слизи, крови и некротических масс следует с первых дней придавать больным полусидячее положение. Рекомендуется частое поворачивание для предупреждения застойных явлений в легких и развития пневмонии. Больные должны быть обеспечены специальными резиновыми мешочками или слюноприемниками, а грудь закры­вать клеенкой.

Кроме обычных перевязок, необходимо систематическое про­мывание полости рта слабыми растворами дезинфицирующих средств. Промывание может быть осуществлено из шприца, рези­нового баллона или кружки Эсмарха, снабженной резиновой трубкой и стерильным стеклянным наконечником. При промыва­нии полости рта под подбородок подставляют лоток или тазик, угол рта оттягивают шпателем и струей жидкости под умеренным давлением промывают сначала преддверие рта, а затем собственно полость рта. Особенно тщательно надо промывать складки, углубления и ниши полости рта. Промывание производят 4—5 раз в день до и после приема пищи. Кроме того, марлевыми шариками, пропитанными раствором перекиси водорода, следует по возможности очищать межзубные промежутки.

Особое внимание уделяют больным после шинирования. На­ряду с уходом за полостью рта необходимо обеспечить наблю­дение за состоянием проволочных шин. После обработки рта струей жидкости следует тщательно очистить шины и шейки зу­бов от застрявших между ними, а также между шиной и лига­турами пищевых частиц. Удобнее всего делать это деревянными палочками с ватой на конце, пропитанной раствором перекиси, водорода.
Больным назначают жидкую, полужидкую и сливкообразную высококалорийную пищу с достаточным количеством витаминов. Необходимо стремиться, чтобы больные принимали пищу через рот. Для этой цели используют специальные поильники, снаб­женные длинным носиком. На носик надевают резиновую трубку длиной 20—25 см. При кормлении голова больного должна быть несколько приподнята. Резиновую трубку вводят в рот и по спинке языка подводят к корню языка и зеву. Периодически сжимая резиновую трубку, регулируют поступление жидкой пищи неболь­шими порциями, чтобы больной не захлебнулся. При двухчелюстном шинировании, когда обе челюсти находятся в сомкнутом состоянии, резиновую трубку проводят через дефект в зуб­ном ряду или позади последнего коренного зуба в ротовую по­лость.
Только очень тяжело больных кормят через зонд, введенный через носовой ход в верхний отдел пищевода.

Приложение 3

**Тесты.**

Выберите один правильный ответ

1. «Волчья пасть» – это:

а) незаращение верхней губы

б) незаращение неба

в) водянка головного мозга

г) спинномозговая грыжа

1. При вывихе нижней челюсти накладывается повязка:

а) пращевидная

б) «чепец»

в) крестообразная

г) колосовидная

1. Репозиция скуловой кости выполняется:

а) крючком Лимберга

б) Зажимом Бильрота

в) расширителем Труссо

г) распатором Фарабефа

1. При переломе нижней челюсти выполняется:

а) ПХО раны

б) иммобилизация гипсом

в) двучелюстное шинирование

г) иммобилизация шиной Крамера

1. Кровоснабжение тканей челюстно-лицевой области осуществляется:

а) ветвями брюшной аорты

б) из бассейна внутренней сонной артерии

в) из бассейна легочной артерии

г) из бассейна наружной сонной артерии.

1. Абсолютный признак перелома верхней челюсти:

а) нарушение прикуса

б) кровоподтеки

в) патологическая подвижность

г) отеки

1. Остеомиелит челюсти не может быть:

а) гематогенным

б) одонтогенным

в) травматическим

г) гуморальным

1. Острый гнойный разлитой воспалительный процесс в клетчатке:

а) абсцесс

б) флегмона

в) фурункул

г) эмпиема

1. Лечение пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области должно быть:

а) местным

б) комплексным

в) общим

г) хирургическим

1. Фурункул — это:

а) острое гнойно-некротическое воспаление сальной железы;

б)острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей соединительной ткани;

в) острое гнойно-некротическое воспаление потовой железы;

г) острое гнойное воспаление подкожно-жировой клетчатки.

**Ответы:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № задания | Ответ  | № задания | Ответ  |
| 1. | б | 6. | в |
| 2. | а | 7. | г |
| 3. | а | 8. | а |
| 4. | в | 9. | б |
| 5. | г | 10. | б |

**Литература для преподавателей.**

1. Хирургическая стоматология: Учебник Автор: под ред. T.Г. Робустовой Издательство: Медицина Год: 1996 Страниц: 688
2. Хирургическая стоматология Автор: В.А.Дунаевский (ред.) Издательство: Медицина Год издания: 1979
3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия Автор: Александров Н.М. Издательство: Ленинград: «МЕДИЦИНА» Год: 1985
4. Хирургия: Учебник автор: под ред. Жукова Б. Н. Издательский центр «Академия», 2008. – 384 стр.

**Литература для студентов.**

1. Хирургия: Учебник автор: под ред. Жукова Б. Н. Издательский центр «Академия», 2008. – 384 стр.