**Муниципальное бюджетное общеобразовательное   
учреждение  
«Средняя общеобразовательная школа №1»пгт  
Кавалерово  
Кавалеровского муниципального района Приморского  
края**

**Индивидуальный итоговый проект**

Основные направления челюстно-лицевой хирургии

Выполнил:

Маркова Валерия Викторовна

Ученица 9 класса

Куратор проекта :

Ратченко Валентина Ильинична

Учитель биологии

**Оглавление**

* **Введение 3 стр.**
* **Основная часть 4- 13 стр.**
  + **Что такое челюстно-лицевая хирургия 4 стр.**
  + **Морфологическая классификация опухолей слюнных желёз и классификация опухолей по стадиям развития 5 стр.**
  + **Доброкачественные опухали 6 стр.**
  + **Кисты челюстей 7 -8 стр.**
  + **ТРАВМАТОЛОГИЯ   ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 9 стр.**
  + **Расщепление нёба 10 стр.**
  + **ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ: АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ 11-13 стр.**
* **Список используемой литературы 14 стр.**

**Введение**

Тема моего проекта «Основные направления челюстно-лицевой хирургии»

Я выбрала эту тему, потому что мне очень нравится эта профессия , в будущем я планирую учиться на челюстно-лицевого хирурга, так как моя мама стоматолог и я часто видела как она работает и я очень хотела бы

продолжить ее дело.

Цель моей работы узнать намного больше об этой профессии и разобрать некоторые тонкости.

Этот проект я очень долго делала, добавляла нужную информацию и убирала ненужный материал.

Благодаря сохранившимся книгам в маминой библиотеке и информации в интернете , я смогла быстро найти много информации по своей теме , после чего отбирала самое важное.

**Что такое челюстно-лицевая хирургия**

**Че́люстно-лицева́я хирурги́я** — хирургическая специальность, занимающаяся лечением различных заболеваний и состояний в области лица, челюстей, полости рта, головы и шеи.



## Специальность

Челюстно-лицевой хирург специализируется на лечении черепно-челюстно-лицевого комплекса и области шеи. Черепно-челюстно-лицевой комплекс анатомически включает в себя: лицевой и мозговой отделы черепа, нижнюю челюсть, ротовую полость, а также связанные с ними структуры.

### Хирургические вмешательства

Челюстно-лицевая хирургия занимается диагностикой и лечением следующих состояний и заболеваний:

* травмы мягких и твердых тканей челюстно-лицевой области, головы, шеи (переломы верхней и нижней челюсти, костей носа, скуловых костей, стенок глазниц, костей свода черепа и др.)
* врожденные черепно-лицевые пороки развития, такие как расщелина губы и неба, косые расщелины лица, врожденные и приобретенные дефекты свода черепа (краниофациальная хирургия) и др.
* доброкачественные новообразования головы и шеи (кисты, опухоли и др.)
* злокачественные новообразования головы и шеи (рак кожи, слизистой оболочки полости рта, слюнных желез и др.) - в РФ дополнительно необходима подготовка по специальности "онкология".
* гнойно-воспалительные заболевания головы и шеи (абсцессы, флегмоны и др.)
* болевой синдром челюстно-лицевой области
* парезы, параличи в челюстно-лицевой области
* хирургические патологии височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)

Так же в челюстно-лицевой хирургии проводятся следующие процедуры:

* Ортогнатическая хирургия: хирургическое лечение и коррекция зубочелюстной деформации, прикуса, лечение при синдроме обструктивного апноэ сна.
* Эстетическая хирургия головы и шеи: подтяжка лица (фейслифтинг), блефаропластика, отопластика, ринопластика, септопластика, гениопластика, удаление комков Биша, липосакция шеи, трансплантация волос и прочие косметические вмешательства.
* Хирургическое лечение опухолей головы и шеи с микрохирургической реконструкцией.
* Хирургия лицевого нерва.
* Хирургия полости рта

**Морфологическая классификация опухолей слюнных желёз и классификация опухолей по стадиям развития**

* Опухоли слюнных желёз подразделяются на следующие виды:
* **1. Доброкачественные опухоли:**
* **2. Местнодеструирующие опухоли**
* **3. Злокачественные опухоли**

Развитие злокачественных опухолей слюнных желёз делится на следующие стадии:

* **I стадия (Т1)** — опухоль не превышает 2,0 см в наибольшем измерении, расположена в паренхиме железы и не распространяется на капсулу железы. Кожа и лицевой нерв не затронуты
* **II стадия (Т2)** — опухоль величиной 2—3 см, наблюдается парез мимических мышц
* **III стадия (ТЗ)** — опухоль распространяется на большую часть железы, прорастает одну из ближайших анатомических структур (кожа, нижняя челюсть, слуховой проход, жевательные мышцы и т.д.).
* **IV стадия (Т4)** — опухоль прорастает несколько анатомических структур. Паралич мимических мышц на пораженной стороне

**Доброкачественные опухали**

* **Опухоли** (лат. *tumor*, мн. ч. *tumores*) — патологические образования, возникающие вследствие нарушения механизмов контроля деления, роста и дифференцировки клеток. Клинически опухоли представляют собой очаги роста патологической (анормальной) ткани в различных органах и структурах организма.

Доброкачественные:

1) тератома

2) менингеома

* Установление диагноза опухолевого процесса в слюнных железах может быть получено с помощью различных методов исследования:
* изучение клиники заболевания (жалобы, история заболевания, осмотр, определение формы, консистенции, локализации, болезненности, размеров опухоли, четкости и ровности контуров, характер поверхности и др.)
* Цитологическое исследование
* Биопсия и гистологическое исследование
* Рентгенологические методы исследования (рентгенография черепа, нижней челюсти, сиалоаденография)
* Радиоизотопное исследование
* При лечении доброкачественных новообразований слюнных желёз опухолевый узел осторожно удаляется вместе с капсулой с последующим гистологическим исследованием удалённых тканей.
* Выбор метода лечения злокачественных опухолей зависит от распространенности опухолевого процесса, морфологической разновидности опухоли, возраста больного и наличия сопутствующих заболеваний. В большинстве случаев вначале проводится предоперационная телегамма-терапия с последующим радикальным оперативным вмешательством. При подозрении на метастазы облучению подвергаются зоны регионарного лимфооттока. Доброкачественные опухоли обычно успешно поддаются излечению,.

**Кисты челюстей**

* Киста - это патологическая полость, выстланная эпителием, которая заполняется жидкостью или мягким материалом и обычно растет из-за внутреннего давления, создаваемого жидкостью, втягиваемой в полость в результате осмоса (гидростатического давления).
* Кости челюстей, нижней и верхней челюсти - это кости с наибольшей распространенностью кист в организме человека. Это связано с обильным
* признаки и симптомы кисты редко вызывают какие-либо симптомы, кроме случаев вторичного инфицирования . Признаки зависят в основном от размера и расположения кисты. Если киста не расширилась за пределы нормальных анатомических границ кости, то не будет пальпироваться шишка снаружи или внутри рта. Подавляющее большинство кист расширяются медленно, и окружающая кость успевает увеличить свою плотность вокруг поражения, что является попыткой организма изолировать поражение. Кисты, которые расширились за пределы нормальных анатомических границ кости, по-прежнему часто покрыты тонким слоем новой кости. На этой стадии может появиться признак, называемый «растрескивание яичной скорлупы», когда истонченная кортикальная пластинка трескается при приложении давления. Может ощущаться шишка, которая может казаться твердой, если киста все еще покрыта костью, или колеблющейся, если киста разрушилась через окружающую ее кость. Киста может остро инфицироваться и попадать в полость рта через пазуху.
* Большинство кист обнаруживаются случайно при обычной стоматологической рентгенографии. Они часто протекают бессимптомно, если только они не наблюдались в течение длительного времени со значительным увеличением (вызывающим расширение костной ткани или растрескиванием скорлупы яйца) или вторичной инфекцией. На рентгеновском снимке кисты выглядят как рентгенопрозрачные (темные) участки с рентгеноконтрастными (белыми) краями. Почти всегда слизистая оболочка кисты отправляется к патологу для гистопатологического исследования после того, как она была удалена хирургическим путем. Это означает, что точный диагноз типа кисты часто ставится ретроспективно, и пациенту может быть проведено окончательное лечение. Поскольку многие кисты челюстей имеют схожие формы и варианты лечения, обычно используют один из следующих вариантов лечения и отправляют выстилку кисты на гистопатологию для постановки окончательного ретроспективного диагноза. Лечение кист ограничивается хирургическим удалением большинства кист. Существует два метода лечения кист, решающим фактором которых является размер кисты. Энуклеация - удаление всей кисты. Марсупиализация - создание окна в стенке кисты путем подъема слизисто- надкостничного лоскута и прикрепления выстилки кисты к слизистой оболочке рта, что позволяет дренировать содержимое Прогноз зависит от типа, размера и расположения кисты. Большинство кист полностью доброкачественные, а некоторые могут не нуждаться в лечении. В редких случаях некоторые кистозные поражения представляют собой локально агрессивные опухоли, которые могут вызвать разрушение окружающей кости, если их не лечить. Кисты этого типа обычно удаляются с краем здоровой кости, чтобы предотвратить повторное появление новых кист. Если киста разрастается до очень больших размеров, нижняя челюсть может ослабнуть, что приведет к патологическому перелому . После лечения пациента следует проинформировать о риске рецидива. Некоторые люди более восприимчивы, чем другие. Это может быть связано с состоянием полости рта и зубов или по наследству. В некоторых случаях после операции остаются кисты, называемые остаточными кистами.

**ТРАВМАТОЛОГИЯ   ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

* **Вывих нижней челюсти** — выведение головки сустава за пределы суставной впадины. Различают передний и задний (значительно реже), острый и хронический («привычный») вывихи нижней челюсти.
* Острый вывих нижней челюсти возникает в результате попытки откусить большой кусок пищи, при смехе, крике и т.п.
* Лечение острого вывиха нижней челюсти направлено на восстановление анатомического взаимоотношения (вправление), иммобилизацию (создание неподвижности) на определенный срок и профилактику воспалительных процессов.
* **Стоматологическая травма** — это травма лица, рта, и в особенности зубов, губ и периодонта. Изучением стоматологической травмы занимается стоматологическая травматология.
* **Переломы зубов**
* Нарушение эмали, Трещины эмали, Повреждения эмали и дентина, Комплексный перелом зуба, Корневой перелом зуба
* **Повреждения периодонта**
* Подвывих зуба, Вывих зуба, Интрузия зуба, Отрыв зуба
* **Разрыв мягких тканей, наиболее часто губ и десны**
* Факторы риска
* Маленькие дети
* Спорт, особенно контактные виды спорта
* Пирсинг в языке и губах
* Военные тренировки
* Острые изменения атмосферного давления, то есть стоматологические баротравмы, которые могут влиять на аквалангистови авиаторов
* Патологический прикус

**Расщепление нёба**

Расще́лина нёба, или хейлосхизис (*cheiloschisis*), разг. *заячья губа*, *волчья пасть* — разрыв, расщелина в средней части нёба, возникающая вследствие незаращения двух половин нёба или двух отростков верхней челюсти в период эмбрионального развития. Также возможно приобретённое расщепление нёба в результате опухолевого, инфекционного процессов или физического повреждения. Может быть поражена лишь часть нёба (например, только мягкое нёбо или язычок нёба), или же расщелина может проходить по всей длине, сочетаясь с билатеральными расщелинами в передней части верхней челюсти.

## Классификация

## Различают четыре формы:

* незаращение мягкого нёба;
* незаращение мягкого и части твёрдого нёба;
* полное одностороннее незаращение мягкого и твёрдого нёба;
* полное двухстороннее незаращение.

## Этиология

Данная патология встречается у одного из 2500 новорождённых. Она бывает двусторонней или односторонней.

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ: АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ**

* **Флегмо́на** (от др.-греч[.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) φλεγμονή — жар, воспаление) — острое разлитое гнойное воспаление клетчаточных пространств; в отличие от абсцесса, не имеет чётких границ.
* По расположению различают флегмону подкожную , подфасциальную, межмышечную, забрюшинную, околопочечную (паранефрит), околопрямокишечную (парапроктит), клетчатки средостения, флегмоны стопы, кисти и др.
* Возбудители флегмон — преимущественно стафилококк и другие гноеродные микроорганизмы, реже — кишечная палочка и анаэробы; Возбудители проникают в клетчатку через поврежденную кожу или из расположенных рядом очагов инфекции (фурункул, кариес зубов, нагноившиеся лимфоузлы и т. д.); иногда заносятся с током крови (гематогенно) из расположенных вдали очагов.
* Признаки флегмоны — боль, отёк; при подкожной флегмоне — гиперемия кожи; повышение температуры тела, озноб и др. Возможны переход воспалительного процесса на соседние органы, развитие сепсиса.
* Если этиологический фактор не уничтожается (например, крупный паразит, высокопатогенные микроорганизмы) и в тканях сохраняется гной, то возможна его инкапсуляция с превращением гноя в сухую творожистую массу. В то же время гнойное воспаление жизненно важных органов представляет большую опасность для организма. Инфекционное гнойное воспаление, особенно флегмона, может вызвать разъедание сосудов, занос с током лимфы и крови гнойных элементов и микроорганизмов в другие органы с развитием в них новых гнойников или сепсиса.
* Вскрытие и дренирование гнойного очага, антибиотики, физиотерапия. Прогноз благоприятный, возможно полное выздоровление. В слаборазвитых странах прогноз, как правило, очень плохой.
* Гигиена кожи и медицинская обработка её при микротравмах, своевременное лечение пиодермий и других местных очагов инфекции.

**Абсцесс**

* **Абсцесс** (лат. *abscessus* — нарыв) — гнойное воспаление тканей с их расплавлением и образованием гнойной полости, может развиться в подкожной клетчатке, мышцах, костях, а также в органах или между ними. Абсцесс может возникать как самостоятельно (фурункул), так и как осложнение другого заболевания (пневмония, травма, ангина — паратонзиллярный абсцесс).
* Развитие абсцесса связано с попаданием в организм гноеродных микробов через повреждения кожи или слизистых оболочек или с заносом возбудителя по кровеносным и лимфатическим сосудам из другого гнойного очага. Защитная реакция организма проявляется в образовании капсулы, ограничивающей абсцесс от здоровых тканей.
* Клиническая картина
* Абсцесс отличается большим полиморфизмом и зависит от этиологии, локализации абсцесса и его размеров.
* При локализации абсцесса в поверхностных тканях всегда имеются все 5 классических симптомов воспаления:
* Покраснение, припухание, повышение температуры ,болезненность,
* Холодный абсцесс — скопление гноя на ограниченном пространстве (обычно небольшом) без местных и общих проявлений воспалительной реакции (боль, покраснение кожи, повышение температуры тела), свойственных обычному абсцессу. Наблюдается преимущественно в определённые фазы течения костно-суставного туберкулёза или актиномикоза.
* Поддиафрагмальный абсцесс — скопление гноя, часто с газом, под грудобрюшной преградой (диафрагмой); осложнение острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости (аппендицит, холецистит, панкреатит, прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки) или их травматических повреждений, сопровождающихся перитонитом.
* Натёчный абсцесс — ограниченное скопление гноя, не сопровождающееся острой воспалительной реакцией; встречается при костно-суставном туберкулёзе. В отличие от обычных «горячих» абсцессов туберкулёзные «холодные» абсцессы характеризуются весьма скрытым и медленным развитием (в течение нескольких недель и месяцев) и отсутствием таких признаков острого воспаления, как боль, краснота и другие.
* Лечение в большинстве случаев — хирургическое.
* Местное — состоит из сочетания гигиенических и лечебных мероприятий. Осторожно выбривают волосы, тщательно антисептическими растворами обрабатывают область поражения.
* Применяют физиотерапевтические мероприятия (УФО, УВЧ). Местно накладывают повязки с левомеколем или стелланином.

**Список используемой литературы**

* <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A7%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%BD%D0%BE-%D0%BB%D0%B8%D1%86%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D1%8F_%D1%85%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%8F>
* книга А. У. Евдакимов, Г. А. Васильев
* Хирургическая стоматологи
* https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%BB%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%87%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5\_%D0%BE%D0%BF%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B8\_%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8\_%D1%80%D1%82%D0%B0#%D0%9E%D1%82%D0%B4%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5\_%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8\_%D1%80%D0%B0%D0%BA%D0%B0\_%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8\_%D1%80%D1%82%D0%B0

**Заключение**

Закончив свой проект, я могу сказать, что все что было задумано , получилось.

Если бы я начала работу заново , я бы взяла намного больше направлений и раскрыла их более подробно.

В следующем году я планирую продолжить работу над этой темой ,так как она очень заинтересовала меня.

Я надеюсь что я раскрыла тему своего проекта, так как она достаточно сложная.

Работа над проектом доказала мне что я сделала правильный выбор для своей будущей профессии , так как сейчас я еще больше хочу пойти в медицинский вуз и продолжить мамино дело.