

ХИРУРГИЯ ВЗРОСЛАЯ

ЗАДАЧА № 1

Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли при глотании, а так же боли в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в ухо. Наличие увеличенных лимфоузлов в правой подчелюстной области. Местно: рот открывается на 2,0 см. В подчелюстной области справа пальпируются увеличенные, болезненные лимфоузлы. Жевательная поверхность 2/3 коронковой части 48 покрыта гиперемированной, отечной слизистой оболочкой, пальпация которой болезненна, из под капюшона отмечается гнойное отделяемое.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 3) Какова тактика врача в данной ситуации?

Ответ: гнойный перикоронит. Перикоронит и позадиомолярный периостит диагностируют на основании характерной клинической картины и рентгенологических данных. На рентгенограмме нижней челюсти в боковой проекции видны положение нижнего зуба мудрости, состояние его периодонта и окружающей кости, отношение к ветви и каналу нижней челюсти. Позадиомолярный периостит в отличие от перикоронита сопровождается образованием воспалительного инфильтрата в позадиомолярной области. При хроническом процессе характерна резорбция кости чаще в виде широкой щели у шейки зуба и по ходу корня, нередко в виде полулуния.

Прежде всего необходимо ликвидировать острые воспалительные явления. При катаральной форме перикоронита может оказаться эффективной только обработка пространства под капюшоном антисептическими растворами из шприца с затупленной иглой. При гнойном перикороните проводят перикоронаротомию – рассечение капюшона, прикрывающего коронку зуба или его дистальную часть. Под рассеченный капюшон вводят небольшую тонкую полоску йодоформной марли.

При перикороните и позадиомолярном периостите хороший лечебный эффект дает однократная или двукратная новокаиновая или тримекаиновая блокада по типу проводниковой и инфильтрационной анестезии (целесообразна инфильтрация тканей, окружающих зуб мудрости с добавлением антибиотиков, фурацилина, протеолитических ферментов). Показан прием внутрь сульфаниламидных препаратов, противовоспалительных и антигистаминных средств. При позадиомолярном периостите проводят курс антибиотикотерапии. Назначают тепловые процедуры в виде ванночек для рта, полосканий, ингаляций; физические методы лечения – УВЧ, микроволновую терапию по 5–7 процедур, излучение гелий-неонового лазера. При воспалительной припухлости окологлазничных мягких тканей, лимфадените показаны наружные мазевые повязки, светолечение лампой соллюкс.

ЗАДАЧА № 2.

Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли в области 38. Отмечает, что такие обострения повторяются в течение года третий раз. Местно: рот открывается на 2,5 см, слизистая оболочка над 38 отечна, гиперемирована, дистальная часть жевательной поверхности зуба покрыта слизистой оболочкой. Зуб смещен в сторону преддверия рта.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Определите показания и противопоказания к удалению 38.
- 3) Техника удаления 38.

Ответ: то же, что и в №1. Удаление третьего большого коренного зуба. Этот зуб также имеет передний и задний корни. Они могут срастаться в один корень конусовидной формы. Часто корни значительно искривлены и загнуты назад. В некоторых случаях этот зуб имеет три и более расходящихся или сросшихся корня. С наружной стороны альвеола имеет очень толстый компактный слой кости (за счет косой линии), с внутренней – тонкий.

Аномалии зуба (размеров, формы, прорезывания), особенности строения кости создают нередко большие трудности при его удалении. Удаляя 38 зуб, врач становится справа и впереди больного, поворачивает его голову к себе, II пальцем левой руки он отодвигает щеку, III пальцем – язык, I пальцем поддерживает нижнюю челюсть за подбородок. Удаление производят клювовидными щипцами или щипцами, изогнутыми по плоскости, имеющими на конце щечек треугольные выступы.

Вывихивают зуб плавными движениями, смещая его вначале в язычную, затем в щечную сторону. Иногда удалить зуб щипцами не удастся, тогда применяют элеваторы. Извлекают зуб из лунки вверх и в сторону щеки, Удаление прямым элеватором. При удалении третьего нижнего большого коренного зуба щечку элеватора вводят со щечной стороны, так же как и штыковидный элеватор, в межзубной промежутке между вторым и третьим зубами. Желобок щечки элеватора должен быть обращен к удаляемому зубу. Вводя элеватор в глубь межзубного промежутка и делая им небольшие вращательные движения, вывихивают зуб.

ЗАДАЧА №3.

Больная, 48 лет, обратилась с жалобами на наличие разрушенного 27, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюстной пазухи слева. Местно: имеется разрушенная коронковая часть 27. При рентгенологическом исследовании 27 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дис-

тального щечного корня. Под инфльтрационной анестезией удалены корни 27, при ревизии лунки отмечается обильное гнойное отделяемое.

ВОПРОС:

Поставьте диагноз.

- 1) Какие симптомы прободения верхнечелюстной пазухи? Как установить клинически наличия перфорации?
- 2) Тактика врача в данном случае.

Ответ: хронический периодонтит. прободение верхнечелюстной пазухи

Из лунки удаленного зуба выделяется кровь с пузырьками воздуха. Во время выдоха через нос, зажатый пальцами, воздух со свистом выходит из лунки. Хирургическая ложка беспрепятственно погружается на большую глубину. В отдельных случаях наблюдается кровотечение из соответствующей половины носа. При наличии гнойного процесса в пазухе из лунки зуба выделяется гной.

Тактика: Снять воспаление медикаментозным лечением и промыванием пазухи через лунку с последующей пластикой свища

ЗАДАЧА № 4.

Больной, 48 лет, во время удаления корней 26, обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Определите тактику врача в данной ситуации.
- 3) Возможно ли закрытие перфорации верхнечелюстной пазухи сразу после удаления, и каким способом?

Ответ: прободение верхнечелюстной пазухи

провести пластику oro-антрального сообщения слизисто-надкостничным лоскутом с переходной складки или неба.

Нельзя. При отсутствии в ней воспалительного процесса следует добиться образования в лунке кровяного сгустка. Для предохранения его от механического повреждения и инфицирования лунку прикрывают йодоформной турундой.

ЗАДАЧА №5.

Больная, 63 лет, в тяжелом состоянии поступила в клинику с жалобами на резкие постоянно ноющие боли в области правой половины головы, невозможность глотания, открывание рта, общую слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°C. Из анамнеза выявлено, что два дня назад в поликлинике по месту жительства производилось удаление 18,17 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление, боли в области верхней челюсти усиливались, распространялись на всю правую половину головы, прогрессировало ограничение открывания рта, нарастали боли при глотании. Объективно: кожные покровы бледные, лицо покрыто холодным потом, на вопросы врача отвечает вяло. Температура тела при поступлении 41,2°C. Определяется отек мягких тканей в височной и околоушно-жевательных областях справа (симптом «песочных часов»), а так же отек верхнего и нижнего век правого глаза. Кожа правой височной области в цвете не изменена, однако при пальпации в толще височной мышцы определяется резко болезненный, плотный, с нечеткими контурами воспалительный инфильтрат. Флюктуации не определяется. Открывание рта невозможно, отмечаются лишь незначительные резко болезненные боковые движение нижней челюсти. В полости рта слизистая оболочка переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 16 и отсутствующих 18, 17 гиперемирована, отечна. При пальпации по направлению к бугру верхней челюсти определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. Так же наблюдается отек слизистой оболочки мягкого неба и верхних отделов боковой стенки глотки справа.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Составьте план лечения.
- 3) Укажите локализацию и направление разрезов, которые необходимо провести для адекватного вскрытия воспалительного очага.
- 4) Укажите особенности данного оперативного вмешательства.

Ответ со сборника ГЭЗ:

1. Флегмона подвисочной, крылонебной ямок справа. Обострение хронического периодонтита 8]. План лечения: удаление 8], вскрытие гнойных очагов и их дренирование. В данном случае целесообразно применение активного дренирования, раневого диализа. Проведение массивного местного и общего противовоспалительного, антибактериального, дезинтоксикационного и симптоматического лечения.

2, 3, 4. Для вскрытия флегмоны подвисочной и крылонебной ямок используют сочетание внутриротового (по переходной складке на уровне моляров) и внеротового (по переднему краю височной мышцы) разрезов. Из этих разрезов проникают и вскрывают гнойные очаги в подвисочной, крылонебной ямках, производят ревизию височной области. В контрапертуру вводятся сквозные дренажи. Для вскрытия флегмоны орбиты производится вскрытие верхнечелюстной пазухи с соответствующей стороны традиционным способом. Гнойный очаг вскрывается путем трепанации верхне-задней стенки пазухи. Эвакуация гнойного отделяемого осуществляется через соустье с нижним носовым ходом.

Наличие отека обоих век левого глаза связано с тем, что воспалительный отек распространился по периневральной клетчатке правого зрительного нерва, через перекрест правого и левого зрительных нервов и затем по периневральной клетчатке левого зрительного нерва в полость левой глазницы, на ее клетчатку.

Необходима консультация Офтальмолога, невропатолога.

Подвисочная ямка располагается у основания черепа и отграничивается от находящейся выше и снаружи от нее височной области подвисочным гребнем. Ее границы: верхняя – височная поверхность большого крыла клиновидной кости, внутренняя – латеральная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости и крыловидно-глоточная часть мышечной оболочки глотки; передняя – бугор верхней челюсти; наружная – ветвь нижней челюсти.

Флегмона подвисочной и крыловидно-небной ямок может также осложняться распространением инфекции на клетчатку глазницы, вены лица, последующим развитием тромбоза синусов твердой мозговой оболочки.

ЗАДАЧА № 6.

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющие боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в левую затылочную область, висок. Так же беспокоят боли при глотании, отмечает ограничение открывания рта. Повышение температуры тела до 37,5°C. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 27. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании. Больной к врачу не обращался, самостоятельно применял теплые содовые полоскания. В течении 4-х дней боли в зубе прошли, однако накануне обращения к врачу появились боли при глотании и открывании рта. Обратился к ЛОР-врачу, после осмотра, которого патологии ЛОР-органов не выявлено, направлен на консультацию к стоматологу. Объективно: определяется единственный, увеличенный, болезненный лимфатический узел в поднижнечелюстной области слева. Незначительный отек мягких тканей над скуловой дугой слева. Открывание рта 1,0-1,5 см, резко болезненное в области верхней челюсти, в задних ее отделах слева. При внутриротовом осмотре: коронковая часть 27 частично разрушена, перкуссия слабо болезненна, отмечается подвижность II степени. Переходная складка с вестибулярной стороны на уровне 26 27 28 отечна, гиперемирована, пальпация альвеолярного отростка безболезненна. При пальпации за бугром верхней челюсти слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании 27 отмечаются участки разрежения костной ткани в области корней и бифуркации с нечеткими контурами, глубокие костные карманы.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз, составьте план лечения.
- 2) Опишите методику оперативного вмешательства.
- 3) Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывания рта и болезненность при глотании.

Ответ со сборника ГЭЗ:

1. Диагноз: абсцесс подвисочной ямки. План лечения: удаление 17, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального и противовоспалительного лечения.
2. Под местной инфильтрационной или туберальной анестезией с премедикацией производится разрез слизистой оболочки переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 15678. Затем тупым путем, используя изогнутый по плоскости кровоостанавливающий зажим (типа Бильрот), очень осторожно, чтобы не вызвать кровотечения из крыловидного венозного сплетения нужно проникнуть в подвисочную ямку. Для этого, ориентируясь на бугор верхней челюсти, инструмент проводится кзади, кверху и кнутри. После вскрытия абсцесса, в рану вводится резиновый выпускник. Местно: больному назначаются теплые ротовые ванночки с гипертоническими растворами. Дренажи в последующем не меняются, а лишь подтягиваются до момента прекращения гноетечения.
3. Ограничение открывания рта и болезненность при глотании связаны с тем, что воспалительный процесс локализуется в области медиальной и латеральной крыловидных мышц, принимающих участие в движениях нижней челюсти, а также в области верхних отделов боковой стенки глотки.

ЗАДАЧА №7.

Больной, 42 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подподбородочной и поднижнечелюстных областях, затрудненное, резко болезненное открывание рта, болезненность при разговоре, глотании, движении языком, затрудненное дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание, озноб. Заболевание началось 2 дня назад, после переохлаждения: появилась незначительная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной области. Симптомы быстро нарастали. В анамнезе: аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больного вынужденное: сидит, подавшись вперед и немного опустив голову. Рот полуоткрыт, вытекает слюна. Температура тела 39,4°C. Несколько заторможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный инфильтрат без четких границ, занимающий две поднижнечелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блестит, в складку не собирается. Дыхание хриплое. Открывание рта до 2,0 см, резко болезненное. При внутриротовом осмотре язык приподнят, отечен, движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налета. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отечна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвеолярного отростка. Коронки 47 46 34 35 36 разрушены.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2) Укажите возможные причины возникновения заболевания.
- 3) Составьте план обследования и лечения.
- 4) Укажите вид обезболивания, под которым планируется проведение оперативного вмешательства.

Ответ: флегмона дна полости рта, возможно ангина Людвига

Флегмона дна полости рта может развиваться вследствие распространения инфекции в одних случаях из подъязычной или обеих этих областей, в других – из поднижнечелюстного, подподбородочного треугольников, корня языка.

Границы дна полости рта: верхняя – слизистая оболочка полости рта; нижняя – кожа правой и левой поднижнечелюстных и подподбородочного треугольников; задняя – корень языка и мышцы, прикрепляющиеся к шиловидному отростку; передненаружная – внутренняя поверхность тела нижней челюсти. Дно полости рта имеет два этажа: верхний, расположенный над челюстно-подъязычной мышцей, и нижний, находящийся под ней.

При хирургическом вмешательстве (под общим наркозом) широко вскрывают наружными разрезами пораженные клетчаточные пространства: поднижнечелюстные, подподбородочный треугольники, подъязычные области, промежуток между подбородочно-язычными мышцами языка, а также вовлеченные в процесс окологлоточные и крыловидно-нижнечелюстные пространства.

Целесообразно проведение воротникового или дугообразного разреза ниже края нижней челюсти и широкое вскрытие всех пораженных областей путем рассечения челюстно-подъязычной мышцы. При вскрытии отмечаются характерные изменения в тканях: расположенная здесь клетчатка имеет серо-зеленый, темно-бурый до черного цвет; гноя нет, из тканей выделяется мутная кровянистая или коричневатая-серая зловонная жидкость, иногда с пузырьками газа. Клетчатка, мышцы некротизированы, представляют собой сероватую зловонную массу.

После операции благоприятное течение заболевания характеризуется снижением температуры тела, улучшением общего состояния больного. Из операционных ран начинает выделяться гной, отторгаются омертвевшие ткани, если они не были удалены при операции, и постепенно появляются грануляции. Дальнейшее заживление ран протекает обычно без осложнений. В других случаях – при гнилостно-некротической флегмоне воспалительные явления склонны к прогрессированию. Чаще развиваются медиастиниты, но может быть восходящее распространение инфекции. Воспалительное заболевание может осложняться сепсисом, при котором опасны для жизни больных септический шок и острая дыхательная недостаточность.

ЗАДАЧА №8.

Больной, 34 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Беспокоит так же затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в 47, усиливающиеся при накусывании. Боли нарастали, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба припухлость увеличилась, боли и симптомы нарушения функции нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела 38,5°C. В обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограниченно собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу резко болезненно. Слизистая оболочка обеих челюстно-язычных желобков и подъязычной области отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 47 заполнена организующимся кровяным сгустком, покрытым фибринозным налетом. На ортопантограмме в области лунки 47 патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
- 2) Укажите на признаки, не характерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?
- 3) Опишите методику оперативного лечения.

Ответ: (?) Диффузный остеомиелит нижней челюсти, периостит, флегмона поднижнечелюстной и подбородочной области

(?) абсцесс челюстно-подъязычного и флегмоны поднижнечелюстного и подбородочной области

См. № 8

- 1) Флегмона дна полости рта
- 2) на рентгенограмме на уровне 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы. (предположительно доброкачественная опухоль)
- 3) Дугообразный разрез по краю Н/ч пересекая брюшко двухбрюшной мышцы отодвигая поднижнечелюстную слюнную железу, тупым путем проникаем к гнойному очагу, вскрываем и ставим дренажи.

ЗАДАЧА 9.

Больная, 39 лет, поступила с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в правой поднижнечелюстной области, ограниченное болезненное открывание рта, боли в 45, усиливающиеся при накусывании, общую слабость, недомогание, повышении температуры тела до 38,0°C. 45 заболел 10 дней назад. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, к врачу не обращалась. Два дня назад появилась и начала быстро увеличиваться болезненная припухлость в правой поднижнечелюстной области. При этом боли в 45 несколько уменьшились. Обратилась к врачу. Объективно: в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой инфильтрат, занимающий всю область. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку. Определяется незначительный участок флюктуации в центре инфильтрата. Коллатеральный отек распространяется на поднижнечелюстную, нижние отделы щечной области, верхние отделы шеи справа, а так же подподбородочную область. Открывание рта 1,0-1,5 см, болезненное. В полости рта слизистая оболочка челюстно-язычного желобка и подъязычной области отечна, пальпация болезненна, боли иррадиируют в поднижнечелюстную область. В коронковой части 45 имеется глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия безболезненная. При рентгенологическом исследовании в области верхушек корней 45 определяется разряжение костной ткани с нечеткими контурами. Зуб ранее лечен, каналы запломбированы не полностью.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Опишите методику оперативного вмешательства.
- 3) Укажите анатомические границы поднижнечелюстной области.

Ответ: Флегмона поднижнечелюстного треугольника справа

Оперативное лечение заключается в проведении разреза со стороны кожи в поднижнечелюстном треугольнике, ниже края нижней челюсти и параллельно ему, длиной при абсцессе – 1,5–2 см, при флегмоне – 5–7 см, раздвигая ткани пинцем. При флегмоне, рассекая послойно кожу, подкожную клетчатку, подкожную мышцу шеи, поверхностную и собственную фасции шеи, обязательно вводят палец в глубь операционной раны и, осторожно отодвигая поднижнечелюстную слюнную железу, проникают во все отделы пораженной области, особенно позади и выше железы. При расслаивании тканей при обнаружении лицевой артерии лигируют ее. Проводят эвакуацию гноя, некротомию и антисептическую и антибактериальную обработку раны.

Границы поднижнечелюстного треугольника: верхняя – челюстно-подъязычная мышца, листок собственной фасции шеи; нижняя – переднее и заднее брюшко двубрюшной мышцы и поверхностный листок собственной фасции шеи; наружная – внутренняя поверхность основания нижней челюсти.

ЗАДАЧА №10.

В стоматологический стационар поступила больная, 42 лет, с жалобами на постоянные ноющие боли в горле справа, резко усиливающиеся при глотании, резкое ограничение открывания рта, общую слабость, недомогание, озноб, повышение температуры тела до 38,5°C. При осмотре обнаружен воспалительный инфильтрат, резко болезненный в области боковой стенки глотки справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. Коронковая часть 48 разрушена на 2/3, перкуссия болезненна. Кроме того, внимание врачей было обращено на наличие болезненного, подвижного опухолевидного образования с четкими контурами, мягко-эластичной консистенции в толще правой щеки. Больная сообщала, что 2 года назад ей был поставлен диагноз: липома правой щечной области, но от предложения оперативного лечения она воздержалась. После проведенного обследования больной был поставлен диагноз: абсцесс окологлоточного пространства. Произведено удаление 48, абсцесс вскрыт внутриротовым путем, получен гной. Больная госпитализирована. Однако после проведенного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться, явления воспаления нарастали. Через несколько часов диагноз был изменен: флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа. Произведено повторное оперативное вмешательство внеротовым доступом. Получено большое количество гнойного отделяемого. После этого состояние больной начало улучшаться.

ВОПРОС:

- 1) Почему после первого оперативного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться?
- 2) Как могло повлиять наличие липомы щечной области на тактику оперативного и консервативного лечения?
- 3) Опишите методику вскрытия флегмоны внеротовым доступом.

Ответ:

1) Первичный гнойный очаг был в крыловидно-нижнечелюстном пространстве, который распространялся в окологлоточное.

Границы крыловидно-нижнечелюстного пространства: наружная – ветвь нижней челюсти; внутренняя – медиальная крыловидная мышца; верхняя – латеральная крыловидная мышца. Спереди пространство граничит с щечной мышцей, прикрепляющейся к крыловидно-нижнечелюстному шву, сзади оно частично прикрыто околоушной слюнной железой.

- 2) Липома щечной области не оказывает никакого влияния в оперативном доступе к крыловидно-нижнечелюстному пространству, опухоль доброкачественная, противопоказана УВЧ терапия, и другие методы физиолечения на область липомы
- 3) Флегмону крыловидно-нижнечелюстного пространства вскрывают разрезом со стороны кожных покровов, окаймляющим угол нижней челюсти. Достигнув скальпелем кости в области угла и основания нижней челюсти,

отделяют или отсекают нижний отдел медиальной крыловидной мышцы, проникают тупым путем кверху на внутреннюю поверхность ветви нижней челюсти к участку скопления гноя.

ЗАДАЧА №11.

Больному показано удаление 26 по поводу хронического периодонтита.

ВОПРОС:

- 1) Выберите метод обезболивания.
- 2) Назовите нервы, иннервирующие 26 зуб и окружающие мягкие ткани.
- 3) Назовите среднюю зону обезболивания.
- 4) Перечислите анестетики, которые можно использовать у данного больного.
- 5) Назовите инструмент, необходимый для удаления.

Ответ:

1) Туберальная анестезия

2) *задние верхние луночковые ветви (rami alveolares superiores posteriores)* подглазничного нерва, (задние верхние альвеолярные ветви)

При полуоткрытом рте больного отводят шпателем или зеркалом щеку кнаружи. Иглу располагают под углом 45° к гребню альвеолярного отростка. Скос ее должен быть обращен к кости. Вкол иглы производят на уровне коронки второго большого коренного зуба или между вторым и третьим большими коренными зубами в слизистую оболочку, отступя от переходной складки 0,5 см вниз

Иглу продвигают вверх, назад и внутрь на глубину 2,5 см, отводя шприц кнаружи для того, чтобы игла все время располагалась как можно ближе к кости. Это в известной мере предотвращает повреждение артерий, вен крыловидного венозного сплетения и возникновение кровоизлияния в окружающие ткани. После введения 2 мл обезболивающего раствора анестезия наступает через 7–10 мин. При отсутствии больших коренных зубов ориентируются по скулоальвеолярному гребню, идущему от скулового отростка верхней челюсти к наружной поверхности альвеолярного отростка, который расположен на уровне первого большого коренного зуба. Вкол иглы делают позади скулоальвеолярного гребня, что соответствует середине коронки отсутствующего второго большого коренного зуба.

3) Зона обезболивания: первый, второй, третий большие коренные зубы; надкостница альвеолярного отростка и покрывающая ее слизистая оболочка в области этих зубов с вестибулярной стороны; слизистая оболочка и костная ткань задненаружной стенки верхнечелюстной пазухи. Задняя граница зоны обезболивания постоянна. Передняя граница может проходить по середине коронки первого большого коренного зуба или доходить до середины первого малого коренного зуба. Это объясняется различной выраженностью анастомозов со средней альвеолярной ветвью, а также непостоянством отхождения ее от подглазничного нерва.

4) Анестетики: артикаин (альфакаин, ультракаин), лидокаин, септанест, убестезин

5) Щипцы: S-образные щипцы с шипом справа, прямой элеватор

ЗАДАЧА № 12.

Пациенту, 55 лет, с повторной адентией предстоит операция альвеолотомии в области удаленных 24, 25 зубов по поводу хронического периодонтита, где имеются выступающие острые края лунок. У больного достоверно установленная непереносимость новокаина. В анамнезе из сопутствующей патологии: дважды перенесенный инфаркт миокарда, последний был около года назад.

ВОПРОС:

1. Какой способ обезболивания для проведения альвеолотомии Вы выберете?

Ответ:

1) Местная инфильтрационная анестезия

Методом выбора при наличии аллергических реакций на местные анестетики у стоматологических больных является обезболивание 1 % раствором димедрола, 1 % раствором супрастина, у пациентов с сердечнососудистой патологией предпочтительно использовать мепивакаин («сканданест»)

ЗАДАЧА 13.

На прием явился пациент, 43 лет, с жалобами на онемение нижней губы справа. Из анамнеза выявлено, что 20 дней назад ему был удален 36 по поводу хронического периодонтита. После чего болела вся правая половина нижней челюсти, затем боли стихли, лунка зажила. Постепенно стало нарастать онемение губы, особенно кожи, которые не проходили до настоящего времени. Из опроса выявлено, что во время обезболивания для удаления зуба больной почувствовал резкий, короткий «болевого удар» в нижнюю челюсть слева. Удаление зуба было безболезненным и без затруднений.

ВОПРОС:

- 1) В чем причина нижней губы?
- 2) Составьте план лечения.

Ответ:

1) Невропатия нижнего луночкового нерва возникает вследствие повреждения его в нижнечелюстном канале при удалении больших коренных зубов. Верхушечный отдел корней этих зубов находится в непосредственной близо-

сти от нижнечелюстного канала. В некоторых случаях в результате хронического периодонтита кость между верхушечной частью корня и стенкой нижнечелюстного канала рассасывается. Во время вывихивания корня элеватором из глубоких отделов лунки можно травмировать нерв, в результате чего частично или полностью нарушается его функция: появляется боль в челюсти, онемение нижней губы и подбородка, снижение или выпадение чувствительности десны, снижение электровозбудимости пульпы зубов на пораженной стороне.

2) Обычно все эти явления через несколько недель постепенно проходят. При выраженном болевом симптоме назначают анальгетики, физиотерапию импульсными токами, ультрафиолетовое облучение. Для ускорения восстановления функции нерва назначают курс инъекций витамина В1 (по 1 мл 6% раствора через день, 10 инъекций). Проводят электрофорез 2% раствора новокаина (5–6 процедур по 20 мин) или 2% раствора новокаина с 6% раствором витамина В1 (5–10 процедур по 20 мин). Хорошие результаты дает введение внутрь в течение 2–3 нед витамина В2 (по 0,005 г 2 раза в день) и витамина С (по 0,1 г 3 раза в день), а также до 10 инъекций дибазола (по 2 мл 0,5% раствора через день), галантамина (по 1 мл 1 % раствора в день), экстракта алоэ (по 1 мл ежедневно), витамина В12 (по 1 мл 0,02% раствора через день).

ЗАДАЧА № 14.

На амбулаторном приеме в стоматологическом кабинете после проведения инфильтрационной анестезии 1,0 мл раствором ультракаина по поводу лечения пульпита 25 зуба стало резко ухудшаться общее состояние пациента: появилась слабость, давящее чувство за грудиной, бледность кожных покровов лица, рук, выступил холодный пот, появилась тошнота. Выраженная тахикардия, пульс слабый, артериальное давление резко падает. С момента появления первых неблагоприятных признаков прошло около 3-4 минут.

ВОПРОС:

1) О каком осложнении может идти речь?

2) Кроме физических мероприятий, какое медикаментозное лечение должно быть незамедлительно предпринято?

Ответ:

1) Анафилактический шок // приступ стенокардии (?)

2) Оказание помощи. Необходимо обеспечить проходимость верхних дыхательных путей: повернуть голову больного набок, вытянуть язык, очистить рот от рвотных масс, выдвинуть нижнюю челюсть вперед, начать искусственное дыхание (в зависимости от клинической ситуации). Для прекращения поступления антигена в кровь зону введения последнего следует обколоть 0,5 мл 0,1 % раствора адреналина, разведенного в 5–10 мл изотонического раствора хлорида натрия или, если это технически невозможно, по ходу введения антигена инъецировать 1 мл адреналина. Следует ввести антигистаминные препараты (2–4 мл 1% раствора димедрола или 2–3 мл 2,5% раствора супрастина, 2 мл 2,5% раствора пипольфена), 3–5 мл 3% раствора пред-низолона, 0,5 мл 0,1 % раствора адреналина гидрохлорида (внутривенно или внутримышечно). Хороший эффект дает введение 100–120 мл 5% эpsilon-аминокапроновой кислоты. Если имеются признаки прогрессирования бронхоспазма, показано введение 2,4% раствора эуфиллина (10 мл) или 0,5% раствора изадрина (2 мл). Для поддержания сердечной деятельности вводят диуретики и сердечные гликозиды: 2–4 мл лазикса, 1–0,5 мл 0,06% раствора коргликона. Эта терапия проводится на фоне ингаляции кислорода. Лекарственные препараты следует вводить внутривенно. Внутримышечное инъецирование малоэффективно.

При отсутствии улучшения в состоянии больного следует повторить введение препаратов. При показаниях проводят сердечно-легочную реанимацию.

ЗАДАЧА №15.

Больная, 48 лет, обратилась с просьбой удалить корни 27 с целью подготовки полости рта к протезированию. Во время проведения анестезии у больной появилась слабость, головокружение, потемнение в глазах. Пульс учащен и слабый.

ВОПРОС:

1) Поставьте диагноз.

2) Определите причины подобного состояния.

3) Действия врача в данной ситуации.

Ответ:

1) Обморок.

2) Состояние обусловлено острой аноксией головного мозга. Причиной могут быть психоэмоциональное напряжение, страх

3) Оказание помощи. Больной следует придать горизонтальное положение, обеспечить приток свежего воздуха. Дать вдыхать пары нашатырного спирта. Кожу лица, шеи следует обтереть полотенцем, смоченным в холодной воде. Эти простейшие мероприятия оказываются эффективными. Крайне редко возникает необходимость во введении сердечно-сосудистых средств и аналептиков (кордиамин, кофеин, эфедрин) внутримышечно в терапевтических дозах.

ЗАДАЧА № 16.

Больной, 62 лет, для удаления 36 проведена мандибулярная анестезия. После анестезии больная побледнела, появился холодный пот, похолодели конечности, пульс частый, нитевидный, плохого наполнения, артериальное давление низкое, дыхание поверхностное.

ВОПРОС:

1. Поставьте диагноз.
2. Действия врача в данной ситуации.

Ответ:

1) **Коллапс.**

2) **Оказание помощи.** Больную необходимо перевести в горизонтальное положение или положение Тренделенбурга. Внутривенно следует ввести 20–60 мл 40% раствора глюкозы с 2–5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, 2–3 мл кордиамина, 1–2 мл 10% раствора кофеина. Внутримышечно можно медленно ввести 1 мл 0,1% раствора стрихнина. Показано введение 10% раствора хлорида кальция (10 мл). При неэффективности проводимой терапии нужно ввести 0,3–0,5 мл 5% раствора эфедрина или 1% раствора мезатона в 20 мл 40% раствора глюкозы. По показаниям может быть применен 0,1% раствор норадреналина гидрохлорида в 400 мл полиглюкина (капельно), 30–60 мг преднизолона (2–3 мл 3% раствора препарата). Следует помнить, что на 1 г сухого вещества глюкозы необходимо ввести 5 ЕД инсулина внутримышечно. Терапию следует проводить на фоне ингаляции кислорода.

ЗАДАЧА № 17.

Обратилась больная с жалобами на постоянные, ноющие боли в области нижней челюсти, чувство онемения в губах, чувство «ползания мурашек» в десне и подбородочной области слева.

Неделю тому назад был удален 36. При проведении мандибулярной анестезии больная почувствовала резкую боль. Удаление зуба было безболезненным. Анестезия держалась долго. Электровозбудимость пульпы 31 32 33 34 35 36 37 38 снижена, перкуссия этих зубов умеренно болезненная.

ВОПРОС:

- 1) Ваш предполагаемый диагноз.
- 2) Причина осложнения.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику.

Ответ:

1) **Невропатия нижнего луночкового нерва слева**

- 2) Причина повреждение нерва при проведении анестезии у отверстия нижней челюсти
- 3) Диф. диагностика с невритом нижнего альвеолярного нерва, невропатией тройничного нерва, с периоститом н/ч, с острым остеомиелитом н/ч, хроническим периодонтитом

Невропатия тройничного нерва (атипичная тригеминальная невралгия)

Характеризуется длительными, умеренной интенсивности болевыми ощущениями в зоне иннервации соответствующей ветви, которые периодически приступообразно усиливаются. Продолжительность их составляет от нескольких часов до нескольких суток, с постепенным ослаблением интенсивности. Выявляются нарушения чувствительности, а при поражении 3-й ветви парезы жевательных мышц.

Острый остеомиелит . на рентгене нет ничего. На боль в области причинного зуба и других, рядом расположенных зубов. Боль усиливается, становится рвущей, иррадирующей по разветвлениям тройничного нерва в глазницу, височную область, ухо. Одной из характерных жалоб при остеомиелите нижней челюсти является нарушение поверхностной чувствительности красной каймы нижней губы, слизистой оболочки преддверия рта, кожи подбородка соответствующей стороны (онемение, чувство ползания мурашек). В случае развития гнойно-воспалительного процесса в мягких тканях боль как бы перемещается за пределы челюсти, появляются жалобы, характерные для околочелюстной флегмоны (припухание, сведение челюстей, боль при глотании, жевании). Почти всегда наблюдаются головная боль, общая слабость, повышение температуры тела, нарушение аппетита и сна.

Периостит

повышение температуры тела до 38-38,5С.

слабость, потеря аппетита;

боль в области причинного зуба и челюсти;

припухлость и отек мягких тканей в области воспаления;

длительность заболевания – как правило, в течение 2-3 дней беспокоит кариозный зуб, который ранее мог быть лечен, затем появляется боль и припухлость челюсти.

выраженный воспалительный отек околочелюстных мягких тканей. На нижней челюсти отек тканей распространяется на поднижнечелюстную область;

открытие рта болезненное, инфильтрация мягких тканей, гиперемия, флюктуация, сглаженность переходной складки, гиперемия слизистой, болезненность при пальпации; симптом «флюктуации»;

Рентгенография челюстей – нарушения в околокорневых тканях зуба, расширение периодонтальной щели.

ЗАДАЧА № 18.

Больному показано удаление 37 по поводу хронического периодонтита.

ВОПРОС:

- 1) Выберите метод обезболивания.
- 2) Назовите нервы иннервирующие 37 и окружающие мягкие ткани.
- 3) Назовите среднюю зону обезболивания.
- 4) Перечислите анестетики, которые можно использовать у данного больного.
- 5) Назовите инструмент, необходимый для удаления.

Ответ:

1) Внутривисочную мандибулярную анестезию

2) Иннервация: нижний луночковый нерв

Методика:

Анестезия с помощью пальпации. Для проведения ее необходимо пальпаторно определить расположение позади-молярной ямки и височного гребешка, который является ориентиром для вкола иглы. От венечного отростка к язычной стороне альвеолярного отростка нижней челюсти спускается костный валик – височный гребешок (*crista temporalis*). В нижнем отделе этот гребешок разделяется на внутреннюю и наружную ножки, которые ограничивают небольшой треугольный участок – позади-молярный треугольник. Между передним краем ветви нижней челюсти, переходящим книзу в косую линию (*linea obliqua*) и височным гребешком, имеется небольшое углубление треугольной формы – позади-молярная ямка (*fovea retromolaris*)

Костные ориентиры пальпируют указательным пальцем левой руки, если анестезию проводят справа, или большим пальцем, если ее выполняют слева.

При широко открытом рте больного ощупывают передний край ветви нижней челюсти на уровне дистального края коронки третьего большого коренного зуба (при его отсутствии – сразу же за вторым большим коренным зубом). Переместив палец несколько кнутри, определяют височный гребешок, проекцию которого мысленно переносят на слизистую оболочку. Палец фиксируют в ретромолярной ямке. Расположив шприц на уровне малых коренных зубов противоположной стороны, вкол иглы делают кнутри от височного гребешка и на 0,75–1 см выше жевательной поверхности третьего большого коренного зуба. Продвигают иглу кнаружи и кзади. На глубине 0,5–0,75 см она достигает кости. Выпустив 0,5–1 см раствора анестетика, выключают язычный нерв, который расположен кпереди от нижнего альвеолярного нерва. Продвинув иглу еще на 2 см, доходят до костного желобка (*sulcus colli mandibulae*), где расположен нижний альвеолярный нерв перед вхождением его в канал нижней челюсти. Здесь вводят 2–3 мл анестетика для выключения этого нерва.

Ветвь нижней челюсти расположена не строго в сагиттальной плоскости, а под некоторым углом к ней, причем передний край ее лежит ближе, а задний – дальше от средней линии. Выраженность наклона ветви у различных больных варьирует. Поэтому, введя иглу на глубину 0,75 см до кости и выключив язычный нерв, продвинуть ее глубже к нижнечелюстному отверстию, не меняя первоначального положения шприца, не всегда представляется возможным. Нередко возникает необходимость переместить шприц на Уровень центральных резцов и продвинуть иглу кзади параллельно

внутренней поверхности ветви нижней челюсти на глубину 2 см по направлению к нижнечелюстному отверстию и *sulcus colli mandibular*

Анестетики: артикаин (альфакаин, ультракаин), лидокаин, септанест, убестезин

Щипцы: клювовидные щипцы с шипом справа, прямой элеватор

ЗАДАЧА № 19.

Больной А., 37 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие корней 36. Из анамнеза жизни выявлено заболевание крови гемофилией «А».

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Какие методы обследования проведете данному больному.
- 3) Какова тактика лечения больного.

Ответ:

Перелом корней 36 зуба

Определение состояния свертывающей и противосвертывающей систем крови (развернутая коагулограмма).

Подготовку их к операции осуществляют совместно с гематологом. Под контролем коагулограммы назначают средства, нормализующие показатели гемостаза. При гемофилии вливают антигемофильную плазму, криопреципитат или антигемофильный глобулин, свежечитратную кровь; при тромбопении – тромбоцитарную взвесь, цельную кровь, витамины К и С. Изготавливают пластмассовую защитную пластинку.

Удаление зуба у таких больных стремятся выполнить с наименьшей травмой кости и окружающих мягких тканей. После удаления зуба лунку тампонируют гемостатической губкой, антисептической гемостатической губкой или сухой плазмой, накладывают защитную пластинку. Прошивать края десны для удержания в лунке гемоста-

тических препаратов не рекомендуется, так как проколы слизистой оболочки являются дополнительным источником кровотечения.

В послеоперационном периоде продолжают общую терапию, направленную на повышение свертываемости крови (трансфузии крови, антигемофильной плазмы, криопреципитата, аминокaproновой и аскорбиновой кислот, назначение кальция хлорида, гемофобина, рутина, викасола). Гемостатические препараты в лунке оставляют до полного ее заживления. Таким больным не следует удалять одновременно несколько зубов.

ЗАДАЧА №20.

Доставлен больной с кровотечением из лунки удаленного зуба. Выявлено, что несколько часов назад удален 47, дома началось сильное кровотечение. Раньше при удалении зубов кровотечения не было.

ВОПРОС:

1. Назовите возможные источники кровотечения.

Ответ:

Кровотечение из глубины лунки обычно связано с повреждением сравнительно крупной зубной веточки нижней альвеолярной артерии. В большинстве случаев первичное кровотечение возникает из сосудов мягких тканей и кости вследствие травматично проведенной операции с разрывом или размозжением десны и слизистой оболочки полости рта, отломом части альвеолы, межкорневой или межальвеолярной перегородки. Кровотечение из глубины лунки обычно связано с повреждением сравнительно крупной зубной веточки нижней альвеолярной артерии. Обильным кровотечением может сопровождаться удаление зуба при развившемся в окружающих тканях остром воспалительном процессе, так как сосуды в них расширены и не спадаются.

У некоторых больных после удаления зуба под влиянием действия адреналина, применяемого вместе с анестетиком при обезболивании, наступает раннее вторичное кровотечение. Вначале адреналин вызывает сокращение стенок артериол в ране, но через 1-2 ч наступает вторая фаза его действия - расширение сосудов, вследствие чего и может возникнуть кровотечение. Позднее вторичное кровотечение из лунки происходит через несколько дней после удаления зуба. Оно связано с развитием воспалительного процесса в ране и гнойным расплавлением организуемых тромбов в сосудах, поврежденных во время операции.

ЗАДАЧА №21.

После удаления 45 началось сильное кровотечение из слизистой оболочки десны и лунки удаленного зуба. Больной скрыл, что страдает гемофилией.

ВОПРОС: Ваша тактика:

- 1) способ гемостаза;
- 2) какие гемостатики можно использовать местно;
- 3) куда госпитализировать больного?

Ответ: В экстренных случаях, до получения коагулограммы, внутривенно вводят 10 мл 10% раствора кальция хлорида или 10 мл 10% раствора глюконата кальция, или 10 мл 1% раствора амбена. Одновременно с этими препаратами вводят внутривенно 2-4 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты. В дальнейшем общую гемостатическую терапию проводят целенаправленно, исходя из показателей коагулограммы.

При гемофилии вливают антигемофильную плазму, криопреципитат или антигемофильный глобулин, свежечитратную кровь

После удаления зуба лунку тампонируют гемостатической губкой, антисептической гемостатической губкой или сухой плазмой, накладывают защитную пластинку. Прошивать края десны для удержания в лунке гемостатических препаратов не рекомендуется, так как проколы слизистой оболочки являются дополнительным источником кровотечения.

В послеоперационном периоде продолжают общую терапию, направленную на повышение свертываемости крови (трансфузии крови, антигемофильной плазмы, криопреципитата, аминокaproновой и аскорбиновой кислот, назначение кальция хлорида, гемофобина, рутина, викасола). Гемостатические препараты в лунке оставляют до полного ее заживления. Таким больным не следует удалять одновременно несколько зубов.

Оказание неотложной хирургической стоматологической помощи больным с гемофилией проводят только в условиях стационара.

ЗАДАЧА № 22.

Жалобы на постоянную боль в области тела нижней челюсти слева, плохое самочувствие, слабость, жар, сменяющийся ознобами.

АНАМНЕЗ: 5 дней назад заболел 36 зуб, коронка которого была разрушена. Затем появилась припухлость в подчелюстной области, боль в зубе прекратилась, температура тела поднялась до 39°. Лечение не проводилось. ОБЪ-

ЕКТИВНО: нарушение конфигурации лица за счет припухлости тканей левой подчелюстной области, кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпируется отек мягких тканей в области нижней трети подчелюстной области, увеличенные, болезненные

поднижнечелюстные лимфоузлы. Открывание рта ограничено, слизистая оболочка щеки и альвеолярного отростка нижней челюсти слева отечна, гиперемирована, переходная складка в области нижней челюсти слева сглажена, ее пальпация болезненна. 36 зуб полностью разрушен, 34 35 37 38 зубы подвижны, из десневых карманов выделяется гной. Выявлен симптом Венсана.

ВОПРОС:

1) Поставьте диагноз.

2) Составьте план лечения.

Ответ: диффузный остеомиелит нижней челюсти, коллатеральный отек окологлазничных тканей

Лечение. Терапия при острой стадии остеомиелита челюсти

должна быть комплексной, проводится в стоматологическом стационаре. Она состоит из хирургического вмешательства – первичной обработки гнойных очагов в надкостнице, кости, прилежащих к ней мягких тканей и противовоспалительной, дезинтоксикационной, общеукрепляющей, стимулирующей, симптоматической терапии. Характер и объем оперативных вмешательств, комплексная лекарственная терапия, физические методы и другие лечебные воздействия определяются общим состоянием организма, особенностями патогенеза и местной клинической симптоматикой.

При местном лечении проводят срочную первичную хирургическую обработку гнойных очагов (удаление зуба – источника инфекции), вскрытие гнойных очагов под надкостницей, в кости и окологлазничных мягких тканей, дренирование.

В начальном периоде острого остеомиелита при удалении зуба создаются условия для оттока гноя. Чем раньше удален зуб, тем быстрее стихают воспалительные явления, меньше опасность распространения процесса. Подвижные зубы укрепляют металлической шиной. Удаление зуба следует сочетать с одновременным вскрытием гнойных очагов в кости, под надкостницей и в мягких тканях. Разрезы в преддверии рта целесообразно сочетать с перфорацией кости для создания лучшего оттока гноя и улучшения микроциркуляции. Оперативное вскрытие окологлазничных гнойных очагов внутриротовыми или внеротовыми разрезами проводят под общим или местным потенцированным обезболиванием с тримекаиновыми или лидокаиновыми блокадами. Последние повторяют через день, на курс лечения 3–6, иногда более блокад. У отдельных ослабленных пациентов с сопутствующими заболеваниями удаление зуба может быть отсрочено до ликвидации острых воспалительных явлений или может быть второстепенным вмешательством (при технических трудностях операции – смещении, затрудненном прорезывании зуба, гиперцементозе корней и др.).

Большое значение необходимо придавать уходу за гнойными ранами с использованием орошения, инсталляции, промывания, местного диализа (применяют различные антисептические растворы, нитрофурановые, антибактериальные и иммунные препараты).

При нормергическом течении острого остеомиелита челюсти проводят противовоспалительную (антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны), десенсибилизирующую, общеукрепляющую, стимулирующую и симптоматическую терапию. Лекарственные вещества вводят внутримышечно и внутривенно. Активная иммунотерапия, антигенные стимуляторы эффективны в общем комплексе терапии.

ЗАДАЧА № 23.

У больного 20 лет диагностирован хронический неспецифический лимфаденит поднижнечелюстной области. Полость рта не санирована. Сопутствующее заболевание - хронический тонзиллит.

ВОПРОС:

1) Какова последовательность лечебных мероприятий?

Ответ: **Лечение.** При лимфадените прежде всего необходимо соответствующее вмешательство в области источника инфекции (излечение хронического тонзиллита), чтобы предотвратить дальнейшее поступление микроорганизмов в лимфатические узлы.

При хроническом с обострением лимфадените проводят хирургическое лечение – первичную хирургическую обработку гнойной раны: разрез соответственно локализации процесса (вскрытие гнойника), выскабливание некротизированных тканей, медикаментозное воздействие на очаг воспаления.

ЗАДАЧА № 24.

У больного в области щеки, подбородка имеются отек и инфильтрация кожи, границы не четкие, определяются свищи со скудным отделением крошкообразного гноя. В некоторых участках имеются мелкие плотные рубцы.

ВОПРОС:

1) Назовите предположительный диагноз и форму поражения.

2) Проведите дифференциальную диагностику.

Ответ: **Актиномикоз кожи.** Язвенная форма (различают 3 формы актиномикоза кожи: гуммозно-узловатую, бугорково-пустулезную и язвенную). У детей и подростков гуммозно-узловатая форма.

Следует дифференцировать от гранулирующий периодонтита, подкожной гранулемы, околокорневой кисты, хронического остеомиелита челюстей, свищей лица и шеи, туберкулеза

Спец. диагностика: Микроскопическое исследование гноя, из свищевого хода. Внутрикожная проба с актинолизатом

Вторичный туберкулез кожи — скрофулодерма — отличается от актиномикоза тем, что часто поражение кожи развивается вблизи от туберкулезного поражения челюсти, окологлазничных лимфатических узлов. Образовавшиеся в коже и подкожной клетчатке узлы (или цепочка узлов) не обладают характерной для актиномикоза плотностью тканей, а довольно быстро спаиваются с эпидермисом, вскрываются наружу, образуя язвы, заполненные

казеозными массами и распадом тканей. Всегда образуются язвы и свищи. Распознаванию помогают туберкулинодиагностика, исследование мазков и бактериоскопия, которые проводятся с целью нахождения или выделения микобактерий туберкулеза, а также морфологического исследования тканей из очага.

Для лейшманиоза кожи лица, как и для актиномикоза, характерно образование плотного воспалительного бугорка. Однако при лейшманиозе образуется ограниченный бугорок, которому не свойственна подлежащая инфильтрация тканей. Он быстро распадается с образованием язвы, имеющей неровные, изъеденные края. гистологического исследование. При лейшманиозе обнаруживают картину хронического воспалительного процесса: среди эпителиоидных, плазматических, нейтрофильных клеток находят множество паразитов (тельца Боровского).

от хронических форм поверхностной и глубокой пиодермии кожи. Для последних характерны болезненность пораженных тканей, большая выраженность нагноительных процессов в очаге и реакция регионарных лимфатических узлов. При стафилококковом гноиничке процесс часто связан с волосяным фолликулом кожи. Наблюдаются распространение процесса по протяжению и отдельные поражения кожи лица, не связанные друг с другом.

Для абсцесса подслизистой ткани характерны сравнительно быстрое развитие и четкость симптомов воспаления (боль, отек тканей, быстрое размягчение инфильтрата). Актиномикоз развивается медленнее, болевые ощущения при нем выражены незначительно, инфильтрат плотный, наблюдается изменение слизистой оболочки: она приобретает белесоватый цвет, становится сухой и мутной.

Сифилитический первичный комплекс отличается еще большей плотностью тканей (вплоть до хрящевой консистенции), чем актиномикоз. Наблюдается эрозивное центральное отделяемое инфильтрата, отличающегося мяско-красным цветом, а затем изъязвление. На поверхности язвы легко обнаруживаются бледные трепонемы. Процесс сопровождается значительным увеличением и уплотнением регионарных лимфатических узлов. Серодиагностика сифилиса позволяет окончательно распознать заболевание.

Рак полости рта Плотность инфильтрата, отсутствие болевого синдрома и реакции регионарных лимфатических узлов. Для актиномикоза характерен довольно обширный инфильтрат, который захватывает подслизистую ткань и только потом спаивается со слизистой оболочкой. При раке процесс вначале ограничен участком слизистой оболочки и только потом инфильтрируется подлежащая подслизистая ткань.

Актиномикозный периостит челюсти нужно отличать от подобных проявлений банальной и специфической (сифилитической) природы. Характерными признаками процесса в периосте, вызванного гноеродными формами микробов, являются острое начало, выраженность местного болевого синдрома и быстрая (в течение 2—3 дней) динамика болезни. Сифилитический периостит челюсти, так же как актиномикозный, характеризуется медленным и вялым развитием, плотной диффузной инфильтрацией периоста с последующим размягчением и распадом. Но при сифилисе процесс сопровождается самопроизвольными болями, беспокоящими больно о ночью, что не характерно для актиномикоза. После распада сифилитической гуммы периоста остается язва с нависающими плотными краями. Поверхность кости под пораженным периостом шероховатая. После рубцевания язвы на поверхности альвеолярного отростка сохраняются валикообразные утолщения, напоминающие гиперпластический процесс при актиномикозном периостите. Серодиагностика, цитологические и морфологические исследования позволяют уточнить диагноз.

ЗАДАЧА № 25.

Больному показано удаление 24, 25, по переходной складке в области 23 24 25 имеется воспалительный инфильтрат.

ВОПРОС:

- 1) Выберите метод обезболивания, дайте анатомическое обоснование.
- 2) Назовите инструмент, необходимый для удаления премоляров.
- 3) Соберите инструменты для проведения операции цистэктомии.

Ответ: Инфраорбитальная анестезия. Так как переходной складке в области 23 24 25 имеется воспалительный инфильтрат инфильтрационная анестезия невозможна.

Блокируются периферические ветви подглазничного нерва (малой гусиной лапки), передние верхние альвеолярные ветви и среднюю верхнюю альвеолярную ветвь

Зона обезболивания: резцы, клыки и малые коренные зубы, костная ткань альвеолярного отростка, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области этих зубов, слизистая оболочка и костная ткань передней, задненаружной (частично), нижней и верхней стенок верхнечелюстной пазухи, кожа подглазничной области, нижнего века, крыла носа, перегородки носа, кожа и слизистая оболочка верхней губы

Для удаления верхних премоляров используют S-образные щипцы с несходящимися щечками без шипа

Инструменты для цистэктомии: скальпель, распатор, крючки, трепан, фиссурный бор, кусачки, фреза, угловой элеватор, хирургическая ложка, иглодержатель, игла, кетгут

ЗАДАЧА № 26.

Больному показана операция резекции верхушки корней 21 22.

ВОПРОС:

- 1) Выбрать метод обезболивания.
- 2) Назвать инструменты, необходимые для проведения названной операции.
- 3) Опишите этапы операции.

Ответ: Инфраорбитальная анестезия. Зона обезболивания: резцы, клыки и малые коренные зубы, костная ткань альвеолярного отростка, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области этих зубов, слизистая оболочка и костная ткань передней, задненаружной (частично), нижней и верхней стенок верхнечелюстной пазухи,

Инструменты для цистэктомии: скальпель, распатор, крючки, трепан, фиссурный бор, кусачки, фреза, угловой элеватор, хирургическая ложка, иглодержатель, игла, кетгут

Операцию производят под проводниковой и инфльтрационной анестезией.

В области наружной поверхности альвеолярного отростка делают дугообразный, линейный, углообразный или трапециевидный разрез с таким расчетом, чтобы при зашивании раны линия разреза не проходила на уровне трепанационного отверстия, а лоскут перекрывал его своими краями

Отделив от кости с помощью распатора слизисто-надкостничный лоскут, его оттягивают по направлению к переходной складке тупым или острым зубным крючком. Нередко участок передней стенки зубной альвеолы в области хронического околоверхушечного очага бывает изменен. Часто наблюдается порозность наружной компактной пластинки, проявляющаяся в увеличении количества и размеров имеющихся здесь и в обычных условиях мелких отверстий.

Иногда наружная стенка лунки бывает узурирована, а околоверхушечный очаг в области образовавшегося костного дефекта спаян с надкостницей. На этом участке отделять слизисто-надкостничный лоскут следует с помощью скальпеля, осторожно рассекая спаянные ткани.

Трепанацию наружной стенки зубной альвеолы производят крупными шаровидными, а также фиссурными борами. Ими же расширяют до необходимых размеров имеющуюся в некоторых случаях узуру стенки зубной альвеолы.

Можно переднюю стенку трепанировать и удалить в необходимых пределах плоским долотом, снимая тонкими слоями ткань до обнажения передней поверхности верхушечной части корня, после чего расширяют отверстие в стенке альвеолярного отростка с помощью желобоватого долота

Обнажив таким путем окруженную грануляционной тканью верхушку корня, приступают к его удалению. Корневую верхушку следует спиливать фиссурным бором или торцовой фрезой. Нежелательно отсечение верхушки корня долотом, так как нередко бывают косые отломы участков корня зуба.

Отделенную верхушку корня вместе с гранулемой удаляют ложкой или пинцетом или после удаления верхушки зуба выскабливают из полости грануляции и участки размягченной кости. Если при этом обнаруживается, что культя корня немного выступает в просвет полости и препятствует тщательному выскабливанию расположенного позади него участка кости, то ее сглаживают фрезой или крупным шаровидным бором, одновременно обрабатывая ими края костной раны. Слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют узловатыми швами

ЗАДАЧА № 27.

Обратился больной с жалобами на внезапно развившийся парез мимической мускулатуры правой половины лица. 15 минут назад больному удалили 46 под мандибулярной анестезией. Удаление зуба прошло безболезненно.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) С чем связано наступившее осложнение?
- 3) Тактика врача.
- 4) Какая еще анестезия может вызвать аналогичное осложнение?
- 5) Как избежать подобного осложнения?

Ответ: парез мимических мышц вследствие блокады ветвей лицевого нерва. Парез может пройти самостоятельно при отсутствии механического повреждения нерва после окончания действия анестетика, с вазоконстриктором парез протекает дольше. При повреждении нерва требуется хирургическая операция в неврологическом стационаре. А также комплексная терапия (противовоспалительная, десенсибилизирующая, физиолечение) + при торусальной, но чаще при мандибулярной, так как она выполняется у нижнечелюстного отверстия. Избежать можно выполняя без резких движений и правильно техники и проведения мандибулярной анестезии.

ЗАДАЧА № 28.

Больной М. жалуется на боль в области 16. Коронка зуба разрушена, перкуссия болезненна, на рентгенограмме 16 имеется разрушение ткани в области щечного медиального корня, затемнение верхнечелюстной пазухи.

ВОПРОС:

- 1) Опишите методы обследования.
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Назовите возможные осложнения.

4) Тактика ведения больного.

Основой диагностики острого синусита являются клиническая картина заболевания, данные обследования и результаты осмотра. На рентгенограмме обнаруживается снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи. Рентгеновские снимки зубов позволяют уточнить источник одонтогенной инфекции.

Ответ: Одонтогенное воспаление верхнечелюстной пазухи (хронический в/ч синусит)

При внешнем осмотре обнаруживается припухлость (отек) в щечной и подглазничной областях, у некоторых больных изменений может не быть. Пальпация и перкуссия передней стенки тела верхней челюсти, скуловой кости болезненны. Регионарные лимфатические узлы на стороне поражения увеличены, болезненны. В преддверии полости рта отмечаются покраснение, отечность слизистой оболочки. Перкуссия 2–3 зубов (малых и больших коренных) болезненна. В полости носа с соответствующей стороны наблюдаются отек и гиперемия слизистой оболочки, увеличение средней или нижней раковины и выделение гноя из носового хода, особенно при наклоне головы вниз и вперед.

При хроническом синусите небольшой давности и ограниченности патологических изменений в пазухе удаляют зуб – источник инфекции, проводят пункции пазухи с промыванием ее и введением лекарственных веществ, а также комплекс лечебных мероприятий, рекомендованный при остром процессе. После такого консервативного лечения может наступить выздоровление. Хроническое воспаление верхнечелюстной пазухи чаще требует радикальной операции – по Колуэллу–Люку. При этой операции удаляют патологические ткани из верхнечелюстной пазухи и делают широкое соустье ее с нижним носовым ходом. Операцию проводят под проводниковым (туберальная, инфраорбитальная, резцовая, небная анестезия), инфльтрационным обезболиванием 1–2 % растворами новокаина, лидокаина или тримекаина и аппликационной анестезией в области нижнего носового хода и нижней носовой раковины 3 % раствором дикаина с адреналином, местной потенцированной анестезией или эндотрахеальным наркозом. Производят разрез по верхнему своду преддверия рта от бокового резца до второго большого коренного зуба. Отслаивают слизисто-надкостничный лоскут и при помощи распатора обнажают переднюю поверхность тела верхней челюсти. При помощи бормашины, трепанов, костных кусачек формируют костное окно в пазуху и удаляют из нее патологические ткани: утолщенную и измененную слизистую оболочку, полипы, грануляции, инородные тела.

В носовой стенке верхнечелюстной пазухи в области нижнего носового хода делают отверстие размером 1,5*1,5 см, формируя

широкое соустье с полостью носа. Верхнечелюстную пазуху заполняют тампоном, смоченным йодоформной жидкостью, конец которого через соустье выводят в полость носа. Рану в полости носа зашивают наглухо, накладывая кетгутовые швы. В случае прободения дна верхнечелюстной пазухи и при наличии перфорационного отверстия разрез делают через слизистую оболочку наружной стенки зубной альвеолы, удаляют грануляции до входа в пазуху и особенно тщательно – патологические ткани у перфорационного отверстия со дна верхнечелюстной пазухи.

При ушивании раны в полости рта производят пластическое закрытие перфорационного отверстия. При этом следует учитывать ширину альвеолярного отростка на месте перфорации, протяженность ее (в области одного – двух зубов), наличие рубцовых изменений слизистой оболочки. Пластическое закрытие перфорационного отверстия производят путем выкраивания трапециевидного лоскута со стороны преддверия рта. Укладывая лоскут на место дефекта, обращают внимание на возможность его натяжения. В таких случаях производят удлинение его путем горизонтального рассечения надкостницы у основания лоскута. При перфорационном отверстии на участке альвеолярного отростка, не имеющего ряда зубов, следует широко выкраивать и отсепаровывать слизисто-надкостничный лоскут со стороны преддверия рта и мостовидный лоскут в области твердого неба.

Перфорационное отверстие в пределах одного зуба целесообразно закрывать языкообразным лоскутом, выкроенным из слизистой оболочки твердого неба. Размеры лоскута: ширина должна соответствовать расстоянию между зубами, длина – трем величинам ширины. Лоскут укладывают в область дефекта альвеолярного отростка и фиксируют узловатыми кетгутовыми швами. Рану закрывают йодоформной марлей и надевают заранее изготовленную защитную пластинку.

При значительных размерах перфорационного отверстия, рубцовых изменениях слизистой оболочки в его окружности производят закрытие дефекта путем выкраивания языкообразного слизисто-надкостничного лоскута со стороны преддверия рта – от альвеолярного отростка к своду, перемещают его на область дефекта и фиксируют кетгутовыми швами.

На следующий день после радикальной операции на верхнечелюстной пазухе удаляют йодоформный тампон. Проводят ежедневный туалет защитной пластинки и раны. На 7–8-й день снимают часть швов (через один), а остальные – при последующей перевязке на 9–10-й день. Защитную пластинку следует носить 14–16 дней, а иногда до 3 нед.

ЗАДАЧА № 29.

Доставлен больной с кровотечением после удаления зуба. Выявлено, что несколько часов назад удален 36, дома открылось кровотечение, которое резко усиливалось, была вызвана скорая помощь. Заболеванием крови, гипертонической болезнью больной не страдает, раньше при удалении зуба кровотечения не было. В полости рта видны сгустки и свежая кровь, слизистая оболочка альвеолярного гребня не разорвана. После анестезии и удаления сгустка, а так же ревизии лунки установлено, что кровотечение исходит со дна лунки.

ВОПРОС:

- 1) Источник кровотечения.
- 2) Анестезия.
- 3) Способ гемостаза, какие гемостатики можно использовать?
- 4) Грудоспособен ли больной?

Ответ:

- 1) из крупной зубной веточки нижней альвеолярной артерии вследствие нарушения больным инструкций врача
- 2) торусальная или мандибулярная (проводниковая) анестезия
- 3) Для того чтобы остановить кровотечение из глубины лунки, ее вначале очищают от тромба и осколков кости хирургической ложкой, а после промывания раствором антисептика просушивают и плотно тампонируют турундой, пропитанной йодоформной жидкостью, начиная со дна и заполняя всю лунку. Для тампонады применяют также биопластик с тромбином, эпислон-аминокапроновую кислоту, противостолбнячную сыворотку, биологические геморрагические препараты (гемостатическая губка, фибринная пленка, коллагеновая губка)
Хороший эффект дает прижигание трихлоруксусной кислотой, кристалликами калия перманганата.
- 4) в день операции нет

ЗАДАЧА № 30.

При повторном посещении у больного с острым гнойным периоститом нижней челюсти выявлено понижение чувствительности кожи в области нижней губы слева, подвижность интактных 35, 37.

ВОПРОС:

- 1) С чем связано появление новых клинических симптомов?
- 2) О каком диагнозе можно думать?

Ответ:

- 1) **Симптом Венсана** — анестезия или парестезия в области половины нижней губы и подбородка при воспалении, сдавлении или разрыве волокон нижнего альвеолярного нерва, обусловленных патологическим изменением тканей нижней челюсти.
- 2) Об остеомиелите

ЗАДАЧА №31.

Диагностирован острый гнойный периостит верхней челюсти (источник инфекции 16), имеется инфильтрация переходной складки правой верхней челюсти.

ВОПРОС:

- 1) Составьте план лечения.
- 2) Назовите длину разреза и ткани, какие следует послойно рассекать.

Ответ:

- 1) под инф.анест. перестомия от 15 до 17 зуба А/биотики внутрь (Линкомицин 2капсХ2раза в день /Вильпрафен солютаб 1капс.Х1раз
Обезболивающие по показаниям , перевязки с промыванием раны по дренажу р-ром фурацилина полоскание отварами трав , Тантум-верде.
- 2) рассекаем послойно слизистую подслизистую и надкостницу.

ЗАДАЧА № 32.

После перенесенного гриппа больная периодически отмечает гнойное выделение из правой половины носа, повышение температуры тела по вечерам до 37,5°C, боли в зубах правой верхней челюсти.

ВОПРОС:

Какое обследование следует провести?
Проведите дифференциальную диагностику.
Острый в\ч синусит

- 1) рентгенконтроль в 2 проекциях, КТ
- 2) диф.диагностика с осл.кариеса. (периодонтиты, кисты, гнойный ринит)

<i>признак</i>	<i>Одонтогенный синусит</i>	<i>Риногенный синусит</i>
Источник инфекции	Местный воспалительный очаг одонтогенной природы, периодонтит, периостит, остит, остеомиелит, нагноившиеся одонтогенные кисты, ретенированный зуб, повреждение дна пазухи	Экзогенная общая инфекция полости носа: вирусная, аденовирусная
Сообщение верхне-челюстной пазухи с полостью рта	Очень часто сопровождается сообщением с полостью рта на месте удаленного причинного зуба. Открытая форма синусита.	Сообщение с полостью рта всегда отсутствует. Закрытая форма синусита

Риногенные гаймориты	· двусторонний характер поражения · отсутствие «причинного» зуба · выделения из носа в большинстве случаев не имеют зловонного запаха
Аллергические гаймориты	· характеризуются, отсутствием связи с острым или обострившимся хроническим периодонтитом · протекают более продолжительно, с частыми обострениями и ремиссиями (сезонностью), при этом имеется сочетание воспалительного процесса и в других придаточных полостях, обильное выделение жидкого экссудата из носа; выраженный отек и синюшность слизистой оболочки носа

ЗАДАЧА № 33.

Больной в течении месяца отмечает субфебрильную температуру, боли в области зубов правой верхней челюсти, гнойные выделения из правой половины носа. 16 ранее лечен по поводу осложненного кариеса.

ВОПРОС:

- 1)Предполагаемый диагноз?
- 2)Перечислите методы обследования больного.

Ответ:

- 1) Острый одонтогенный в\ч синусит
- 2) рентгенконтроль в 2 проекциях, ОПГ, КТ

ЗАДАЧА № 34.

Больной 67 лет жалуется на боли в ранее леченом 16, припухлость мягких тканей правой щечной области, повышение температуры тела до 37,7°C. В анамнезе: интрамуральный инфаркт миокарда, перенесенный полгода назад. В настоящее время АД 190/110 мм.рт.ст, пульс 98 уд/мин, через 5-7 ударов определяется экстрасистола. Тоны сердца глухие. Асимметрия лица за счет отека мягких тканей правой щечной области, открывание рта в полном объеме, 16 под пломбой, перкуссия безболезненная, подвижность II степени, по переходной складке в области 17, 16, 15 пальпируется болезненный инфильтрат, слизистая оболочка гиперемирована.

ВОПРОС:

- 1)Поставить диагноз.
- 2)Какова тактика лечения больного?
- 3)Где должен лечиться больной?
- 4)Какой вид обезболивания показан больному?
- 5)Какой анестетик Вы выберете больному с сердечно-сосудистой патологией?
- 6)Как называется операция.

Ответ:

- 1) обострение хр.Рт 16 периостит от 16
- 2) удаление источника (16 зуба), периостотомия, дренирование
- 3) желателно лечить в стационаре.
- 4) Местное обезболивание
- 5) Анест. без адреналина Мепивакаин («Скандонест», «Мепидонт», «Изокаин»), Лидокаин
- 6) **Периостотомия** – рассечение надкостницы с частичным отслоением от кости. Нередко сопровождается установкой дренажа.

ЗАДАЧА № 35.

В поликлинику обратился больной с жалобами на боли и кровотечение из лунки удаленного зуба. Несколько дней назад удален 48 по поводу хронического периодонтита. После этого отмечались боли в лунке зуба, температура тела 37,5°C. Раньше при удалении зубов болей и кровотечений не было. Отмечается отек мягких тканей правой поднижнечелюстной области, пальпация болезненная, запах изо рта, лунка удаленного 48 покрыта некротическим сгустком, из-под которого выделяется кровь, пальпация слизистой оболочки альвеолярного гребня болезненная, незначительная инфильтрация.

ВОПРОС:

- 1)Причина кровотечения.
- 2)Диагноз.
- 3)Способ остановки кровотечения.
- 4)Тактика лечения.

Ответ:

- 1) расплавление крупной зубной веточки нижней альвеолярной артерии вследствие альвеолита
- 2) альвеолит
- 3-4) После проводникового обезболивания лунку промывают теплым раствором перекиси водорода, фурацилина, хлоргексидина в смеси с протеолитическими ферментами, 50 % раствором димексида с оксациллином. Острой костной ложечкой осторожно освобождают лунку от распавшегося кровяного сгустка и инородных тел, грануляций. Осуществляют пенициллин-новокаиновую блокаду окружающих мягких тканей. После промывания раствором антисептика просушивают и плотно тампонируют турундой, пропитанной йодоформной жидкостью, на-

чиная со дна и заполняя всю лунку. Для тампонады применяют также биопластик с тромбином, эписилон-аминокапроновую кислоту, противостолбнячную сыворотку, биологические гемостатические препараты (гемостатическая губка, фибриновая пленка, коллагеновая губка)

Хороший эффект дает прижигание трихлоруксусной кислотой, кристалликами калия перманганата.

Эффективно введение в лунку амниона, консервированного в хлорной воде. Внутри назначают анальгетики, витамины и сульфаниламиды, местно – УВЧ-терапию, сухое тепло, флюктуризацию, лазерное облучение

ЗАДАЧА № 36.

Больной, 45 лет, обратился с жалобами на ярко-красное пятно височной области слева, которое возникло два дня назад, отмечает вялость, повышение температуры. В общем статусе патологии не выявлено. Кожа височной области слева гиперемирована на участке, размером 1,0x1,5 см, лоснится, утолщена, болезненна. Окружающие ткани не изменены. Температура тела 37,8°C.

ВОПРОС:

1) Какое заболевание Вы можете предположить?

2) Каких клинических признаков не хватает для постановки окончательного диагноза?

Ответ:

1) Рожистое воспаление

2) не хватает данных анамнеза была ли травма кожи височной области т.к. инфицирование происходит через поврежденную кожу.

ЗАДАЧА № 37.

Больной, 45 лет, жалуется на жгучую боль и отек в области правой половины лица, на припухлость верхней губы. Заболел четыре дня назад, когда на верхней губе появились " три белые точки", боль усиливалась и больной обратился к врачу на 4-й день. Занимался самолечением. Общее состояние больного средней тяжести, температура тела 39,2°C. Больной заторможен. Отмечается значительный отек верхнего и нижнего век справа, подглазничной и щечных областей справа, птоз, экзофтальм справа. На верхней губе справа пальпируется уплотнение округлой формы до 3,0 см в диаметре, кожа напряжена и гиперемирована. В центре инфильтрата видны четыре гнойных стержня. Пальпируется плотный болезненный тяж от края нижней челюсти до внутреннего угла глаза справа. Кожа над тяжем синюшная. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, болезненны, спаяны в пакеты.

ВОПРОС:

1) Проведите обоснование диагноза.

2) Поставьте диагноз.

3) Определите место лечения больного: а) стационар, б) поликлиника.

4) Составьте план лечения, определите объем хирургического вмешательства.

Ответ:

1) **Карбункул с осложнениями. Тромбофлебит лицевых вен, тромбоз пещеристого синуса твердой мозговой оболочки**

2) в реанимационном отделении

3) вскрытие инфильтрата, дренирование, а/б терапия, дезинтоксикац.(реополиглюкин и др.) терапия, введение кроворазжижающих средств (ацетилсалицил.к-та), УФО облуч-е ,ГБО-тер-я

Интенсивную инфузионную терапию с включением антибактериальных, десенсибилизирующих, дезинтоксикационных, дегидратационных, антикоагуляционных лекарственных препаратов сочетают с реанимационными мероприятиями. Применяют гемосорбцию, плазмаферез, лимфосорбцию, подключение донорской селезенки. В динамике контролируют лабораторные показатели крови, мочи, иммунитета, свертывающей системы, метаболического обмена, показатели систем жизнеобеспечения и соответственно корригируют лечение

ЗАДАЧА № 38.

Больной, 44 лет, обратился с жалобами на болезненную припухлость верхней губы справа, появившуюся пять дней назад после того, как при бритье нанес микротравму в этом месте. В анамнезе ишемическая болезнь сердца в течение 20 лет. Температура тела 38°C. Полость рта санирована, верхняя губа и губощечная складка справа отечна, определяется инфильтрат в области верхней губы справа, болезненный при пальпации. Гиперемированная кожа над инфильтратом имеет синюшный оттенок. В центре - гнойная пробка 0,2x0,2 см. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, в основном на стороне поражения.

ВОПРОС:

1) Проведите обоснование диагноза.

2) Поставьте диагноз, установите стадию заболевания.

3) Определите место лечения: а) стационар, б) поликлиника.

4) Определите объем хирургического вмешательства.

ОТВЕТ:

1). Диагноз основывается на характерной клинической картине, результатах микробиологических и иногда морфологических исследований. Фурункул и карбункул следует дифференцировать от сибирской язвы (злокачест-

венный карбункул), для чего используют бактериологические исследования содержимого очага. Диагноз устанавливается при нахождении сибиреязвенной палочки.

2). Фурункул в гнойно-некротической стадии.

3). Стационар

4). Следует учесть то, что у больного в анамнезе ИБС. В стационаре. Общее лечение больных с фурункулом заключается в проведении им курса антимикробной (антибиотики в сочетании с сульфаниламидами), десенсибилизирующей, дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии, коррекции гомеостаза и обменных процессов. Местное лечение при фурункуле заключается в проведении 2-3 блокад в окружности очага (инфильтрация тканей 10-25 мл 0,25 % растворов новокаина и тримекаина с антибиотиками, фурацилином, ферментами), ультрафиолетовом облучении области фурункула, наложении повязок с гипертоническим раствором, мазью Вишневского. При хорошем оттоке можно проводить фонофорез с антибиотиками, димексидом, хлоридом кальция.

ЗАДАЧА № 39.

Больной, 28 лет, жалуется на болезненную припухлость в области подбородка, общую слабость. Давность заболевания - второй день. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Температура тела 37,7°C. Полость рта санирована. Фронтальные зубы нижней челюсти клинически и рентгенологически интактны. В подбородочной области справа определяется участок резко гиперемизированного болезненного инфильтрата, размером 1,0x1,5 см, в центре которого гнойная пустула в диаметре 0,1 x0,1 см. Прилежащие ткани и нижняя губа отечны. Регионарные лимфатические узлы справа болезненны, увеличены, подвижны.

ВОПРОС:

1)Поставьте диагноз, определите стадию заболевания.

2)Определите место лечения: а) стационар, б) поликлиника.

ОТВЕТ:

1). Фурункул в гнойно-некротической стадии.

2). В стационаре. Общее лечение больных с фурункулом заключается в проведении им курса антимикробной (антибиотики в сочетании с сульфаниламидами), десенсибилизирующей, дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии, коррекции гомеостаза и обменных процессов. Местное лечение при фурункуле заключается в проведении 2-3 блокад в окружности очага (инфильтрация тканей 10-25 мл 0,25 % растворов новокаина и тримекаина с антибиотиками, фурацилином, ферментами), ультрафиолетовом облучении области фурункула, наложении повязок с гипертоническим раствором, мазью Вишневского. При хорошем оттоке можно проводить фонофорез с антибиотиками, димексидом, хлоридом кальция.

ЗАДАЧА № 40.

Больной, 34 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Беспокоит также затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в 47, усиливающиеся при накусывании. Боли нарастали, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба припухлость увеличивалась, боли и симптомы нарушения функций нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела - 38,5°C. В обеих поднижнечелюстных и в подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемизирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограниченно собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу резко болезненно. Слизистая оболочка обеих челюстно-язычных желобков и подъязычной области отечна, справа гиперемизирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 47 заполнена организующимся кровяным сгустком, покрытым фибринозным налетом. На ортопантограмме в области лунки 47 патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

ВОПРОС:

1)Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

2)Укажите на признаки, не характерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?

3)Опишите методику оперативного лечения.

Ответ:

1)Флегмона дна полости рта

2)на рентгенограмме на уровне 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.(предположительно доброкачественная опухоль)

3) Дугообразный разрез по краю Н/ч пересекая брюшко двухбрюшной мышцы отодвигая поднижнечелюстную слюнную железу, тупым путем проникаем к гнойному очагу, вскрываем и ставим дренажи.

ЗАДАЧА № 41.

Больной, 33 лет, обратился с жалобами на наличие разлитой, резко болезненной припухлости правой половины лица, невозможность открывания рта, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,5-39,0°C. Из анамнеза выявлено, что четыре дня назад был избит неизвестными у подъезда своего дома. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. Удар пришелся в правую половину нижней челюсти. Два дня назад боли усилились, появилось ограничение открывания рта, недомогание, затем озноб. Симптомы нарастали. Обратился в травматологический пункт, направлен в стоматологический стационар. Объективно: в правой околоушно-жевательной области определяется разлитой, без четких границ воспалительный инфильтрат, занимающий всю область, резко болезненный, в глубине - флюктуация. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена, в складку не собирается. Открывание рта невозможно, определяются лишь незначительные боковые движения нижней челюсти. В поднижнечелюстной и позадичелюстной областях справа пальпируются увеличенные болезненные лимфоузлы. Выражен коллатеральный отек, распространяющийся на всю правую половину лица. В полости рта: отек слизистой оболочки задних отделов щечной и ретромолярной областей справа. Коронковые части 47,48 значительно разрушены. Перкуссия безболезненна. При рентгенологическом исследовании данных за перелом нижней челюсти не определяется, в области верхушек корней 47,48 имеется разрежение костной ткани с нечеткими контурами, размером 0,2-0,3 см.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Укажите, что послужило причиной развития воспалительного процесса?
- 3) Составьте план лечения, опишите методику оперативного вмешательства.

Ответ:

- 1) Флегмона околоушно-жевательной области
- 2) Гематома в следствии травмы (нагноилась)
- 3) разрез проводят несколько ниже угла н/ч. Дойдя скальпелем до угла отделяют от кости нижний отдел жевательной мышцы, а затем по наружной поверхности ветви н/ч проникают тупым путем вверх к скоплению гноя. Вскрывают очаг и дренируют.

Симптом Герена (отрицат.) — признак перелома верхней челюсти: при широком раскрытии рта и надавливании указательными пальцами на крючки крыловидных отростков основной кости возникают боли, распространяющиеся на всем протяжении поврежденной кости.

ЗАДАЧА № 42.

Больной, 38 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой щечной области, резкую болезненность при попытке открыть рот, при жевании, повышение температуры тела до 38,0°C. Три дня назад во время еды прикусил щеку слева, после чего появилась припухлость, постепенно увеличивалась. Объективно: в левой щечной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфильтрат, занимающий всю область с нечеткими контурами. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. Коллатеральный отек распространяется на подглазничную, височную, околоушно-жевательную области слева, верхнюю губу. Открывание рта резко болезненно до 3,0-3,5 см. Поднижнечелюстные лимфоузлы слева увеличены, болезненны. Слизистая оболочка левой щеки гиперемирована, отечна, спаяна с подлежащими тканями. По линии смыкания зубов слева определяется раневая поверхность с разможженными краями, заполненная некротическими массами, резко болезненная. На слизистой оболочке обеих щек имеются участки гиперкератоза, не возвышающиеся над уровнем слизистой оболочки с нечеткими контурами, неравномерной интенсивности, не снимающиеся при поскабливании. Полость рта не санирована, имеется большое количество наддесневых и поддесневых зубных отложений.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Определите план обследования и лечения.
- 3) Укажите признаки, несущественные для данного заболевания, дайте им объяснение.

Ответ:

- 1) Флегмона щечной области (при абсцессе – инфильтрат ограничен)
- 2) Прежде всего, необходимо уточнить жалобы больного: точная локализация, характер боли, степень и характер нарушения функций, общее самочувствие. Не достаёт анамнестических данных: динамика его развития до момента обращения, какое лечение проводилось? Не достаёт данных клинического обследования, прежде всего, касающихся степени и характера нарушения функций. Необходимо выяснить, имеются ли еще какие-либо признаки воспаления в тканях соседних областей. Нет данных, указывающих на причину развития воспаления. Нет данных рентгенологического обследования: состояние зубочелюстной системы, состояние костей мозгового черепа. Из эстетических соображений при флегмоне стараются создать отток экссудата со стороны полости рта, проводя разрез в преддверии рта. При недостаточности оттока из такой раны показан оперативный подход со стороны кожи с учетом направления ветвей лицевого нерва и околоушного протока данной железы. Иногда прибегают к двустороннему опорожнению гнойных очагов внутриротовым и внеротовым разрезами.

- 3) участки гиперкератоза щек вследствие неоднократного прикусывания щек (декупитальные язвы), большое количество наддесневых и поддесневых зубных отложений вследствие неудовлетворительной гигиены

ЗАДАЧА № 43.

Больная, 37 лет, обратилась с жалобами на наличие в правой щечной области болезненной припухлости. Боль усиливается при открывании рта, во время приема пищи, при разговоре. Отмечается резкая асимметрия лица, гиперемия кожи правой щеки, общая слабость, недомогание, незначительное повышение температуры тела.

ВОПРОС:

- 1) Составьте план обследования больной.
- 2) Какие сведения, которые необходимо получить, будут наиболее важными для постановки диагноза?
- 3) Какие заболевания можно предположить при наличии вышеперечисленных жалоб?
- 4) Как будет зависеть лечебная тактика от установленного диагноза?

Ответ:

1) пропальпировать регионарные лимфатические узлы подчелюстные, в ретромандибулярных ямках, глубокие шейные, задние шейные, в над- и подключичных ямках, пальпация измененного участка, оценка цвета кожи, размеров новообразования, выявление симптомов флюктуации, измерение температуры тела, осмотреть полость рта: зубы, десны, твердое нёбо, язык, выводные протоки подъязычных и подчелюстных слюнных желез, дно рта. Дно полости рта, попросив исследуемого приподнять кончик языка или приподнимая язык шпателем. На дне рта находятся выводные протоки подъязычных и подчелюстных желез, иногда они сливаются вместе. Данные рентгенологического обследования о наличии и характере очагов инфицирования, клетчатки; данных цитологического исследования пунктата или отделяемого гнойного очага на предмет выявления признаков, характеризующих специфический воспалительный процесс.

2) (данные клинического осмотра о наличии или отсутствии симптома флюктуации, симптомов интоксикации, состояния зубов)

симптом флюктуации, болезненность, собирается ли кожа в складку, изменение цвета кожи, увеличенные лимфатические узлы, отечность СОПР, несанированные зубы, свищи, гноетечение

3) воспалительный инфильтрат, абсцесс, **флегмона щечной области**; подкожная или подкожно-межмышечная форма актиномикоза щечной области; нагноившаяся эпидермальная киста левой щечной области.

4) Лечебная тактика при выявлении гнойного очага будет направлена на его эвакуацию, путем оперативного доступа и дренирования раны.

ЗАДАЧА № 44.

Больной, 18 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в правой щечной области, резко болезненное открывание рта, общую слабость, недомогание. Из анамнеза выявлено, что два дня назад самостоятельно выдавил небольшой фурункул на правой щеке, после чего припухлость быстро увеличивалась, боли усиливались. Обратился к стоматологу. Объективно: отмечается резкая асимметрия лица за счет воспалительного инфильтрата, размером 5,0x7,0 см в правой щечной области с нечеткими границами, резко болезненного. Кожа над ним гиперемирована, истончена, в складку не собирается. В центре инфильтрата определяется очаг флюктуации. Выражен коллатеральный отек. В полости рта: зубы интактны, слизистая оболочка правой щечной области обычной окраски, отечна. Открывание рта ограничено за счет резкой болезненности, однако, постепенно удалось открыть рот до 3,0 см.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Наметьте план обследования и лечения.
- 3) Опишите методику оперативного вмешательства.

Ответ:

- 1) Абсцесс правой щечной области
- 2) Гнойный процесс из щечной области может распространяться в околоушно-жевательную область, подвижную ямку, височную область, а также переходить на крыловидно-нижнечелюстное пространство, поэтому необходимо осмотреть данные области.
- 3) Поверхностно расположенный абсцесс щечной области вскрывают в месте наибольшей флюктуации со стороны кожных покровов. При локализации абсцесса ближе к слизистой оболочке или в толще щеки разрез проводят в полости рта со стороны верхнего, реже нижнего свода преддверия рта и тупым путем проходят в полость гнояника. Из эстетических соображений при флегмоне также стараются создать отток экссудата со стороны полости рта, проводя разрез в преддверии рта. При недостаточности оттока из такой раны показан оперативный подход со стороны кожи с учетом направления ветвей лицевого нерва и околоушного протока данной железы. Иногда прибегают к двустороннему опорожнению гнойных очагов внутриротовым и внеротовым разрезами.

ЗАДАЧА № 45.

Больная, 35 лет, поступила с жалобами на боли при глотании, ограниченное болезненное открывание рта, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Заболевание началось около двух дней назад после пере-

охлаждения. При осмотре в клинике хирургом-стоматологом поставлен диагноз: абсцесс челюстно-язычного желобка справа. Обострение хронического периодонтита 46. Удален 46, вскрыт абсцесс.

ВОПРОС:

- 1) На основании каких клинических симптомов поставлен данный диагноз?
- 2) При какой локализации воспалительного процесса больные могут предъявлять аналогичные жалобы?
- 3) Какие серьезные осложнения возможны при вскрытии абсцесса челюстно-язычного желобка?
- 4) Что нужно сделать, чтобы их избежать?

Ответ:

- 1) Данный диагноз ставится на основании клинико-рентгенологических данных
- 2) Абсцесс и флегмона позадичелюстной области. *Флегмона* окологлоточного пространства
- 3) Наиболее опасным осложнением являются ранения язычного нерва, артерии и вены, что может привести к развитию неврита, тяжёлым кровотечениям.
- 4) Чтобы этого избежать, необходимо скальпелем рассекать только слизистую оболочку, ориентируя лезвие инструмента на внутреннюю поверхность нижней челюсти. Дальнейшая расщеповка тканей ведется только тупым путём.

ЗАДАЧА № 46.

Больной, 57 лет, поступил с жалобами на боли в области правой половины языка, усиливающиеся при разговоре, приеме пищи, затрудненное и болезненное открывание рта. В течение пяти лет наблюдается у отоларинголога по поводу хронического тонзиллита. Дважды ранее проводилось вскрытие паротонзиллярных абсцессов. Неделю назад заболело горло, обратился к ЛОР-врачу. Проводилось лечение по поводу обострения хронического тонзиллита. Несмотря на проводимое лечение около трех дней назад появилось чувство заложенности в ухе справа, боли при глотании незначительно усилились больше справа, появилось затруднение при открывании рта, резкая болезненность. Симптомы нарастали. ЛОР-врачом направлен на консультацию к стоматологу. Объективно определяются увеличенные, болезненные лимфатические узлы в обеих поднижнечелюстных областях, а также в позадичелюстной области справа. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движения языка не ограничены, болезненны. Определяется отек слизистой оболочки дна полости рта, больше справа, небных дужек справа и слева. Миндалины увеличены, рыхлые, гиперемированные. Пальпация в области крыловидно-челюстных складок слабо болезненна, инфильтрации не определяется. Пальпируется резко болезненный инфильтрат в области челюстно-язычного желобка справа. Определяется незначительная деформация тела нижней челюсти справа за счет вздутия, пальпация безболезненна. В 46 - глубокая кариозная полость. Зондирование, перкуссия безболезненны.

ВОПРОС:

- 1) Составьте план обследования больного.
- 2) Поставьте предположительный диагноз.
- 3) Какие дополнительные сведения, выявленные при обследовании, могут повлиять на план лечения и как?
- 4) Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем они связаны?

ОТВЕТ СО СБОРНИКА ГОС.ЭКЗ.ЗАДАЧ

1. Необходимо дополнительное проведение рентгенологического обследования для выявления причины воспалительного заболевания.
2. Абсцесс челюстно-язычного желобка справа. Более полный диагноз будет зависеть от результатов рентгенологического исследования.
3. План лечения зависит от результатов рентгенологического обследования. У больного отмечается деформация нижней челюсти за счет вздутия и при рентгенологическом обследовании может быть выявлено кистовидное образование (киста или опухоль). В этом случае помимо вскрытия абсцесса и удаления причинного зуба в дальнейшем нужно планировать удаление новообразования.
4. Несущественные признаки: заложенность уха, увеличение миндалин, отечность слизистой оболочки небно-язычных дужек свидетельствуют о наличии ЛОР-заболеваний.

ЗАДАЧА № 47.

Больная, 22 лет, поступила с жалобами на резкие боли под языком, ограничение открывания рта за счет болезненности, затруднение при разговоре и пережевывании пищи. Перечисленные симптомы появились два дня назад, когда заболел 37. Боли носили постоянный характер, усиливались при накусывании. Симптомы нарастали. Отмечала подъем температуры тела до субфебрильных цифр. Объективно: в левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, резко болезненный, подвижный лимфатический узел. Открывание рта до 2,0 см, резко болезненно. Коронковая часть 37 разрушена на 2/3, перкуссия слабо болезненна. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычного желобка слева отечна, гиперемирована. В области челюстно-язычного желобка слева пальпируется резко болезненный инфильтрат. Движения языком не ограничены, болезненны. При рентгенологическом исследовании в области 37 определяется разрежение костной ткани у верхушек корней и у бифуркации с нечеткими контурами, размером 0,3х0,3 см.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Наметьте план лечения.
- 3) Укажите границы пораженной анатомической области.

Ответ:

- 1) **абсцесс подъязычной области: переднего и заднего отделов (челюстно-язычный желобок)**
- 2) Абсцесс переднего отдела подъязычной области вскрывают со стороны собственно полости рта разрезом длиной 1,5-2 см через слизистую оболочку подъязычной складки соответственно тем зубам, к которым прилегает выбухание. Далее тупым путем проходят к выбуханию, давая отток скопившемуся там экссудату. Обращают внимание на проходящий здесь поднижнечелюстной проток слюнной железы и ее выводное отверстие. При абсцессе челюстно-язычного желобка разрез производят на участке наибольшего выбухания тканей. Во избежание ранения язычного нерва, а также расположенной около него язычной артерии и вены острие скальпеля направляют в сторону альвеолярного отростка. Если после рассечения слизистой оболочки гной не выделяется, то тупым путем проходят более глубокие ткани и таким образом вскрывают гнойник.
- 3) Границы подъязычной области: нижняя – челюстно-подъязычная мышца или диафрагма рта; верхняя – слизистая оболочка полости рта; наружная – внутренняя поверхность тела нижней челюсти; внутренняя – подбородочно-язычная и подбородочно-подъязычная мышцы.

ЗАДАЧА № 48.

Больная, 60 лет, обратилась к стоматологу в районную поликлинику с жалобами на боли в языке, усиливающиеся при приеме пищи, при разговоре, припухлость языка. Данные жалобы появились после того, как два дня назад больная прикусила язык. Самостоятельно применяла теплые содовые ротовые ванночки, однако симптомы нарастали. После осмотра стоматолог поставил диагноз: абсцесс передней трети языка справа. Кроме того, обращено внимание на наличие у больной деформации нижней челюсти на уровне п за счет вздутия. Пальпация безболезненна, слизистая оболочка в цвете не изменена. Во 42 зубе - глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия 42 зуба безболезненная.

ВОПРОС:

- 1) На основании каких клинических симптомов поставлен данный диагноз? С чем связано абсцедирование?
- 2) Какова методика оперативного лечения абсцесса данной локализации?
- 3) Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем они могут быть связаны?
- 4) Какова дальнейшая тактика врача?

ОТВЕТ ИЗ СБОРНИКА ГЭЗ

1. Диагноз поставлен на основании наличия резко болезненного воспалительного инфильтрата в передней трети языка справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. Определяется симптом флюктуации. Абсцедирование произошло в результате нагноения гематомы, полученной и инфицированной во время травмы (прикусывание языка).
2. Под местной инфильтрационной или под язычной анестезией справа производится разрез слизистой оболочки языка в продольном направлении на боковой поверхности ближе к спинке, во избежание повреждения язычной артерии, вены и нерва. Разрез проводится на всю длину инфильтрата. Далее тупым путем проникают в полость абсцесса, эвакуируют гнойное отделяемое, делают ревизию и вводят резиновые выпускники.
3. Несущественным признаком для данного заболевания является наличие деформации нижней челюсти за счет вздутия. Это может свидетельствовать о наличии внутрикостной патологии (киста, доброкачественная опухоль и др.). Необходимо проведение дополнительных методов обследования, прежде всего рентгенологического. После постановки предварительного диагноза следует планировать лечение.
4. Госпитализировать в стационар

ЗАДАЧА № 49.

Больная, 35 лет, доставлена с жалобами на сильные боли в области верхней челюсти справа, начавшиеся два дня назад и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 39,0°C. При поступлении: температура тела 38,0°C. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей щечной области справа. Правая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта отмечается коллатеральный отек окологлазничных мягких тканей с вестибулярной и небной сторон альвеолярного отростка верхней челюсти в области 16,17 зубов. Слизистая оболочка этой области гиперемирована, при пальпации резко болезненна, определяются участки флюктуации.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
- 3) Какие дополнительные обследования необходимо провести?

Ответ:

- 1) Острый гнойный периостит верхней челюсти справа в области 16,17
- 2) При исследовании зуба, послужившего источником инфекции, часто удается установить, что его полость и корневые каналы заполнены гнилостным распадом. Иногда этот зуб бывает запломбированным, в ряде случаев имеется глубокий патологический зубодесневой карман. В этот период болевая реакция при перкуссии зуба выражена не резко, а иногда отсутствует. Перкуссия соседних зубов безболезненна. При рентгенографии альвео-

лярного отростка и тела челюсти характерные для острого периостита изменения не выявляются. Периостит чаще протекает в виде ограниченного воспалительного процесса в надкостнице альвеолярного отростка на протяжении нескольких зубов. Если воспаление распространяется на значительные участки надкостницы, покрывающие тело челюсти, то общие и местные проявления заболевания выражены более резко.

3) При исследовании крови в период развития заболевания отмечается увеличение количества лейкоцитов (10–12 $\cdot 10^9$ / л, иногда больше). У ряда больных число лейкоцитов бывает в пределах нормы или даже наблюдается лейкопения (особенно в тех случаях, когда проводилось лечение сульфаниламидами и антибиотиками). Часто обнаруживается нейтрофилез за счет увеличения количества сегментоядерных (до 70–75%) и палочкоядерных лейкоцитов (до 8–20%). Одновременно уменьшается процентное содержание лимфоцитов (до 10–20%) и эозинофилов. Через несколько дней от начала заболевания СОЭ равна 15–20 мм/ч. При исследовании мочи у большинства больных изменений не обнаруживается. Лишь у некоторых в остром периоде заболевания появляется белок (от следов до 0,33 г/л). Иногда отмечается небольшое количество лейкоцитов (10–20 в поле зрения).

ЗАДАЧА № 50.

Повтор задачи № 7

Больной, 42 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подподбородочной и поднижнечелюстных областях, затрудненное, резко болезненное открывание рта, болезненность при разговоре, глотании, движении языком, затрудненное дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание, озноб. Заболевание началось 2 дня назад, после переохлаждения: появилась незначительная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной области. Симптомы быстро нарастали. В анамнезе: аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больного вынужденное: сидит, подавшись вперед и немного опустив голову. Рот полуоткрыт, вытекает слюна. Температура тела 39,4°C. Несколько заторможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный инфильтрат без четких границ, занимающий две поднижнечелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блестит, в складку не собирается. Дыхание хриплое. Открывание рта до 2,0 см, резко болезненное. При внутриротовом осмотре язык приподнят, отечен, движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налета. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отечна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвеолярного отростка. Коронки 47 46 34 35 36 разрушены.

ВОПРОС:

- 1) Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2) Укажите возможные причины возникновения заболевания.
- 3) Составьте план обследования и лечения.
- 4) Укажите вид обезболивания, под которым планируется проведение оперативного вмешательства.

Ответ: флегмона дна полости рта, возможно ангина Людвига

Флегмона дна полости рта может развиваться вследствие распространения инфекции в одних случаях из подъязычной или обеих этих областей, в других – из поднижнечелюстного, подподбородочного треугольников, корня языка.

Границы дна полости рта: верхняя – слизистая оболочка полости рта; нижняя – кожа правой и левой поднижнечелюстных и подподбородочного треугольников; задняя – корень языка и мышцы, прикрепляющиеся к шиловидному отростку; передненаружная – внутренняя поверхность тела нижней челюсти. Дно полости рта имеет два этажа: верхний, расположенный над челюстно-подъязычной мышцей, и нижний, находящийся под ней.

При хирургическом вмешательстве (под общим наркозом) широко вскрывают наружными разрезами пораженные клетчаточные пространства: поднижне-челюстные, подподбородочный треугольники, подъязычные области, промежуток между подбородочно-язычными мышцами языка, а также вовлеченные в процесс окологлоточные и крыловидно-нижнечелюстные пространства.

Целесообразно проведение воротникового или дугообразного разреза ниже края нижней челюсти и широкое вскрытие всех пораженных областей путем рассечения челюстно-подъязычной мышцы. При вскрытии отмечаются характерные изменения в тканях: расположенная здесь клетчатка имеет серо-зеленый, темно-бурый до черного цвет; гноя нет, из тканей выделяется мутная кровянистая или коричневатая-серая зловонная жидкость, иногда с пузырьками газа. Клетчатка, мышцы некротизированы, представляют собой сероватую зловонную массу

После операции благоприятное течение заболевания характеризуется снижением температуры тела, улучшением общего состояния больного. Из операционных ран начинает выделяться гной, отторгаются омертвевшие ткани, если они не были удалены при операции, и постепенно появляются грануляции. Дальнейшее заживление ран протекает обычно без осложнений. В других случаях – при гнилостно-некротической флегмоне воспалительные явления склонны к прогрессированию. Чаще развиваются медиастиниты, но может быть восходящее распространение инфекции. Воспалительное заболевание может осложняться сепсисом, при котором опасны для жизни больных септический шок и острая дыхательная недостаточность.

ЗАДАЧА №51

Пациент К. 55 лет жалуется на припухлость под челюстью слева, болезненные глотание и движения языка.

Анамнез: периодические припухания под челюстью, усиливающиеся при приеме пищи, отмечает в течение 3 лет. Два дня назад вновь появилась припухлость под челюстью. Отметил подъем температуры до 38 градусов. При внешнем осмотре: поднижнечелюстная слюнная железа слева увеличена. При пальпации плотно-эластической консистенции, болезненна. Кожа в цвете над ней не изменена, в складку собирается. Открывание рта свободное. На рентгенограмме нижней челюсти в боковой проекции: определяется округлое рентгеноконтрастное образование с четкими контурами ниже края нижней челюсти слева.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.
2. Опишите вероятную клиническую картину при внутриротовом осмотре при данном диагнозе.
3. Назовите методы хирургического лечения.
4. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
5. Перечислите возможные осложнения.

1. Слюннокаменная болезнь

2. клиника скудна в самой полости рта, я нашла только то что присутствует сухость в полости рта, неприятный вкус из за образования гноя. изменений самой слизистой нет

3.

Эндоскопическое удаление – малоинвазивная методика с применением тонкой гибкой трубки – эндоскопа.

Бужирование – способ искусственного расширения слюнного протока, облегчающий выход камня.

Резекция – рассечение протока или паренхимы с целью извлечь конкремент.

Экстирпация – удаление железистой ткани вместе с образованием.

4. 1) Хронич паренхиматозный сиалоденит: общее - слюнные железы увеличены, плотны, бугристы. При массажировании желез из протоков выделяется слюна с примесью гноя. Оба процесса могут протекать с периодическими обострениями воспалительных явлений.

Отличия: Отличительным симптомом слюнно-каменной болезни является увеличение объема слюнной железы во время приема пищи и возникновение при этом слюнных колик. При хроническом паренхиматозном сиалодените увеличение железы и возникновение слюнных колик во время приема пищи не наблюдается.

2) сиалоденит, вызванный внедрением инородного тела в проток железы

Общее: При обоих заболеваниях пораженные слюнные железы представляются увеличенными и уплотненными: при приеме пищи появляется слюнная колика, наблюдается периодическое обострение воспалительных явлений. Отличие слюнно-каменной болезни от сиалоденита вызвано внедрением инородного тела в проток железы, это отмечается в анамнестических данных. При сиалодените, вызванном внедрением инородного тела в проток железы, больные отмечают, что появлению болей, увеличению и уплотнению слюнной железы при приеме пищи предшествовал укол подъязычной области или области щеки соломинкой, травинкой, рыбьей костью и т.п. различие в рентгенологической картине. При слюнно-каменной болезни на сиалограмме в области расположения камня определяется расширенная тень протока или тень полости в паренхиме железы при этом тень камня менее контрастна, чем тень введенного йодолипола, или даже определяется как дефект наполнения. При сиалодените, вызванном внедрением инородного тела в проток железы, на сиалограмме определяется дефект заполнения выводного протока, в котором находится инородное тело.

3) с поднижнечелюстным лимфаденитом или метастазами злокачественной опухоли в лимфатические узлы поднижнечелюстной области. Увеличенная поднижнечелюстная слюнная железа и увеличенный лимфатический узел при лимфадените или метастазе в него злокачественной опухоли располагаются в одной и той же анатомической области, имеют внешне одинаковый вид и одинаковую плотноэластичную консистенцию.

Отличие в том, что при калькулезном сиалодените прием пищи сопровождается появлением слюнной колики, увеличением и уплотнением слюнной железы. При поднижнечелюстном лимфадените, метастазе злокачественной опухоли в поднижнечелюстной лимфатический узел прием пищи не вызывает слюнной колики и не сопровождается увеличением этих образований. При калькулезном сиалодените с локализацией камня в поднижнечелюстной слюнной железе из протока выделяются в уменьшенном количестве мутная слюна или гной. При поднижнечелюстном лимфадените или метастазе злокачественной опухоли в поднижнечелюстной лимфатический узел из протока слюнной железы выделяется прозрачная слюна в нормальном количестве. На сиалограмме при слюнно-каменной болезни с локализацией камня в поднижнечелюстной слюнной железе выявляется характерная для этого заболевания картина. При поднижнечелюстном лимфадените, метастазе злокачественной опухоли в лимфатический узел на сиалограмме поднижнечелюстной слюнной железы структурных изменений или инородного тела не отмечается.

5.осложнения

Самым частым осложнением становится травматическое поражение лицевого нерва (это касается в большей степени околоушной слюнной железы). Борьба с этой проблемой растягивается на длительное время.

образование свищей. В этом случае рана заживает вторичным натяжением.

А) абсцесс мягких тканей;

Б) флегмона;

В) травмирование сосудов в ходе оперативного вмешательства;

Г) нарушение чувствительности языка при травмировании язычного нерва, что возможно при проведении операции.

ЗАДАЧА №52

Больной Д., 30-ти лет, обратился в хирургический кабинет стоматологической поликлиники с жалобами на наличие припухлости левой щеки, повышение температуры тела до 37,3С, слабость, недомогание. Больным себя считает 3 суток, когда появились боли в 15, усиливающиеся при накусывании.

За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно приемом анальгина. Боли уменьшались. Сутки назад появился отек и гиперемия кожи левой щеки. Обратился к стоматологу по месту жительства.

Из анамнеза: 3 года назад 15 лечен по поводу осложненного кариеса. При осмотре определяется деформация лица за счет отека левой щеки, гиперемия кожи. Открывание рта свободно. Прикус ортогнатический.

о				п													о
18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	
о	о	о	о											о	о	о	

Коронка 15 разрушена на 2/3, в полости зуба пломбировочный материал. Перкуссия болезненна, переходная складка в области 15 гиперемирована, отечна, при пальпации определяется плотный болезненный инфильтрат с участком флюктуации. На внутриротовой рентгенограмме определяется неравномерное расширение периодонтальной щели в апикальном отделе. Нечеткость костного рисунка. Канал зуба заполнен на $\frac{3}{4}$ рентгенконтрастным материалом.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.
2. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание.
3. Окажите срочную стоматологическую помощь.
4. Назначьте медикаментозное лечение.

1/К10.2 Острый гнойный периостит правой верхней челюсти от 15 зуба. Частичная вторичная нижнечелюстная адентия I класс по Кеннеди.

Дифференциальная диагностика

Многие клинические признаки острого одонтогенного периостита челюстей встречаются и при других острых воспалительных заболеваниях.

Дифференцируют острый периостит с острым или обострением хронического периодонтита, острым остеомиелитом, абсцессами, обострением хронического сиаладенита, воспалившимися челюстными кистами, доброкачественными и злокачественными новообразованиями челюстей.

Острый периостит отличается от острого или обострившегося хронического периодонтита локализацией воспалительного очага и выраженностью воспалительной реакции. При периодонтите воспаление локализуется в про-

екции верхушки корня причинного зуба, при периостите воспаление распространяется под надкостницу. При периодонтите в области надкостницы и мягких тканей со стороны преддверия полости рта можно определять небольшой реактивный отёк, а при периостите в этой области локализуется воспалительный инфильтрат и формируется поднадкостничный абсцесс. При остром остеомиелите, в отличие от периостита, воспалительный инфильтрат локализуется с двух сторон альвеолярного отростка, муфтообразно охватывая её (двусторонний периостит). При остеомиелите определяется подвижность нескольких зубов, расположенных в зоне поражения, и развивается симптом Венсана. Острый остеомиелит сопровождается более выраженной общей интоксикацией организма и болью.

Острый одонтогенный периостит следует дифференцировать с сиаладенитом подъязычных и поднижнечелюстных слюнных желез. Следует помнить, что при периостите слюнные железы не вовлекаются в воспалительный процесс. В случае сиаладенита при массировании слюнной железы из устья протока выделяется мутная или с гнойными прожилками слюна. В этих случаях у пациентов с калькулёзным сиаладенитом с помощью рентгенографии дна полости рта можно обнаружить слюнные камни.

Острый периостит имеет сходные черты с нагноившимися кистами челюстей, доброкачественными и злокачественными опухолями. Эти заболевания иногда сопровождаются развитием воспаления надкостницы. При нагноившихся кистах и опухолях признаки воспаления менее выражены. Рентгенография позволяет выявить патологический очаг. Следует помнить, что во всех случаях, когда адекватно проведено хирургическое вмешательство и осуществляется дренирование, проводится противовоспалительная терапия, но эффекта от лечения нет либо инфильтрация тканей нарастает, необходимо думать о злокачественной опухоли и целенаправленно искать её.

3. Под проводниковой анестезией провести периостотомию, дренирование раны. Антисептики, перчаточный выпускник (подшить на 2-3 дня). Открыть зуб.

4. Дрильборы, К-файлы, Гейтс-глиден, УЗ насадка. Препараты ЭДТА. Средства для деполимеризации корневой пломбы: «Фенопласт», «Сольвадент», «Эндосольв R (E)» и др.

5. Бюгельный протез на нижнюю челюсть. Одиночную коронку на 15 зуб.

4 медикаменты **амоксциллин, Нимесил**

гемостатики – этамзилат

ЗАДАЧА №53

Пациент К. 32 лет жалуется на боль и припухлость мягких тканей левой половины лица, отек верхнего и нижнего век слева, подъем температуры до 39 градусов.

Анамнез: три дня назад в поликлинике по месту жительства были удалены корни зуба 24. После удаления отмечает нарастание воспалительных явлений. Бригадой «скорой помощи» доставлен в стационар, госпитализирован для оперативного лечения.

Общее состояние при поступлении тяжелое. Температура тела 39 градусов.

Местный статус: воспалительный отек и инфильтрат в левой височной, щечной и подглазничной областях. Кожа над ним гиперемирована, в складку не собирается, пальпация резко болезненна. Открывание рта до 1,5 см между резцами. Глотание безболезненно.

Диагноз: одонтогенная флегмона левой височной и щечной областей, а также подвисочной и крыло-небной ямок. В экстренном порядке выполнено хирургическое вмешательство. Флегмоны вскрыты и дренированы.

ВОПРОСЫ:

1. Опишите клиническую картину при внутриротовом осмотре.

Отек и гиперемия слизистой оболочки переходной складки в области зубов 2.4- 2.8. При ее пальпации определяется плотный резко болезненный инфильтрат. Лунка удаленного зуба 2.4 выполнена распавшимся сгустком.

2. Проведите обоснование наружных разрезов.

Произведен дугообразный разрез кожи по височной линии слева длиной 7,0 см. Рассечена височная фасция, отсечена височная мышца от места прикрепления. Височная мышца имеет вид севареного мяса». Получен гной из

височной и подвисочной областей. Наложены контрапертуры в височной области по ходу ветви лицевого нерва и над левой скуловой дугой длиной 2,0 см. дренирование очага.

3. Под какой анестезией проводилось хирургическое вмешательство?

Обезболивание — наркоз (внутривенный, ингаляционный) или местная инфильтрационная анестезия в сочетании с проводниковой анестезией по Берше-Дубову, Уварову, А.В. Вишневному на фоне премедикации.

Внутривенный наркоз .

4. Необходимо провести внутриротовой разрез слизистой оболочки по переходной складке от зуба 2.3 ДО 2.8.

Зажимом «Бильрот» тупым путем пройти в подвисочную и крылонебную ямки и разрез слизистой оболочки левой щечной области по линии смыкания зубов длиной 3,0 см для ревизии щечного пространства .

4. Нужно ли вмешательство со стороны полости рта?

Внутриротовой разрез проводится по переходной складке с вестибулярной стороны от бугра верхней челюсти до уровня 24 зуба. Через этот разрез тупым путем необходимо пройти в подвисочное и крылонебное пространство

5. Инфузионную антибактериальную и противовоспалительную терапию (Амоксиклав , Трихопол, Гентамицин , Супрастин, Кетонал, р-ры глюкозы 5%- ный , вит. С , вит. гр . В , гемодез) , местное лечение раны растворами антисептиков. Получил 4 сеанса ГБО .

ЗАДАЧА №54

Пациент Л. 19 лет жалуется на боль и припухлость мягких тканей под нижней челюстью слева.

Анамнез: считает себя больным в течение 4 дней, когда впервые отметил боль в зубе 3.6, усиливающуюся при накусывании. На следующий день появился отек мягких тканей, который в течение времени нарастал. Поднялась температура тела до 39 градусов. Госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии.

Состояние при поступлении удовлетворительное, температура тела 38,2 градусов.

Местный статус: в левой поднижнечелюстной области определяется воспалительный инфильтрат. Кожа над ним гиперемирована, в складку не собирается, пальпация болезненна. Открывание рта до 3,0 см. В полости рта: коронка зуба 3.6 разрушена. Слизистая оболочка переходной складки с язычной стороны отечна, при пальпации слабобезболезненна. При поступлении по неотложным показаниям под комбинированным обезболиванием произведена операция - вскрытие флегмоны, удален «причинный» зуб 3.6. Назначена антибактериальная и противовоспалительная терапия (Амоксиклав, Супрастин, Кетонал). Местное лечение раны растворами антисептиков. Получил 5 сеансов ГБО, 4 сеанса УВЧ на область раны. После очищения раны на 9-е сутки под местной анестезией произведена вторичная хирургическая обработка раны, наложены вторичные швы.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.

2. Пути распространения инфекции.

3. Метод оперативного доступа.

4. Возможные осложнения.

1. Диагноз : одонтогенная флегмона поднижнечелюстной области слева . Обострение хронического гранулематозного периодонтита зуба 3.6.

2. От гранулематозного очага по каналам остеонов и гаверсовым каналам в клетчатку поднижнечелюстной области .

3. Произвести разрез кожи в левой поднижнечелюстной области параллельно нижнему краю нижней челюсти и отступив от него на 2 см длиной 5,0-6,0 см . Послойно рассечь подкожную клетчатку, платизму, 1 ,2 фасции шеи

. Тупо пройти в поднижнечелюстное пространство . Получить гной . Промыть рану растворами антисептиков

. Установить трубчатые дренажи .

4. Распространение воспалительного процесса в крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства.

5. прогрессирование инфекции, восходящее или нисходящее распространение ее, вторичный кистозный остеомиелит).

Коронковая часть зуба 3.6 разрушена, каналы его корней не obturированы. У верхушкисреднего корня очаг разрежения костной ткани с четкими контурами 1х0,8 см. Зубы 1.6 и 2.1 отсутствуют. Ретенция зубов мудрости.

ЗАДАЧА №55

Больной М., 26-х лет обратился с жалобами на отлом части левого жевательного зуба верхней челюсти, боль при покачивании отломка.

Из анамнеза: зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса. Две недели назад вернулся из туристической поездки, где отломилась часть пломбы. Неделю назад отметил неловкость при глотании. Накануне при жевании раскололся зуб.

При осмотре кожа лица обычной окраски. В полости рта на правой небной миндалине обнаружена язва округлой формы, с приподнятыми краями, застойно-красного цвета, боль при пальпации отсутствует, в основании определяется хрящевидный инфильтрат. Поднижнечелюстной лимфатический узел справа увеличен до 2,0 см, плотный, подвижный, пальпация безболезненна, пальпируется плотный тяж к узлу.

26 розового цвета, на окклюдо-дистальной поверхности глубокая кариозная полость, на дне полости зуба – цемент. Обнаружена продольная трещина между передне-щечным и передне-небным буграми, уходящая под десну.

При зондировании щечная часть коронки отделяется от небной. Боль при перкуссии.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте развернутый диагноз.
2. Окажите неотложную помощь.
3. Определите тактику ведения больного.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

55 задача

1.язвенная форма первичного сифилиса. Первичная сифилома правой небной дужки. Сифилитический лимфангит, лимфаденит правого поднижнечелюстного лимфоузла. Продольный перелом коронки 26.

2.Оказать неотложную помощь : провести рентгенологическое исследование 26, под местным обезболиванием удалить меньший отломок, определить глубину скола. При отделении щечных корней от небного удалить зуб полностью.

3. Направить больного на консультацию и лечение к дерматовенерологу. Для подтверждения диагноза провести микроскопическое исследование отделяемого язвы, обследовать половых партнеров. Через 1 – 2 недели назначить исследование серологических реакций крови.

4.Язвенная форма твердого шанкра по клиническим проявлениям очень похожа на банальную язву. Диагностику облегчает наличие бубона в подчелюстной области, отсутствие воспалительных явлений вокруг шанкра, его безболезненность и нахождение бледной трепонемы в выделениях из язвы.

Язвенный шанкр на губе и СОПР может напоминать распадающуюся раковую опухоль. Однако, в отличие от шанкра, раковая опухоль находится глубже, края ее очень плотные, не-ровные, часто будто изъеденные, вывернутые, дно неровное и легко кровоточит.

Язвы при миллиарно-язвенном туберкулезе СОПР, в отличие от твердого шанкра многочисленные, болезненные, имеют неровные подрытые края, на дне которых можно увидеть желтые точки — зерна Треля.

Травматические эрозии и язвы СОПР и эрозии при пузырчатке, афтозах отличаются от твердого шанкра болезненностью и отсутствием характерного хрящеподобного уплотнения их основания. Эрозии при кератозах (красный плоский лишай, лейкоплакия, красная волчанка) Отличаются наличием характерных для этих заболеваний элементов поражения полигональных папул, бляшек вокруг эрозий.

Чрезвычайную сложность представляет дифференциация первичной сифиломы от шанкриформной пиодермии, при которой клинические проявления практически абсолютно идентичны. Но шанкриформная пиодермия встречается очень редко. Процесс при ней начинается с гнойничка (пустулы). Микроскопия материала с поверхности язвы выявляет стрепто-стафилококковые ассоциации (возбудитель). Серологические реакции (с учетом срока возникновения язвы) и серологический контроль на протяжении 6 месяцев после заживления язвы — отрицательные. Применение антисептиков, антибиотиков и кератопластических средств на фоне поливитаминотерапии дает положительный эффект.

ЗАДАЧА №56

Больной К., 23-х лет, обратился с жалобами на подвижность 11 и 12, множественные сколы на передних зубах верхней челюсти.

Анамнез: три дня назад после удара, появилась резкая боль, подвижность 12, приступ боли от холодной и горячей пищи, при накусывании, покачивании зуба, а также в ночное время.

Внешний осмотр: незначительная деформация верхней губы справа за счет отека мягких тканей и гематомы. На слизистой оболочке верхней губы — ссадины.

Местный статус: 12 - розового цвета, подвижность коронки II степени, при пальпации — боль в десне на 3 – 4 мм выше десневого края, резкая боль от холодного, при перкуссии. Множественные трещины, сколы эмали 12, 11.

На внутриротовой рентгенограмме линия просветления на твердых тканях зуба проходит в косом направлении средней трети корня 12.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
 2. С помощью какого метода исследования можно определить витальность пульпы травмированных зубов?
 3. Определите тактику врача – стоматолога.
 4. Проведите дифференциальную диагностику.
1. Перелом корня 12. Острый травматический пульпит 12. Сколы эмали 12 и 11. Гематома верхней губы.
 2. ЭОД – электроодонтодиагностика. Показатель жизнеспособности до 40 мкА.
 3. Инфраорбитальная анестезия каким нибудь 2мл 2процента лидокаин

ЗАДАЧА №57

Больной К., 26-ти лет, обратился с жалобами на разрушение коронки 12. Из анамнеза: зуб был лечен 6 лет назад с пломбированием корневого канала, пломба выпала 2 года назад, зуб постепенно разрушался.

При внешнем осмотре конфигурация лица без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не увеличены, прикус – ортогнатический.

Коронка 12 разрушена на 4/5 высоты, в полости зуба – пломбировочный материал. Перкуссия безболезненна.

Слизистая оболочка переходной складки в области 12 пастозная, незначительный цианоз, бледнеет при надавливании, пальпация безболезненна, прикус ортогнатический.

На внутриротовой рентгенограмме канал 12 заполнен рентгенконтрастным материалом на $\frac{3}{4}$ длины, верхушечная часть значительно отклоняется латерально. В периапикальных тканях обнаружен очаг просветления округлой формы с четкими контурами диаметром 3 мм.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Выберите уровень распломбировки канала в зависимости от качества корневой пломбы.
4. Определите показания для резекции верхушки корня.
5. Назначьте лечение после резекции верхушки корня.

1. Хронический гранулематозный периодонтит 22.

2. План лечения:

- 1). Резекция верхушки корня с гранулемэктомией.
- 2). Удаление части пломбировочного материала из корневого канала.
- 3). Изготовление штифтовой вкладки.
- 4). Снятие слепка.
- 5). Изготовление и припасовка эстетичной коронки.
- 6). Фиксация коронки.

4. Наличие деструктивных изменений в периапикальных тканях; перфорация стенки корня при распломбировке или расширении канала; создание упора в медиальной стенке при попытке пройти изгиб корня; obturation корневого канала отломком инструмента при распломбировке канала.

5. Порошок аскорбиновой кислоты 0,1, по 1 пор. 3 раза в день; 10% р-р хлористого кальция по 1 стол. ложке 3 раза в день после еды; Табл. Темпальгина 0,5 по ½ табл. при болях; холод местно на 20 мин.

ЗАДАЧА №58

Пациент Л. 48 лет жалуется на боль и припухлость мягких тканей под подбородком, боли при глотании, множественные разрушенные корни зубов.

Анамнез: три дня назад заболел зуб 3.8. Обратился в поликлинику по месту жительства, где было произведено удаление корней этого зуба. В течение времени состояние ухудшалось, появилась припухлость под челюстью, которая постепенно увеличивалась. Отмечал подъем температуры тела до 39,7 градусов. Обратился в поликлинику, по экстренным показаниям госпитализирован для оперативного лечения.

Местный статус: конфигурация лица изменена за счет воспалительного инфильтрата в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Кожа над ним гиперемирована, в складку собирается с трудом, пальпация резко болезненна. Открывание рта до 1,0 см между резцами. Глотание болезненно, больше слева.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз заболевания.
2. Назовите границы дна полости рта.
3. Этиология заболевания.
4. Определите план лечения.
5. Какие ткани необходимо послойно рассечь?

1. Поставьте диагноз заболевания. Одонтогенная флегмона дна полости рта. Множественный хронический периодонтит зубов верхней и нижней челюстей.

2. Назовите границы дна полости рта. Границы дна полости рта: верхняя - слизистая оболочка полости рта, нижняя - кожа правой и левой поднижнечелюстных и подподбородочного треугольников, задняя - корень языка и мышцы, прикрепляющиеся к шиловидному отростку. Передненаружная - внутренняя поверхность тела нижней челюсти. Дно полости рта делится на два этажа: верхний, расположенный над челюстноподъязычной мышцей, и нижний, находящийся под ней.

3. Этиология заболевания. Основным источником инфицирования этой области служит патологический процесс в

больших и малых коренных зубах нижней челюсти. Вторичное поражение наблюдается при распространении воспалительного процесса из подъязычной и подбородочной областей, позадичелюстной ямки, крыловидно-нижнечелюстного и окологлоточного пространств, поднижнечелюстной железы (гнойный сиалоаденит). Причем флегмоны и абсцесс дна полости рта могут быть как причиной так и следствием вышеуказанных процессов. Часто, при позднем поступлении пациента, не удается отличить

Наблюдается проникновение инфекции лимфогенным и гематогенным путями. В качестве первичного очага инфекции выступают острый язвенно-гангренозный стоматит, фурункулы подчелюстной и щечной области (L03.211), абсцессы губы, септические флегмоны других локализаций.

Описаны случаи возникновения после перелома нижней челюсти и тупой травмы подчелюстной области.

4. По экстренным показаниям удаление корней разрушенных зубов . Разрез . Дренирование.Ежедневные перевязки . Консервативная терапия : антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая , иммунокорректирующая .

5. Какие ткани необходимо послойно рассечь? Воротниковый разрез параллельна краю нижней челюсти, отступив от него на 3 см .Рассекается кожа , подкожная клетчатка , платизма, 1 ,2 фасции шеи , отсекаются передние брюшки двубрюшных мышц . При вовлечении в процесс подъязычной области и корня языка рассекается челюстно-подъязычная

ЗАДАЧА №59

Пациент С. 46 лет жалуется на боль и припухлость возле ушной раковины справа.

Анамнез: три дня назад возникла припухлость в этой области, которая постепенно увеличивалась в размерах, уплотнилась. Отмечал подъем температуры до 38 градусов. Ранее возникали периодические припухания, которые усиливались при приеме пищи и проходили самостоятельно. Обратился к врачу.

Объективно: правая околоушная слюнная железа увеличена, болезненна. Кожа над ней в цвете не изменена, в складку собирается. Открывание рта свободное. При массировании правой околоушной слюнной железы из ее протока выделяется гной.

ВОПРОСЫ:

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Какое лечение нужно назначить пациенту?
- 3.План обследования пациента после снятия обострения.
- 4.Поставьте окончательный диагноз.
- 5.Проведите дифференциальный диагноз.

1 острый гнойный сиалоаденит

2Лечение включает антибиотикотерапию и меры по коррекции первичной патологии и факторов риска. Стимуляцию оттока слюны с помощью теплых компрессов, препаратов, способствующих выделению слюны, адекватной гидратации, массажа слюнной железы и гигиены ротовой полости. Эмпирическая антибиотикотерапия направлена против грамположительных микроорганизмов и анаэробов, которые часто резистентны к пенициллину, поэтому рекомендуют назначать пенициллины, защищенные ингибиторами β-лактамаз (например, амоксициллин-клавулат [Аугментин]). По возможности следует назначать антибиотики согласно результатам посева. Редко острый гнойный сиалоаденит может приводить к абсцедированию; в таком случае необходимо хирургическое дренирование.

При гнойном сиалоадените применяют:

- антибактериальную терапию после взятия мазка на флору и чувствительность к антибиотикам
- дезинтоксикационную терапию;
- гипосенсибилизирующую терапию;
- иммуноукрепляющую терапию;
- общеукрепляющую терапию;

- эффективно местное применение фурацилин-новокаиновых блокад № 8-10.
- из физиолечения - УВЧ-терапия, УФО, соллюкс;
- лазеротерапию.

4 общий анализ крови (обнаруживается увеличение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево);

сиалография (контрастное рентгенологическое обследование желез – не проводится при острых гнойных формах воспаления);

ультразвуковое исследование слюнных желез;

КТ, МРТ.

5. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с эпидемическим паротитом и лимфаденитом

ОС	Эпидемич паротит
Чаще поражается одна, реже – обе железы.	Поражается обе железы.
Кожные покровы гиперемированы, выражена инфильтрация тканей над пораженной железой	Гиперемии нет. Железа – мягкая. Инфильтрации нет.
При массировании железы выделяется небольшое количество вязкой, с хлопьями слюны, а при гнойном сиалоадените – гной.	Из протока выделяется обычная прозрачная слюна.
Изменение формулы крови характерные для воспаления.	Нет изменений со стороны крови.

Острый сиалоаденит

1. Кожа над припухлостью гиперемирована, в складку не собирается
2. В полости рта слизистая оболочка челюстно-язычного желобка и подъязычной области слева отечна, пальпация безболезненна, боли иррадируют в поднижнечелюстную область.
3. Отмечается: повышение температуры тела, до 37,5-38С.
4. Припухание околоушных желез, из их протоков в умеренном количестве выделяется серозная слюна.

Лимфаденит

- Характеризуется появлением болезненности и припухания лимфатического узла.
- В полости рта слизистая оболочка челюстно-язычного желобка и подъязычной области слева отечна, пальпация безболезненна, боли иррадируют в поднижнечелюстную область.
- Пальпаторна отмечается болезненный ограниченный, округлой формы инфильтрат.

ЗАДАЧА №60

Пациентка Н. 18 лет жалуется на боль и наличие образования под глазом слева.

Анамнез: больна в течение 3 дней, когда после попытки выдавить гнойничок в этой области возникла болезненная припухлость. В течение времени припухлость увеличивалась в размерах. Общее состояние ухудшилось, отмечала подъем температуры тела до 37,5 градусов. Обратилась в поликлинику к хирургу-стоматологу.

В скуловой области слева определяется ограниченный болезненный инфильтрат, в центре которого располагается гнойно-некротический стержень.

ВОПРОСЫ:

- 1.Поставьте диагноз заболевания.
- 2.Назовите причину заболевания.
- 3.Возможные осложнения при данном заболевании.
- 4.Определите план лечения. Где оно должно проводиться?
- 5.Назначьте консервативное лечение.

1фурункул Фурункул скуловой области слева

2причины

Попытка выдавить гнойничок

а. Золотистый стафилококк

б. нарушения обменных процессов;

- в. авитаминоз;
- г. простудные заболевания;
- д. гормональные нарушения;
- е. несоблюдение гигиенических правил;
- ж. частые микротравмы (бритье);
- з. грибковое заболевание.

3К осложнениям течения фурункулов относят образование карбункулов, при которых одновременно поражаются несколько волосяных фолликулов; абсцессов и флегмон, сепсиса, тромбофлебитов лицевых вен и пещеристого синуса.

4В стационаре . Хирургическое - линейный разрез по наиболее выступающей части инфильтрата, некрэктомия , дренирование. Перевязки ежедневно

Госпитальный этап

антибактериальная мазь. клиндамицин

На этой стадии для нормального оттока гноя и некротических масс нужно делать примочки с гипертоническим раствором хлорида натрия.

Если отток содержимого гнойника хороший, то можно назначать лечение с помощью фонофореза с антибиотиками, Димексидом, Кальцием хлоридом. На прорвавший чирей накладывают мазь Вишневского, а также мазь «Траумель С» и Хлорамфеникол.

Когда происходит заживление ранки (пятая стадия), можно применять физиотерапевтическое лечение. Для этих целей подойдет: УФ-лечение; УВЧ; лазеротерапия.

Антибактериальная терапия:

- амоксициллин + клавулановая кислота
- эритромицин, • оксациллин, • цефтриаксон,

Обезболивающая терапия:

- трамадол, раствор для инъекций, 5 % - 2 мл;
- морфина гидрохлорид 2% 1 мл, раствор для внутривенной и внутримышечной инъекции;
- тримеперидин 2% -1 мл в растворе для внутривенной и внутримышечной инъекции;

Дезинтоксикационная терапия:

- Рингера лактата, раствор для инъекций, флакон, 400 мл;
- декстроза, раствор для инъекций, флакон, 5 % - 400 мл;

Местная терапия:

- натрия хлорид 7,5% раствор (для наружного применения).
- повидон-йод 1% раствор для наружного и местного применения;
- водорода пероксид раствор для наружного применения 3% - 25, 40 мл;

ЗАДАЧА №61



Пациент Л. 18 лет жалуется на болезненную припухлость за ушной раковиной справа.

Анамнез: 4 дня назад обратил внимание на болезненную припухлость в этой области. За медицинской помощью не обращался. Лечился самостоятельно водочными компрессами. С течением времени состояние ухудшалось. Припухлость увеличивалась в размерах. Отмечает слабость, утомляемость, снижение работоспособности, подъем температуры до 39 градусов.

В области сосцевидного отростка справа определяется болезненный инфильтрат, который распространяется на соседние ткани. Кожа над ним гиперемирована, спаяна с подлежащими тканями. Значительно выражен отек в окружающих тканях. В центре инфильтрата в нескольких местах выделяется густой гной.

ВОПРОСЫ:

1.Поставьте диагноз.

2. Какие ткани поражаются при данном заболевании?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. План лечения больного.
5. Возможные осложнения.

- 1) карбункул сосцевидного отростка справа
 - 2) ткани вовлекаются: кожа, подкожная клетчатка, слюнные железы и волосяные фолликулы
 - 3) с мастоидитом: отличие в том, что припухлость в костном отделе, снижение слуха, отсутствие болей при жевании.
- С фурункулом: вовлекается 1 волосяной фолликул.
 С флегмоной: это разлитое гнойное воспаление, в процесс вовлекается подкожная клетчатка, но не волосяные фолликулы и слюнные железы.

сибиреязвенном карбункуле, для которого характерен плотный чёрный безболезненный некротический интоксикации.

4) Операция проводится под наркозом и заключается в крестообразном рассечении карбункула через всю толщу некроза до жизнеспособных тканей с иссечением некротических тканей и вскрытием затеков. Повязки с гипертоническим раствором натрия хлорида, мазью Вишневского или другим антисептиком.

Антибактериальная терапия:

амоксциллин + клавулановая кислота, таблетки, покрытые пленочной оболочкой -500 мг+125 мг, внутрь 3 раза/сут (А);

цефалексин капсулы -500 мг, внутрь 4 раза/сут (В);

Обезболивающая терапия:

трамадол, раствор для инъекций, 5 % -2 мл;

Дезинтоксикационная терапия:

Рингера лактата, раствор для инъекций, флакон, 400 мл;

Местная терапия:

натрия хлорид 10% раствор (для наружного применения).

5) осложнения : Это ведет к развитию абсцесса мягких тканей, флегмоны, остеомиелита. Если инфекция переходит на венозные сосуды, то возникают флебит и тромбофлебит. Если в процесс вовлекаются лимфатические узлы, то может развиваться серозно-гнойный лимфаденит, периаденит, лимфангит, аденофлегмона. Иногда может возникнуть рожистое воспаление.

ЗАДАЧА №62



Пациент М. 42 лет предъявляет жалобы на отсутствие зубов на верхней челюсти. Год назад были выполнены реконструктивно-пластические операции на верхней и нижней челюстях и установлены дентальные имплантаты на нижней челюсти.

Явился для следующего этапа: установка зубных имплантатов на верхней челюсти.

Диагноз: частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти. Состояние после реконструктивно-пластической операции на верхней челюсти.

ВОПРОСЫ:

1. Определите этап операции имплантации, который представлен на рисунке.
2. Опишите ортопантограмму: какое вмешательство предшествовало данной операции на верхней челюсти?
3. Что представляют собой инородные тела на верхней челюсти, определяемые на рентгенограмме?
4. Оцените состояние имплантатов на нижней челюсти.
5. Какая ортопедическая конструкция будет изготовлена на верхней челюсти?

1. Определение глубины и параллельности осей устанавливаемых имплантатов при помощи гудиномеров .

2. Пластика альвеолярного отростка верхней челюсти трансплантатами , фиксированными 4 винтами .

3. Фиксирующие трансплантаты винты .

4. Имплантаты остеинтегрированы . В пришеечной области имплантатов определяется воронкообразная резорбция костной ткани , в пределах принятых

норм .

5. Съёмный протез с балочной фиксацией с опорой на четырех имплантатах

ЗАДАЧА №63

Больная В., 52-х лет обратилась с жалобами на ноющие боли и хруст при широком открывании рта в правом височно-нижнечелюстном суставе.

Анамнез: боли появились в течение недели, хруст замечала и раньше при зевании и энергичном жевании. Из анамнеза: несколько лет назад по поводу острой боли лечила 46 и удалила 45. Жует преимущественно на левой стороне.

При осмотре отмечена незначительная асимметрия лица за счет различной выраженности носогубных складок и развития собственно жевательной мышцы. Открывание рта - 4 см. Хруст и боль в правом височно-нижнечелюстном суставе при боковых движениях нижней челюсти и широком открывании рта. Прикус – ортогнатический.

46 зуб наклонен в сторону дефекта, изменен в цвете, на жевательно-передней поверхности цементная пломба, расположенная значительно ниже краев эмали, контактный пункт отсутствует. Неприятные ощущения при перкуссии. Пальпация альвеолярного отростка безболезненна.

На рентгенограмме правого височно-нижнечелюстного сустава отмечается незначительная деформация головки суставного отростка, экзостоз.

На внутриротовой рентгенограмме в полости и устьях корневых каналов медиального корня 46 зуба отмечается рентгенконтрастное вещество, дистальный канал заполнен до верхушечного отверстия. В периапикальной области медиального корня – очаг просветления костной ткани округлой формы с четкими контурами D - 4 мм, у вершины межкорневой перегородки – остеопороз.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Назначьте лечение для купирования воспалительных явлений в ВНЧС.
4. Перечислите способы лечения 16 зуба, противопоказания к консервативному лечению.
5. Как восстановить целостность зубного ряда?
 1. Деформирующий артрозо-артрит правого височно-нижнечелюстного сустава I степени. Хронический гранулематозный периодонтит медиального корня 46. Вторичная частичная адентия нижней челюсти 3 класс по Кеннеди.
 2. План лечения: лечение патологии ВНЧС. Эндодонтическое лечение 46. Восстановление анатомической формы 46 и целостности зубного ряда. Обучение равномерному распределению жевательной нагрузки.
 3. Лечение патологии ВНЧС: салицилаты внутрь; физиопроцедуры на область правого ВНЧС; щадящий режим жевательной нагрузки, удерживающие повязки на нижнюю челюсть на ночь в течение 7 – 10 дней.
 4. Способы лечения 46:

Удаление. Гемисекция с удалением медиального корня. Эндодонтическое лечение и пломбирование медиальных каналов, депофорез гидроксида меди – кальция.

Противопоказанием к консервативному лечению являются заболевания аутоиммунной природы (ревматизм, ревматоидный артрит, многоформная экссудативная эритема, гломерулонефрит, пиелонефрит, сердечно-сосудистая патология в стадии суб- и декомпенсации, активная форма туберкулеза и др.)
5. Для восстановления анатомической формы зубного ряда рекомендуется изготовить: мостовидный протез с опорой на 46 – 44, в случае неудачного лечения 46, на 47 и 45.

ЗАДАЧА №64

Больной М., 21 год обратился с жалобами на боль при приеме пищи, слабость, недомогание, неприятный запах изо рта.

Из анамнеза: в течение 3-х лет отмечается кровоточивость десен, болеет в течение 3-х дней. При осмотре отмечено повышение температуры тела до 37,8°C, серовато-землистый цвет кожи. Увеличение поднижнечелюстных лимфоузлов.

											П							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
О								О										

Полость рта санирована. Прикус – ортогнатический, разворот боковых резцов верхней челюсти. Обильный зубной налет, некроз десневых сосочков и маргинальной десны в области фронтальных зубов и левых моляров нижней челюсти, в ретромолярной области слева отмечается изъязвление капюшона над непрорезавшимся третьим моляром размером 0,5 x 1см. На внутриротовой рентгенограмме отмечается горизонтальное положение 38, значительное расширение периодонтальной щели в маргинальном отделе.

ВОПРОСЫ:

1. Перечислите группу заболеваний с подобной симптоматикой. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
3. Выпишите препараты для обработки участков некроза, уменьшения воспалительной реакции и ускорения эпителизации.
4. Перечислите способы удаления зубных отложений, допустимые в данном случае.
5. Обоснуйте сроки и объем вмешательства в области 38.

1. Язвенно-некротический стоматит может быть симптомом ВИЧ-инфекции, острого лейкоза, интоксикации солями тяжелых металлов.

Диф диагностика

1) Лейкоз:

Общие признаки Лица молодого возраста Общее недомогание Слабость Повышение температуры тела Некротическое изменения десны Боль Запах изо рта

Отличия Бледность слизистой оболочки при остром лейкозе, кровоизлияния Спонтанная кровоточивость десны появление специфических лейкоэмических инфильтратов Очаги некроза на невоспаленной слизистой оболочке Заболевания длительное не поддается лечению

2) Агранулоцитоз

Общие признаки: Боль Язвенно-некротические изменения слизистой оболочки Запах изо рта

Отличительные признаки: Возможно распространения некроза на другие участки слизистой оболочки полости рта(мягкое небо, язык и др) Изменения в картине крови(увеличение лейкоцитов, анемия и др)уменьшение гранулоцитов Длительное течение Характерный анамнез (прием лекарств, лучевые воздействия и др)

3) ВИЧ

Общие признаки

Болеют лица молодого возраста Болевые ощущения во рту Запах изо рта Увеличение регионарных лимфатических узлов

5. Определить объем хирургического вмешательства.

1. Генерализованный пародонтит тяжелой степени в стадии обострения. Вторичная частичная адентия в/ч -

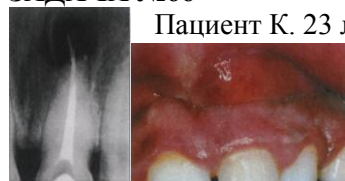
I.класс по Кеннеди, н/ч – I класс по Кеннеди. Травматическая окклюзия.

2. В крови – воспалительный лейкоцитоз со сдвигом влево. Незначительная эозинофилия.

3. Rp: Sol. Lincomicini 1% - 1 ml. N 10 in amp. (по 1 мл подкожно 2 раза в сутки в течение 5 дней); Tab. Trichopoli 0,25 N 20 (по 1 таб. 4 раза в день); Sol. Calcii chloridi 10% 200 ml. (по 1 стол. л. 3 раза в день); Sol. Ac. Ascorbinici 5% - 1 ml. (по 1 мл. подкожно ежедневно). Местно: Sol. Dioxydini 0,5% - 5 ml.(для аппликаций 4 – 6 раз в день); Sol.Chlorhexidini bigluconatis 0,05% - 100 ml (для полосканий).

4. Лоскутная операция с остеопластикой. Удаление зубов, не имеющих опоры в костной ткани. 5. Пластмассовая шина – каппа, связывание композитом или шинирующей лентой с помощью бондинг-техники и текучего фото-композита. Шинирующее бюгельное протезирование.

ЗАДАЧА №66



Пациент К. 23 лет жалуется на припухлость и болезненность верхней губы и боль в области зуба 2.1.

Анамнез: две недели назад возникла резкая боль в зубе 2.1, усиливающаяся при накусывании. Обратился в поликлинику, где был вскрыт канал зуба 2.1. В течение недели зуб оставался открытым. В дальнейшем выводились лекарственные вещества в периапикальные ткани. Три дня назад проводилось эндодонтическое лечение зуба 2.1. После пломбировки канала возникла боль в зубе, усиливающаяся при перкуссии.

В дальнейшем боль уменьшилась, однако припухла верхняя губа, поднялась температура тела до 37,5 градусов. При осмотре: отек верхней губы, слева носо-губная борозда сглажена.

ВОПРОСЫ:

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Опишите рентгенограмму.
- 3.Что стало причинами воспалительного процесса?
- 4.Охарактеризуйте клиническую картину в полости рта.
- 5.Составьте план лечения.

1. Периостит верхней челюсти слева . Радикулярная киста зуба 2.1 в стадии обострения .

2. У верхушки зуба 2.1 определяется разрежение костной ткани с четкими границами , около 1 см в диаметре . Канал зуба 2.1 obturated удовлетворительно , со значительным выводом пломбировочного материала в полость кисты .

3. Нарушение пути оттока экссудата через канал корня и повышение вирулентности микрофлоры; в инфекционном очаге повышается концентрация микробов , их токсинов и продуктов тканевого распада, которые в большей мере начинают проникать через соединительнотканную капсулу в прилежащие ткани . Здесь они оказывают прямое повреждающее действие на тканевые структуры либо проникая в сосудистое русло и образуя иммунные комплексы , вызывая развитие локального воспалительного процесса.

4. В проекции верхушки зуба 2.1, 2.2 выбухание слизистой оболочки по переходной складке . Слизистая оболочка гиперемирована, отечна. При пальпации определяется плотный болезненный инфильтрат.

5. Разрез на всю длину инфильтрата . Дренаж . Противовоспалительная терапия . По стиханию воспалительных явлений цистэктомия с резекцией верхушки корня .

ЗАДАЧА №67

Пациентка К., 25 лет обратилась с жалобами на появление припухлости, боли и гиперемии кожи в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Считает себя больной в течение 4 суток. Со слов пациентки после переохлаждения появилось слабоболлезненное уплотнение в поднижнечелюстной области. Лечилась самостоятельно согревающими компрессами.

ВОПРОСЫ:

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Назовите дополнительные методы исследования, которые необходимо провести для уточнения диагноза.
- 3.Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
- 4.Назовите этапы хирургического вмешательства.
- 5.Перечислите группы препаратов, которые надо назначить больной в послеоперационном периоде.

1. Аденофлегмона левой поднижнечелюстной и подбородочной областей.
 2. Рентгенологический (для выявления возможной одонтогенной причины заболевания), УЗИ мягких тканей, ОАК, ОАМ, посевы пунктата гнойного очага.
 3. Аденофлегмону следует дифференцировать с актиномикозом и туберкулезом (развиваются медленнее, более вяло. Местные и общие симптомы не так ярко выражены. При вскрытии гнойных очагов при актиномикозе отделяемое крошковатой консистенции, при туберкулезе имеет вид творожистого распада).
- С остеомиелитом - поражает костную ткань, незначительные изменения окружающих мягких тканей, иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва, подвижность зубов.
4. Обезболивание, вскрытие гнойно-воспалительного очага в условиях стационара (делается надрез на коже и жировой клетчатке). Промывание с использованием антисептиков, постановка дренажа.
 5. Общее лечение: дезинтоксикационное (Рингера лактата, раствор для инъекций, флакон, 400 мл), антибактериальное (цефалексин капсулы - 500 мг, внутрь 4 раза/сут), десенсибилизирующее (тавегил, супрастин 2-3 раза в день), общеукрепляющее (витамины), симптоматическое (обезболивающие - нект, ибупрофен).
- Местное лечение: ежедневные перевязки с использованием препаратов (антисептиков, ферментов, мазей)

ЗАДАЧА №68



Пациент Б. 38 лет обратился с жалобами на боли в области нижней челюсти справа, изменение конфигурации лица, наличие свищевого хода с гнойным отделяемым. В анамнезе получил травму 3 месяца назад. За медицинской помощью не обращался.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите операцию, которая показана данному больному. Перечислите ее этапы.
3. Перечислите медикаментозные препараты, назначаемые больному в послеоперационном периоде.
4. Назовите консервативные методы лечения, применяемые в послеоперационном периоде при данной патологии.
5. Профилактика данного заболевания.

1. Хронический травматический остеомиелит нижней челюсти справа.
2. Обезболивание, операция секвестротомии, при наличии нарушения непрерывности нижней челюсти - фиксация фрагментов внеротовыми аппаратами (предпочтительнее компрессионно-дистракционными).
3. Общее лечение: антибактериальное (антибиотики широкого спектра действия), иммунокорректирующее (метаболические корректоры, иммунокорректоры на основании анализа иммунограммы), десенсибилизирующее (антигистаминные препараты), общеукрепляющее (витамины), симптоматическое (обезболивающие препараты, снотворные и т.д.). Местное лечение: антисептическая обработка линии швов на коже, гигиена полости рта, антисептические ротовые ванночки, керэтопластические средства в виде аппликаций на линию швов.
4. Решение вопроса о проведении остеосинтеза или пластики дефекта челюстной кости.
5. • Ранняя и эффективная мобилизация отломков; Своевременное удаление зубов из линии перелома. Хирургическая санация полости рта; • Раннее применение остеотропных антибиотиков; • Проведение общеукрепляющей терапии, направленной на создание оптимальных условий для регенерации кости; • Тщательный уход за полостью рта.

ЗАДАЧА №69



Пациентка А. 36 лет обратилась с жалобами на периодически появляющиеся боли в области верхней челюсти справа. При осмотре выявлена незначительная деформация альвеолярного отростка в области зубов 1.3,1.2,1.1, слизистая оболочка этой области обычной окраски, умеренно увлажнена.

Пациентка А. 36 лет обратилась с жалобами на периодически появляющиеся боли в области верхней челюсти справа. При осмотре выявлена незначительная деформация альвеолярного отростка в области зубов 1.3,1.2,1.1, слизистая оболочка этой области обычной окраски, умеренно увлажнена.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз на основании имеющихся данных.
2. Перечислите, какие рентгенологические методы исследования необходимо проводить в зависимости от локализации процесса (фронтальный отдел верхней и нижней челюстей, тело и ветвь нижней челюсти).
3. Какую манипуляцию необходимо провести с зубами, расположенными в области образования, при подготовке к оперативному вмешательству?
4. Назовите различия между цистотомией и цистэктомией.
5. Перечислите материалы, используемые для обработки и заполнения послеоперационных дефектов.

1. Радикулярная киста верхней челюсти в области 1.1, 1.2, 1.3 зубов.

2. При локализации во фронтальном отделе верхней или нижней челюсти показана панорамная рентгенограмма соответствующей челюсти.

При локализации в области тела и ветвей нижней челюсти - рентгенограмма тела и ветви нижней челюсти либо ортопантомограмма. При локализации кисты в боковых отделах верхней челюсти - ортопантомограмма. При небольших размерах кисты бывает достаточно дентальных снимков.

3. При цистэктомии перед манипуляцией обязательно пломбирование каналов зубов.

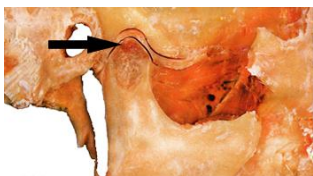
4. Различия цистэктомии и цистотомии в следующем:

- 1) при цистэктомии оболочка кисты удаляется полностью, резецируются корни всех зубов, обращенных в костный дефект, и рана зашивается наглухо;
- 2) при цистотомии убирается передняя стенка кисты, удаляется только часть прилегающей к ней оболочки, резецируется (или удаляется) только причинный зуб. Костная ткань в последующем восстанавливается за счет оппозиционного роста.

5. Для обработки костных дефектов используются антисептики.

Для заполнения костных дефектов используют бискомпозиционные материалы, содержащие компоненты костной ткани: коллапол, коллапан, биоматрикс, остеоматрикс.

ЗАДАЧА №70



Больной Л. 42-х лет, обратился с жалобами на резкую боль при открывании рта в области левого уха, припухлость, повышение температуры тела до 37,4°C. Из анамнеза: накануне на правой стороне долго жевал вяленую рыбу.

Объективно: асимметрия лица за счет отека мягких тканей левой впередишной области, кожа гиперемирована, напряжена, инфильтрат мягкий, малоболезненный.

Резкая боль в левом височно-нижнечелюстном суставе при открывании рта. Рот открывается на 1 см. Прикус: глубокое резцовое перекрытие. Дентин обнажен, гладкий пигментированный, высокочувствительный на раздражители. У фронтальных зубов и клыков, на вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов верхней челюсти отмечаются дефекты эмали с гладкими, сходящимися стенками, резкая болезненность при

зондировании, от холодных раздражителей. Разрушение коронок 24, 25, 48 зубов, композитные пломбы не восстанавливают анатомическую форму 26 и 27 зубов.

ВОПРОСЫ:

1. Проведите необходимое обследование.
 2. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
 3. Выпишите препараты для общего и местного лечения.
 4. Составьте план санации полости рта.
1. Рентгенографию височно-нижнечелюстного сустава, 24,25,26,27,48 зубов (ОПГ).
 2. Острый артрит левого ВНЧС. Хронический периодонтит 24,25,26,27,48 зубов.
Клиновидные дефекты 13,12,11,21,22,23. Вторичная частичная адентия верхней и нижней челюсти 2 класс по Кеннеди.
 3. Противовоспалительные и жаропонижающие средства: Tab. Ac. Acethylsalicilatis 0,5 (по 1 таб. 2 – 3 раза в день через 15 мин после еды); Tab. Reopirini 0,2 (по 1 таб. 2 раза в день),). Для гипосенсибилизации: Sol. Calcii chloridi 10% 200 ml. (по 1 стол. л. 3 раза в день). Для повышения сопротивляемости организма: Ac. Ascorbinici 0,3 (по 1 пор. 3 раза в день).
Местно: сухое тепло, щадящий режим откусывания и жевания, временная фиксация нижней челюсти повязкой, физиолечение: дарсонвализация тихим разрядом грибковидными электродами по 10 мин. № 8, УФО кожи пораженной области по 2 – 4 биодозы ежедневно N10 или инфракрасный свет по 15 мин ежедневно N10, с 3 - 7 дня – лазеротерапия, диадинамотерапия, массаж пораженной области, ЛФК, с 14 дня – грязевые, озокеритные аппликации по 60 мин N12.
 4. Санация полости рта: пломбирование зубов и клиновидных дефектов, удаление корней разрушенных зубов.
 5. Частичный съемный протез на нижнюю челюсть, мостовидные протезы с опорой на 17 – 13, 23 – 26, восстановление анатомической формы зубов вкладками или коронками.

ЗАДАЧА №71



Больной С. 22 лет обратился с жалобами на косметический дефект, обусловленный удлинением нижней трети и уплощением средней зоны лица. В детском возрасте лечился у ортодонта по поводу нарушения прикуса. Изменения во внешнем виде наиболее ярко стали проявляться в юношеском возрасте.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз на основании имеющейся информации.
2. Перечислите дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
3. Назовите функциональные нарушения, сопровождающие данную патологию.
4. Перечислите виды стоматологической помощи, необходимые таким пациентам на этапах лечения.
5. Перечислите виды оперативного доступа к челюстям, возможные приданной патологии.

1. Нижняя макрогнатия, верхняя ретро- и микрогнатия.

2. Рентгенологический: телерентгенограммы, компьютерная томография в трехмерном изображении, изготовление литографической модели.

3. Дисфония, нарушение откусывания и пережевывания пищи.

4. Ортодонтическая подготовка с последующей реконструктивной хирургической операцией и рациональным протезированием при необходимости. Возможно продолжение ортодонтического лечения в послеоперационном периоде.

5. При операции на нижней челюсти возможен как внутриротовой, так и внеротовой доступ к челюсти. При операции на верхней челюсти - только внутриротовой.

ЗАДАЧА №72



Больная Х. 18 лет в детском возрасте получила ожог тканей лица и рук пламенем. Несмотря на неоднократное лечение в специализированных отделениях, сохраняются множественные рубцы, которые обезображивают лицо.

ВОПРОСЫ:

1. Назовите данный лоскут.
2. Назовите вид пластики, к которому он относится. Формирование каких лоскутов относится к этому разделу пластики.
3. Перечислите преимущества данного вида пластики.
4. Назовите методику обезболивания при этом виде пластики.
5. Наиболее распространенное местное осложнение в послеоперационном периоде.

1. Пластика брови артериализованным лоскутом на питающей ножке. (берут ткань с волосистой части головы)
2. Пластика лоскутом на ножке. Различают лоскут на одной питающей ножке, опрокидывающийся, мостовидный (на 2 питающих ножках), удвоенный, артериализованный (включающий сосуд), на с крытой сосудистой ножке.
3. Хорошее кровоснабжение лоскута, на узкой ножке длинные лоскуты
4. Под местной анестезией.
5. Частичный или полный некроз лоскута вследствие тромбоза питающего сосуда.

ЗАДАЧА №73



Пациент С. 20 лет обратился с жалобами на увеличивающееся в размерах образование в нижнем отделе правой щечной области, появившееся через несколько дней после удаления разрушенного зуба 46. Болен в течение 3 недель. Ранее за помощью не обращался. В последние дни над образованием кожа изменилась в цвете, появился участок размягчения. Ухудшилось самочувствие, повысилась температура до 37,8 градусов.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз на основании имеющихся данных.
 2. Вид лечения при данной патологии.
 3. Направления разрезов при вскрытии гнойного очага.
 4. Назовите схему медикаментозной терапии при воспалительных процессах.
 5. Перечислите дополнительные методы лечения, используемые при данной патологии.
1. Абсцесс нижнего отдела щечной области справа.
 2. Вскрытие абсцесса с последующим противовоспалительным лечением.
 3. Разрез должен проводиться по нижнему полюсу и на всю длину инфильтрата с учетом контуров лица, естественных кожных складок, направления ветвей лицевого нерва
 4. Медикаментозная терапия может включать антибактериальную (антибиотики - амоксиклав, клиндамицин), противовоспалительную (нимесил) и обезболивающую терапию (некст, пенталгин).
 5. Физиотерапия, гипербарическая оксигенация, озонотерапия.

ЗАДАЧА №74



Пациентка Р. 18 лет предъявляет жалобы на незначительные боли при глотании, затрудненное открывание рта. В анамнезе периодически появляющиеся отек слизистой оболочки в левой ретромолярной области и перечисленные выше явления. Ранее за помощью не обращалась.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз на основании имеющихся данных.
2. Перечислите дополнительные методы обследования, применяемые при диагностике данной патологии.
3. Назовите оперативное вмешательство, проводимое в данном случае.
4. Перечислите назначения, которые необходимо сделать пациентке после операции.
5. Перечислите возможные осложнения при болезнях прорезывания зубов.

1 Перикоронарит

2. Рентгенологическое исследование для выявления расположения в челюсти 3.8 зуба и решения вопроса о целесообразности его сохранения

- 1) дентальная рентгенография
- 2) боковая рентгенография нижней челюсти со стороны локализации патологического процесса;
- 3) ортопантомография
- 4) спиральная компьютерная томография;
- 5) конусно-лучевая компьютерная томография

3. Иссечение слизистой оболочки, нависающей над 3.8 зубом

Иссечение капюшона осуществляется в стоматологическом кабинете соответственно следующим пунктам:

- Местное обезболивание анестетиками;
- Антисептическая обработка десны в области воспаления;
- Иссечение мягких тканей, нависающих над зубом при помощи скальпеля или хирургических ножниц;
- Промывание раневой поверхности антисептическими растворами;
- Обработка раны кровоостанавливающими средствами;
- Наложение на обработанный участок десны йодоформной турунды

После завершения операции пациенту рекомендуются ротовые содовые ванночки и, при необходимости, прием антибиотиков.

После стихания воспалительных явлений следует решать вопрос о судьбе зуба. Если коронка зуба полностью освобождена от слизистой оболочки, имеется достаточно места в зубном ряду и зуб находится в правильном прикусе с антагонистом, то лечение можно считать законченным.

5 Осложнения перикоронита

Воспалительные заболевания - острый гнойный периостит челюсти, абсцессы и флегмоны близлежащих клетчаточных пространств, остеомиелит нижней челюсти

ЗАДАЧА №75



Больной С. 26 лет обратился с жалобами на новообразование правой половины лица, боли и подвижность зубов на нижней челюсти справа. Со слов больного, образование заметил 1,5 года назад. Оно постоянно увеличивается в размере, усиливаются боли и подвижность зубов. В течение последних месяцев резко ухудшилось общее состояние больного, отмечается потеря веса.

ВОПРОСЫ:

1. Назовите рентгенологический признак, указанный стрелками на представленной рентгенограмме нижней челюсти.
2. На основании имеющихся клинических и рентгенологических данных поставьте предварительный диагноз.
3. Наметьте предварительный план лечения данного заболевания.
4. Назовите вид лечения, не входящий в комплекс мероприятий при лечении данной патологии.
5. Назовите специалиста, у которого наблюдаются пациенты со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области после проведенного лечения.

1 Спикулы.

2. Остеогенная саркома нижней челюсти справа.
3. Хирургическое удаление опухоли с прилежащими тканями; решение вопроса о возможности и виде одномоментной пластики дефекта; химиотерапия; последующая реабилитация в послеоперационном периоде.
4. Остеогенная саркома является радиорезистентной опухолью, и облучение не только неэффективно, но может ускорить рост опухоли.
5. У онколога.

ЗАДАЧА №76

Пациент М. 27 лет обратился в клинику с жалобами на ограничение открывания рта, онемение кожи левой подглазничной области и верхней губы слева, диплопию. В анамнезе травма левой половины лица, произошедшая 7 дней назад. Сохраняется отечность левой подглазничной области и гематома нижнего века левого глаза. Признаков воспаления нет.



ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите причины, обуславливающие жалобы пациента.

3. Виды оперативного вмешательства, показанные в данном случае.

4. Назовите типы хирургического лечения, проводимые при неправильно сросшихся переломах скуло-орбитального комплекса.

5. Перечислите возможные виды фиксации фрагментов.

2. При повреждении подглазничного нерва в области глаза, крыльев носа, скулы наблюдается онемение. При травме, сопровождающейся проникновением в пазуху верхней челюсти, возникает носовое кровотечение. Вокруг глаз отечность вплоть до закрытия глаза отеком, может наблюдаться двоение (диплопия). При смещении отломков возникает деформация лица, а при пальпации удается нащупать костный выступ.

3. Репозиция скуловой кости крючком Лимберга или элеватором Карапетяна. Радикальная синусотомия с репозицией фрагментов скуло-орбитального комплекса. Фиксация их может осуществляться на йодоформном тампоне, титановыми минипластинами и, проволочными швами, скобами с памятью формы или комбинацией вышеперечисленных способов.

4. По истечении длительного срока и консолидации скуловой кости в неправильном положении показана операция: остеотомия и остеосинтез с применением титановых минипластин, фиксируемых шурупами.

5. Фиксация скуловой дуги может осуществляться с помощью наружных швов, проведенных под неё толстой изогнутой иглой и фиксирующих её к пластинке, изготовленной из быстротвердеющей пластмассы, под которую подкладывают два-три слоя йодоформной марли для предупреждения пролежней. Фиксацию снимают на 8 - 10-й день.

ЗАДАЧА №77



Пациенту К. 63 лет на основании анамнеза и клинических данных был поставлен предварительный диагноз плеоморфная аденома левой околоушной слюнной железы.

ВОПРОСЫ:

1. Перечислите методы обследования, проводимые для подтверждения диагноза в пред- и операционном периодах.
2. Расположение ветвей какого нерва затрудняет проведение хирургического вмешательства?
3. Назовите препарат, назначаемый после операции для подавления слюноотделения.
4. Перечислите осложнения, возникающие при данном вмешательстве в послеоперационном периоде. Методы их устранения.
5. Назовите новообразования, с которыми следует дифференцировать плеоморфную аденому.

4. 5. Плеоморфную аденому следует дифференцировать с другими доброкачественными и злокачественными опухолями слюнной железы, а также с врожденными предушными кистами, эпидермальной кистой,

1. УЗИ; томографию (компьютерную или магнитно-резонансную); рентгеноконтрастное исследование; пункционную биопсию и цитологию (для определения характера ткани). сиалография

2. лицевой нерв

3. Раствор атропина 0,01% -ный в количестве 10 капель за 15 минут до приема пищи.

4. Возможные осложнения:

- длительный парез мимической мускулатуры на стороне операции вследствие травмирования ветвей лицевого нерва. Профилактикой является максимально щадящее атрауматичное препарирование тканей;
- формирование слюнного свища. Для профилактики применяют давящие повязки; 10 капель атропина за 10-15 минут до еды с целью погашения функции слюноотделения; прием пищи, не стимулирующей слюноотделения;
- развитие воспалительных осложнений в ране. Для профилактики назначают антибиотикотерапию

5. с доброкачественными и злокачественными опухолями слюнных желез, а также неопухолевыми заболеваниями (сиалодениты, сиалозы, доброкачественными лимфоэпителиальными поражениями, кистами и др.) а также с парасиаломами-опухолями растущими вокруг железы

ЗАДАЧА №78



Больной П. 37 лет поступил в челюстно-лицевое отделение стационара. Жалуется на болезненную припухлость в области нижней челюсти и шеи, боль при глотании, затрудненное дыхание, головную боль, нарушение сна, слабость, озноб, высокую температуру тела.

Анамнез: пять дней назад был удален 36 зуб. Удаление сложное, травматичное. На следующий день возникли боль в нижней челюсти слева, боль при глотании, припухлость под языком. При-

нимал анальгин, полоскал полость рта раствором фурацилина. Боль и припухлость нарастали. Через 2 дня появилась припухлость под нижней челюстью и в верхнем отделе шеи с двух сторон. Резко ухудшилось общее состояние, температура тела повысилась до 39°C, появился озноб. Больной госпитализирован.

Объективно: состояние тяжелое, больной заторможен, неадекватен, говорит вяло, с трудом. Рот постоянно открыт. Температура тела 38,8°C, ЧДД 22 в минуту, ЧСС 92 уд/мин, АД 95/65 мм рт. ст. Кожные покровы бледные, холодные, с землистым оттенком.

При осмотре: разлитой плотный, болезненный инфильтрат в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях, распространяющийся на околоушно-жевательные и щечные области, верхнюю треть шеи. Кожа над инфильтратом красного цвета с синевато-бардовыми пятнами. В отдельных участках определяются размягчение и крепитация. Из рта неприятный зловонный запах. Вся подъязычная область инфильтрирована. Язык увеличен в размерах, отечный, сухой, покрыт бурым налетом, приподнят к небу. В лунке удаленного 36 зуба остатки пищи, края ее обнажены. Слизистая оболочка альвеолярной части челюсти в области 35, 36, 37 зубов гиперемирована, отечна с вестибулярной и язычной сторон, пальпируется болезненный инфильтрат.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.
2. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику?
3. Составьте план оказания медицинской помощи.
4. Назовите возможные осложнения.

1 Флегмона дна полости рта

2. Дифференциальная диагностика флегмоны дна полости рта с гнилостно-некротической флегмоной этой же локализации, так называемой ангиной Жансуля Людвиг, достаточно сложна.

Общие и местные симптомы этих двух воспалительных процессов во многом схожи. Острое начало, одинаковые клинические проявления, естественно, вызывают затруднения в распознавании ангины Жансуля — Людвиг.

Флегмона дна полости рта обусловлена гнойным процессом, распространившимся из других клетчаточных пространств. Ангина Жансуля — Людвиг является гнилостно-некротическим процессом, вызванным главным образом анаэробной инфекцией, проникающей как одонтогенным, так и неодонтогенным путем. При этом все ткани дна полости рта некротизируются, что и определяет значительно более тяжелое течение ангины Жансуля — Людвиг, сопровождающейся гораздо более сильной интоксикацией (высокая температура септического характера, возбуждение, бред), чем при гнойной флегмоне дна полости рта.

В первые дни заболевания при ангине Жансуля — Людвиг кожные покровы над инфильтратом в подчелюстных и подподбородочной областях имеют выраженную бледность, а затем на них появляются сине-багровые и бронзовые пятна, такие, какие наблюдаются при газовой гангрене.

При гнойной флегмоне дна полости рта кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена, блестяща.

При вскрытии гнилостно-некротической флегмоны (ангины Жансуля — Людвиг) из ранг выделяется незначительное количество зловонной жидкости цвета мясных помоев, отмечается некроз клетчатки и мышечной ткани. При вскрытии обычной флегмоны дна полости рта выделяется гной.

3. Целесообразно проведение воротникового или дугообразного разреза ниже края нижней челюсти и широкое вскрытие всех поралсенных областей путем рассечения челюстно-подъязычной мышцы. дренирование. При вскрытии отмечаются характерные изменения в тканях: расположенная здесь клетчатка имеет серо-зеленый, темно-бурый до черного цвет; гноя нет, из тканей выделяется мутная кровянистая или коричневатая зловонная жидкость, иногда с пузырьками газа. Клетчатка, мышцы некротизированы, представляют собой сероватую зло-

вонную массу (см. рис. 65).

После операции благоприятное течение заболевания характеризуется снижением температуры тела, улучшением общего состояния больного. Из операционных ран начинает выделяться гной, отторгаются омертвевшие ткани, если они не были удалены при операции, и постепенно появляются грануляции. Дальнейшее заживление ран протекает обычно без осложнений. В других случаях — при гнилостнонекротической флегмоне воспалительные явления склонны к прогрессированию. Чаще развиваются медиастиниты, но может быть восходящее распространение инфекции.

4. Воспалительное заболевание может осложняться сепсисом, при котором опасны для жизни больных септический шок и острая дыхательная недостаточность.

Прогноз при флегмоне дна полости рта, особенно гнилостнонекротической, с осложнениями, серьезен для жизни больных.

ЗАДАЧА №79



Пациентка С. 57 лет жалуется на образование под языком слева. Анамнез: припухлость под языком существует в течение 5 лет. Периодически изменяется в размерах. Имеет тенденцию к постепенному увеличению.

При пальпации образование мягко-эластической консистенции, безболезненно.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные методы исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назовите методы хирургического лечения.
5. Опишите возможные осложнения при удалении образования: ранние и поздние.

1 Ретенционная киста подъязычной слюнной железы слева («ранула»).

2. Пункция образования; УЗИ дна полости рта.

3. Необходимо дифференцировать с периоститом, остеомой, фибромой.

Дифференциальный диагноз проводят с гемангиомой и лимфангиомой дна полости рта, реже с липомами, дермоидными кистами.

-лимфангиома от ранулы: при надавливании на подбородочную область при лимфангиоме увеличивается опухолевидное образование в подъязычной области за счет перемещения жидкого содержимого.

Гемангиома в отличие от ранулы имеет синюшно-багровый цвет, сопровождается расширением сосудов и обладает склонностью к быстрому росту. При надавливании гемангиома уплощается.

Липома — более плотная опухоль беловато-желтого цвета.

Дермоидная киста чаще располагается по средней линии, имеет четкие границы и содержит беловатую крошковидную массу.

Ретенционную кисту дифференцируют от опухолей. Последние имеют плотную консистенцию, поверхность их чаще бугристая, при пальпации они подвижны. Морфологически оболочка кистозного образования представлена соединительной тканью, часто местами более плотной, фиброзной. Внутренняя поверхность выстлана многослойным плоским эпителием. В некоторых случаях внутренняя выстилка эпителием представлена соединительной тканью.

4. Прошивание; цистотомия (марсупиализация); цистэктомия с частичной резекцией подъязычно й слюнной железы.

5. Ранние осложнения: кровотечение, повреждение протока поднижнечелюстной слюнной железы, разрыв оболочки кисты. Поздние : нагноение и рецидив кисты .

ЗАДАЧА №80

Пациентка К. 43 лет жалуется на припухлость и боль под языком справа, возникающие во время еды. Через 2-3 часа они проходят.

Анамнез: указанные жалобы появились 2 месяца назад.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,7°C.

При осмотре: изменений со стороны кожных покровов нет. Поднижнечелюстные лимфатические узлы и слюнные железы не увеличены, открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта не изменена. При пальпации по ходу протока поднижнечелюстной слюнной железы справа в переднем его отделе определяется безболезненное, округлой формы уплотнение. Из устья протока выделяется прозрачный секрет. При зондировании устья протока ощущается плотное образование с гладкой поверхностью. На рентгенограмме дна полости рта выявляется округлой формы плотная тень размером 0,4x0,5 см.

Диагноз: слюннокаменная болезнь, камень выводного протока поднижнечелюстной слюнной железы справа.

ВОПРОСЫ:

- 1.Какие дополнительные исследования нужно провести?
- 2.Какое лечение показано пациентке?
- 3.Как следует выполнить обезболивание для оперативного вмешательства?
- 4.Как выполняется операция?
- 5.Какое показано лечение при локализации камня в железе с явлениями хронического сиаденита?

1.За счет наличия в составе слюнных конкрементов неорганического компонента, большинство их являются рентгенопозитивными, хорошо визуализируются при обзорной внеротовой рентгенографии поднижнечелюстной области и интратротовой рентгенографии дна полости рта.

Контрастная сиалогграфия основана на ретроградном заполнении протоковой системы и паренхимы железы рентгеноконтрастным веществом с последующим проведением рентгенографии.

Рентген-компьютерная томография в 98 % случаев позволяет выявить как рентгенопозитивные, так и рентгеногегативные конкременты, определить их локализацию, размеры, а также относительное изменение размеров и структуры пораженной железы.

Ультразвуковое исследование (сонография) слюнных желез основано на разной способности тканей отражать ультразвуковые колебания, в зависимости от плотности их структуры

При сонографии достаточно хорошо визуализируются слюнные конкременты, в том числе и рентгеногегативные, можно определить их размеры и локализацию.

радионуклидная диагностика — сканирование слюнных желез, сиалосцинтиграфия, радиометрическое исследование слюны.

фиброэндоскопия слюнных желез, основанная на применении ультратонкой волоконной оптики, вводимой через основной проток слюнной железы.

2. Конкрементэктомия
3. Операция может выполняться под местной инфильтрационной анестезией, проводниковой анестезией язычного нерва либо под общим обезболиванием.
4. Параллельно ходу выводного протока поднижнечелюстной железы (по медиальному скату подъязычного валика), в проекции определяемого 30 конкремента, проводится линейный разрез слизистой оболочки подъязычной области с последующим обнаружением выводного протока слюнной железы. После этого выделяется выводной проток железы и продольно рассекается его стенка до вскрытия просвета, т. е. проводится сиалодо-

хотомия, и с помощью хирургического инструментария (кровоостанавливающего или специального зажима, пинцета, хирургической гладилки, кюретажной ложки или стоматологического экскаватора) обнаруженный конкремент извлекается наружу.

5. Хирургическое и консервативное

Антибиотикопрофилактика

Цефазолин
Линкомицин

Антибактериальные препараты при возникновении инфекции

Амоксицилин
Цефутоксим

Нестероидные противовоспалительные средства

Кетопрофен
Парацетамол
Ибупрофен
Трамадол 1%-1,0мл

Гемостатические средства при кровотечениях Этамзилат