**дисциплинА «стоматология»**

**для студентов педиатрического факультета**

**Практическое занятие №4**

Тема: Воспалительные заболевания мягких тканей (абсцессы, флегмоны).

Вопросы для подготовки к занятию:

1. Терминология, классификация одонтогенных абсцессов лица и шеи.
2. Этиология, патогенез, типы воспалительных реакций при острых гнойных воспалительных заболеваний различных областей головы и шеи.
3. Патологическая анатомия при абсцессах и флегмонах. Стадии воспалительной реакции.
4. Анатомо-топографическая классификация одонтогенных абсцессов и флегмон.
5. Данные лабораторных обследований (кровь, моча и др.) при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области.
6. Особенности клинического течения абсцессов и флегмон у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, сахарным диабетом.
7. Особенности клинического течения абсцессов и флегмон в зависимости от анатомо-топографической локализации гнойного процесса.
8. Общие принципы обследования и лечения больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области.
9. Осложнения одонтогенных флегмон лица (тромбофлебит, тромбоз кавернозного синуса).
10. Осложнения одонтогенных флегмон лица (медиастинит сепсис).

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ**

**I. Дайте определение следующим терминам:**

*Воспалительный инфильтрат* –

*Абсцесс* –

*Флегмона* –

*Остеофлегмона* –

*Аденофлегмона* –

**II. Решите задания:**

**Задание № 1.** В клинику челюстно-лицевой хирургии поступил больной 35 лет, с жалобами на резкую болезненную припухлость в области угла нижней челюсти слева, общую слабость, недомогание, плохой сон, потливость, озноб, высокую температуру. В районной поликлинике 5 дней назад был удален 36 зуб с разрушенной коронковой частью. Имелась небольшая деструкция костной структуры нижней челюсти у верхушек корней 36, определявшаяся рентгенологически. Боли прекратились, но на 2 день после удаления зуба появилась болезненная припухлость под краем нижней челюсти слева, постепенно увеличивающаяся в размерах, ухудшилось общее состояние. Обратился к лечащему врачу, который произвел периостотомию, назначил противовоспалительное лечение, но улучшения не наступало: припухлость увеличивалась, значительно ухудшилось общее состояние и больной был направлен в челюстно-лицевой отделение.

Объективно: общее состояние средней тяжести, температура тела 39,5°С. Местно: асимметрия лица за счет наличия припухлости в нижнем отделе щёчной и поднижнечелюстной областях слева, которая распространяется и в подподбородочную область. Кожные покровы над припухлостью гиперемированы, кожа отёчна, лоснится, не собирается в складку, естественные складки сглажены. Пальпаторно в центре припухлости определяется плотный болезненный инфильтрат с флюктуацией в центре, на коже при пальпации остаются пальцевые вдавления. Открывает рот с

некоторым затруднением (из-за припухлости). В полости рта: лунка удалённого 36 зуба в удовлетворительном состоянии, закрыта сгустком. Вокруг – незначительный отёк слизистой оболочки. Оставшиеся большие и малые коренные зубы интактны, неподвижны, безболезненны при перкуссии.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Назначьте адекватное комплексное лечение.

4. Опишите характер операции.

5. В чем состоит особенность послеоперационного ведения данного больного?

6. Возможные осложнения?

**Задание № 2.** На 9-й день после начала заболевания больной 33 лет был доставлен в клинику челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии из районной больницы. В поликлинике района был удален неправильно прорезавшийся 38 зуб. Спустя 2 дня после удаления появилась болезненная припухлость в области нижней щеки слева, которая быстро распространилась в подъязычную, поднижнечелюстную области, а также в область бокового треугольника шеи этой стороны. В районной больнице был сделан дугообразный разрез кожи и мягких тканей в поднижнечелюстной области слева, на 5-й день после удаления 38 зуба. Гнойного отделяемого из разреза при этом не было получено. Процесс распространился в подподбородочную область и на другую сторону шеи. Было сделано ещё 2 разреза: по срединной линии и в правой поднижнечелюстной области. Улучшения не наступило. В этой связи больной был доставлен в челюстно-лицевое отделение.

Объективно: общее состояние крайне тяжелое. Сознание спутанное, временами больной впадает в кому. Пульс 92 удара в минуту, аритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, у верхушки прослушивается систолический шум, дыхание учащенное, поверхностное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледной окраски.

Местно: лицо одутловатое, как бы широкое и удлинённое. Воспалительный процесс захватывает все прилегающие области к нижней челюсти область и шею. Имеются три послеоперационных разреза, изолированных друг от друга, длиной около 2-З см каждый. Вокруг разрезов пальпируются плотные, болезненные инфильтраты, местами ткани под пальцами крепитируют. Кожные покровы в этих участках гиперемированы, цианотичны. По срочным показаниям произведено широкое хирургическое раскрытие всех пораженных клетчаточных пространств с помощью воротникообразного разреза. При этом получено незначительное количество мутной, зловонной жидкости в виде «мясных помоев». Мягкие ткани имели вид «вареного мяса». Проводилось этиопатогенетическое, дезинтоксикационное, десенсибилизирующее и симптоматическое лечение. Несмотря на интенсивную терапию, у больного возникло бредовое состояние, неоднократно появлялась рвота и через 42 часа после операции больной, не приходя в сознание, скончался. На основании данных клиники и аутопсии, помимо основного заболевания, были выявлены обширные очаги поражения в средостении, паренхиматозных органах и в головном мозге (токсический миокардит, токсический гломерулонефрит и гепатит, токсическая пневмония, менингит, медиастинит, абсцессы головного мозга), что и привело к летальному исходу.

1. Поставьте диагноз, приведший к осложнениям.

2. Какие дополнительные симптомы, характерные для описанных выше осложнений, не указаны в ситуационной задаче?

3. Какие методы обследования, проведенные в стационаре, в задаче не указаны?

4. Какие ошибки были допущены на доклиническом этапе лечения данного больного?

**Задание №3.** Из карточки амбулаторного пациента Р., 31 год, известно, что он три дня находится на лечении у стоматолога-хирурга. Указано, что пациент обратился с жалобами на коллатеральный отек мягких тканей нижней челюсти справа, что у него несколько дней болел зуб 4.6, который на момент обращения беспокоил уже меньше. В карточке отмечено, что по переходной складке в области зуба 4.6 имеется инфильтрат (1,7 × 1,0 см). Пациенту был удален зуб 4.6, проведена периостеотомия по поводу острого гнойного периостита нижней челюсти справа от зуба 4.6, назначена местная гипотермия и ванночки с гипертоническим раствором хлорида натрия 5–6 раз в сутки. Пациенту была назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные («Доксоциклин»), нестероидные противовоспалительные («Анальгин») и антигистаминные лекарственные средства («Супрастин»). Пациент обратился повторно через три дня с жалобами на усилившиеся боли в области нижней челюсти и отек мягких тканей.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека в области нижней челюсти справа. Поднижнечелюстные лимфатиче-ские узлы увеличены (0,5 × 0,7 см), болезненны, мягкой, эластичной кон-систенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти справа гиперемирована, отечна как с вестибулярной, так и с язычной поверхности. По переходной складке определяется рана после выполненной периостеотомии протяженностью 0,7 см, в ране находится марлевый дренаж, отделяемого из раны по дренажу нет. Из лунки удаленного зуба 4.6 выделяется гнойный экссудат. Перкуссия зубов 4.5 и 4.7 болезненна. Зубы 4.5, 4.7 патологически подвижны (I степень).

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту при повторном обращении за специализированной помощью?

2. Какие тактические ошибки были допущены стоматологом-хирургом в процессе проведения первичной хирургической обработки гнойного очага у пациента?

**Задание №4** Пациент З., 47 лет, находится на лечении в отделении септической челюстно-лицевой хирургии по поводу острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева от зуба 3.8, осложненного абсцессом крыловидно-нижнечелюстного пространства. После проведения адекватной первичной хирургической обработки гнойного очага пациенту была назначена комплексная противовоспалительная терапия, в составе которой в качестве антибактериального препарата использовался антибиотик «Линкомицин». У пациента при применении данного препарата наблюдалась положительная динамика. В это время лечащий врач получил результаты бактериологического анализа гнойного экссудата и чувствительности микрофлоры к антибиотикам, где было указано, что микрофлора не чувствительна к препарату «Линкомицину», но чувствительна к препарату «Клиндамицин».

 1. Как лечащему врачу следует трактовать результаты анализа?

 2. Какими должны быть следующие действия лечащего врача в указанной клинической ситуации?

**III. Проведите сравнительную характеристику проявления гипо- и гиперэргического типов воспалительных реакций при острых гнойных воспалительных заболеваний различных областей головы и шеи (в виде таблицы).**

**IV. В зависимости от локализации входных ворот для микробов, инфекционно-воспалительные процессы в челюстно-лицевой области подразделяют на (заполните таблицу):**

|  |  |
| --- | --- |
| Одонтогенные | Неодонтогенные |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**V. Перечислите специфические симптомы проявления гнойно-воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**VI. Данные лабораторных обследований (кровь, моча и др.) при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области.**