|  |
| --- |
|  |
| МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬБЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТКАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИЗаведующий кафедрой: д.м.н профессор Ластовка А.СУЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИПациент, фамилия, имя, отчество: ФИОКлинический диагноз: Обострение хронического периодонтита зуба 4.4, абсцесс челюстно-язычного желобка справа. Куратор: студентка Дровосекова Л.О., 5 курса, 7510 группы, стоматологического факультета. Преподаватель: асс. Голынский А.Б. Время курации: 06. 11. 2018г.-20.11.2018г.Минск, 2018г.**Паспортная часть****Ф.И.О.** пациента:**Возраст:** 35 лет (02.10.1983).**Пол:** женский.**Место работы, должность:** **Домашний адрес:** **Дата поступления:** 28.10.2018г, 9:02**Кем направлен:** Стоматологической поликлиникой №3**Предварительный диагноз:** Обострение хронического периодонтита 4.4, осложненного абсцессом челюстно-язычного желобка справа.**Клинический диагноз:** Обострение хронического периодонтита 4.4, осложненного абсцессом челюстно-язычного желобка справа.**Заключительный диагноз:** Обострение хронического периодонтита 4.4, осложненного абсцессом челюстно-язычного желобка справа.**Основной диагноз:** Обострение хронического периодонтита 4.4**Осложнения:** Абсцесс челюстно-язычного желобка справа**Сопутствующие заболевания:** нет**Жалобы пациента**Пациентка жалуется на болезненный инфильтрат, отек и боль в области нижней челюсти справа. Боль усиливается от глотания.**История развития настоящего заболевания (anamnesis morbi)**Пациент считает себя больным около 3 дней. У пациента появилась ноющая боль в области зуба 4.4. Пациент обратился 26.10. 2018 с целью перелечивания зуба 4.4. Состояния пациента ухудшилось: боли усилились и стали более интенсивные и пульсирующие. 27.10.2018г пациенту провели эндодонтическое лечение зуба 4.5 и произведена периостотомия. 28.10.2018 г состояния пациента ухудшилось: появился болезненный инфильтрат и отек в области нижней челюсти справа, и она обратилась в 3ГСКП, где и была направлена в 11 ГКБ.**История жизни больного (anamnesis vitae)****Физическое и интеллектуальное развитие:** Родилась в 1983 году в г. Минске здоровым, доношенным ребенком. Росла и развивалась соответственно возрасту. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставала. Трудностей при обучении в школе не испытывала. **Материально-бытовые условия:** Проживает вместе с мужем в благоустроенной 3-х комнатной квартире. Материальное обеспечение удовлетворительное**Трудовой и бытовой анамнез:** Медико-санитарная часть ОАО « Минский механический завод имени С.И. Вавилова» - управляющая компания холдинга «БелОМО», акушерка. Питание сбалансированное, присутствуют молочные и мясные продукты,3 раза в неделю употребляют рыбу. Гигиену тела соблюдает регулярно.**Семейный и наследственный анамнез:** пациентка замужем, беременность -2, роды-2. Наследственный анамнез не отягощен.**Вредные привычки** - отрицает.**Перенесённые заболевания:** ОРЗ, ветряная оспа. Туберкулёз и гепатит – отрицает. Операции – не проводились.**Аллергологический анамнез:** аллергологический анамнез не отягощен. **Объективное обследование больного (status praesens)****Общий осмотр:****Состояние больного:** удовлетворительное.**Сознание:** ясное.**Положение:** активное.**Выражение лица:** обычное.**Телосложение:** нормостеническое, осанка и походка - правильная.**Температура тела:** 380С. Вес 51 кг, рост 163 см.**Питание:** удовлетворительное.**Кожные покровы и видимые слизистые оболочки:** обычной окраски, умеренно влажные, тургор тканей нормальный, без патологических изменений.**Подкожно-жировая клетчатка:** умеренно развита, отеков нет.**Лимфатические узлы:** поднижнечелюстные, подбородочные, шейные, затылочные, надключичные, подключичные, локтевые, паховые, подколенные: не увеличены, безболезненные, эластичной консистенции, не спаянные с подлежащими тканями.**Система органов дыхания**Дыхание через нос свободное. Отделяемое из носа отсутствует. Болезненность у корня носа, на местах лобных пазух, гайморовых полостей – отсутствует.**Голос:** звонкий.1. **Осмотр грудной клетки**

**Форма грудной клетки:** нормостеническая. Деформация грудной клетки и искривления позвоночника отсутствуют.Симметричная грудная клетка.**Положение ключиц, лопаток:** симметричность ключиц и лопаток, лопатки плотно прилежат, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания, в акте дыхания участвует основная дыхательная мускулатура, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.**Тип дыхания:** преимущественно смешанный. Число дыханий в минуту -24 раза.**Одышка:** нет.**Ритм дыхания:** правильный.1. **Пальпация грудной клетки**

**Голосовое дрожание:** не изменено на симметричных участках. Резистентность грудной клетки: эластичная.**Болезненность межреберных промежутков:** не выявлена. Места отечности кожи отсутствуют.Болезненность грудной клетки не определяется.**Перкуссия легких**1. *Сравнительная перкуссия*

Характер перкуторного звука на симметричных или сопоставляемых участках грудной клетки: ясный легочной звук.*2. Топографическая перкуссия*2.1. Высота стояния верхушек легких                  справа        слеванад ключицей спереди (в см)                     3 см 4 см2.2. Высота стояния верхушек легкихпо отношению к УП шейному позвонку  на уровне 7 на уровне 7сзади (на уровне, выше или ниже, в см)                2.3. Ширина полей Кренига (в см)                       6 см 7 см2.4. Нижняя граница легких по топографическим линиям: справа        слева* 1. По окологрудинной линии VI ребро -
	2. По срединно-ключичной линии VI ребро -
	3. По передней подмышечной линии VII ребро VII ребро
	4. По средней подмышечной линии VIII ребро VIII ребро
	5. По задней подмышечной линии IX ребро IX ребро
	6. По лопаточной линии X ребро X ребро
	7. По околопозвоночной линии остистый отросток 11 грудного

позвонка2.5 Экскурсия нижнего легочного края по топографическим линиям (вдох, выдох, суммарно (в см)):А) Среднеключичная: правое легкое: вдох 3см, выдох 2см, суммарно 5 см; слева экскурсия легких не определяется.              Б) Средняя подмышечная: правое легкое: вдох 4см, выдох 4см, суммарно 8см; левое легкое: вдох 3см, выдох 3см, суммарно 6см.В) Лопаточная: правое легкое: вдох 3см, выдох 2см, суммарно 5см; левое легкое: вдох 3см, выдох 3см, суммарно 6см.1. **Аускультация легких**

*1. Сравнительная аускультация***Характер дыхания:** везикулярный. **Хрипы:** отсутствуют.*Крепитация:* отсутствуют.*Шум трения плевры*: не выявлен.*Сравнительная аускультация голоса* (бронхофония): голосовой шум одинаковый на симметричных участках с обеих сторон.**Сердечно-сосудистая система***Исследование артерий*На височных, сонных, подключичных, лучевых, бедренных, подколенных и артериях тыла стопы пульсация присутствует, поверхность сосудов гладкая, эластичная.Пульс на лучевой артерии:* одинаковый
* ритм пульса правильный
* частота пульса 70 уд в мин.
* наполнение пульса: полный ;
* напряжение: твердый;
* величина пульса: большой

Прекапиллярный пульс Квинке не определяется.Артериальное давление по методу Короткова 140/90 мм рт. ст. Пульсовое давление – 50 мм рт ст.*Исследование вен*Венный пульс на яремных венах – отрицательный. При осмотре расширение вен не выявлено.Над луковицами яремных вен «шум волчка» не выслушивается.*Исследование сердца*Верхушечный и сердечный толчки невидимые. Патологическая пульсация и выпячивания в области сердца не выявляются.При пальпации сердечной области систолическое и диастолическое дрожание (симптом «кошачьего мурлыканья») на верхушке и на основании сердца не выявлены.Сердечный толчок пальпаторно не определяется, верхушечный толчок пальпаторно в 5-ом межреберье, на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии, умеренной силы и высоты.**Перкуссия сердца****Границы относительной тупости сердца по отношению к передней срединной линии:*** правая граница относительной тупости сердца в IV межреберье на 4 см вправо от передней срединной линии;
* левая граница в V межреберье на 9 см влево от передней срединной линии;
* верхняя граница на уровне III ребра по линии, проведенной на 1 см кнаружи от левой грудинной линии.

**Границы относительной тупости :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Межреберья** | **Справа** | **Слева** |
| 2 | 3 см | 3 см |
| 3 | 4 см | 5 см |
| 4 | 4 см | - |
| 5 | - | 9 см |

Ширина сосудистого пучка равен 6 см.Поперечник относительной тупости сердца равен 9см.Конфигурация сердца - аортальная.**Границы абсолютной тупости сердца: в норме****Аускультация сердца****Тоны сердца:** приглушены, ритмичные.**Ритм сердечных сокращений:** правильный. Число сердечных сокращений в минуту: 70. **Шумов** в сердце не выявлено. Шум трения перикарда не выслушивается. **Система органов пищеварения****Осмотр полости рта.**Красная кайма губ: увлажненная, физиологической окраски, без патологических изменений. Слизистая оболочка полости рта: бледно розовая, увлажненная, без патологических элементов.Язык влажный, на корне языка обнаруживается небольшое количество зубного налета. Десны отечны, не кровоточат. Зубы санированы.**Зев:** не гиперемирован, припухлость слизистой оболочки, сухость, налет – отсутствует.**Миндалины:** не увеличены, не гиперемированы, налета и гнойных пробок в лакунах нет.**Глотка:**слизистая глотки: увлажненная, не гиперемированная.**Величина и форма живота:** не увеличен, втянут; окружность живота на уровне пупка - 78 см; подкожная венозная сеть не видна; грыжи не выявлены.**Поверхностная пальпация живота***:* ориентировочная и сравнительная, безболезненная, грыжевые выпячивания и мышечного дефанса не выявлено.**Глубокая, методическая, скользящая пальпация по Образцову-Стражеско***:** Сигмовидная кишка – пальпируется в левой подвздошной области в виде цилиндра, консистенция - эластичная, умеренно плотная, незначительно подвижна, диаметр – 2,5 см, не урчит под рукой.
* Слепая кишка – пальпируется в правой подвздошной области как цилиндр, безболезненный, умеренно подвижный, диаметр – 3 см, урчит под рукой.
* Положение нижней границы желудка на 4 см выше пупка, определяется «методом шороха».
* Поперечная ободочная кишка пальпируются в пупочной области виде мягкого, гладкого эластичного тяжа, безболезненны, диаметр- 2 см, не урчит под рукой.

При перкуссии живота асцит и свободная жидкость не выявлены.**Аускультация живота:** перистальтика выслушивается.Стул нормальный консистенции, 1 раз в сутки.**Гепатолиенальная система****Печень:** осмотр области печени — видимого выбухания нет.**Перкуссия печени:**Верхняя граница:* По правой окологрудинной линии – 5 межреберье.
* По правой среднеключииной линии – 6 ребро.
* По правой переднеподмышеной линии- 8 ребро.

Нижняя граница: * По правой переднеподмышечной – 10 ребро.
* По правой среднеключиной линии – по краю рёберной дуги.
* По правой окологрудинной линии- по краю реберной дуги.
* По передней срединной линии – на границе средней и нижней третей мечевидного отростка.
* По левой реберной дуге - по 1,5 см левее левой окологрудинной линии.

**Размеры печени по Курлову:** * по среднеключичной линии 9 см,
* по передней срединной линии 8 см,
* по левой реберной дуге 7 см.

**Пальпация печени:** нижний край печени не определяется, не выходит из-под края реберной дуги.**Желчный пузырь:** не пальпируется. Симптом Курвуазье: отрицательный. Симптом Мюсси (френикус): отрицательный.**Селезенка:** при осмотре видимых выбухание области - нет.**Перкуссия селезенки:** длинник по Х ребру 6см; поперечник — между IX и XI ребрами по среднеподмышечной линии 7 см. **Пальпация селезенки***:* не выходит из-под края реберной дуги.**Система мочеотделения****Осмотр области почек:** гиперемии и припухлости в области правой почки нет, левая почка отсутствует.Почка не пальпируется, болезненность отсутствует.**Метод поколачивания и симптом Пастернацкого***:* отрицательные.**Аускультация почечных артерий:** стеноза почечных артерий не выслушивается.**Мочевой пузырь:** мочевой пузырь не перкутируется.**Мочеиспускание:**безболезненно.**Эндокринная система****Осмотр области щитовидной железы**При осмотре щитовидной железы выпячивания, узловые образования, кисты - отсутствуют. При глотании подвижна.**Пальпация щитовидной железы:** не пальпируется.**Оценка распределения жировой ткани:** Объем талии 80 см, объем бедер 100 см: гиоидный тип (показатель менее 0,8 — фактор риска по венозной недостаточности).**Нервная система**Уровень сознания – сохраненное, пациент может назвать свое имя, время, дату, место пребывания. Память сохранена, настроение хорошее, речевые функции сохранены.**Исследование рецепторной сферы:** обоняния, слуха, зрения, температурной, тактильной чувствительности сохранены. Болезненность по ходу ветвей тройничного нерва отсутствуют.**Исследование двигательной сферы:** глазные щели сужены, движение глазных яблок сохранены. Устойчивость пациента в позе Ромберга–устойчив.**Исследование рефлекторной сферы:** зрачки одинаковые, реакция на свет прямая, рефлексы сухожильные усилены, одинаковые. **Вегетативная сфера:** дермографизм красный, нестойкий.**Патологические рефлексы:** Бабинского, Россолимо, Оппенгеймера, Брудзинского, Кернига, ригидность затылочных мышц отсутствуют.**Объективное обследование челюстно-лицевой области****Внешний осмотр****Конфигурация лица:** изменена за счет инфильтративного отека мягких тканей нижней челюсти справа.**Кожные покровы и красная кайма губ:** физиологической окраски, умеренно влажная, без патологических изменений.**Поднижнечелюстные лимфатические узлы:** не увеличены, умеренно болезненны, эластические, подвижные, не спаянные с окружающими тканями.**Височно-нижнечелюстной сустав:** рот открывает в полном объеме, без хруста и щелчка.**Исследование полости рта****Слизистая оболочка полости рта:** отечна, гиперемирована, болезненнна при пальпации в области зубов 4.4, 4.5, при пальпации определяется болезненный инфильтрат в области челюстно-язычного желобка, симптом флюктуации положительный, после разреза в области 4.4. получено гнойное отделяемое, увлажненная, без патологических изменений. Уздечки верхней и нижней губы вплетаются в основание межзубных сосочков.**Язык:** представлены все виды сосочков, спинка языка покрыта мягким налетом, десквамаций, трещин и язв нет. Болезненность, жжения зыка не наблюдается. Подъязычные железы расположены ближе к вершине альвеолярного гребня. Уздечка языка в виде мощного тяжа вплетается в среднюю треть языка.**Состояние тканей периодонта:** маргинальная часть десны и межзубные сосочки гиперемированы, отечны, пастозной консистенции, контур сглажен, при зондировании – кровоточит. Зубодесневое прикрепление не нарушено.**Зубы:** зубы 4.4, 4.5 эндодонтически лечены, пломбы на 2/3 поверхности. Перкуссия зуба 4.4 болезненная, зуб подвижен.**Зубная формула:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 4 | 0 | 4 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 | 3 | 3 |

-где:0 – здоровый зуб1 – кариес и его осложнения3 – пломбированный зуб4 – удален из-за осложнений кариеса |
| 7 – одиночная коронка, элемент моста или имплантат.**Прикус:** дистальный, глубокий прикус. |

**Данные лабораторных и инструментальных методов исследований**

**Лабораторные исследования**

**Общий анализ крови от 28.10.2018г.**

**Заключение:** значения в пределах физиологической нормы.

**Общий анализ мочи от 28.10.2018г.**

**Заключение:** значенияв пределах физиологической нормы.

**Инструментальные исследования**

**Рентгенологическое исследование:**

**-вид исследования:** ортопантомограмма.

**-патологические изменения**: зубы 4.4, 4.5 равномерно обтурированы до физиологического отверстия, в апикальной области корня зуба 4.4 очаг деструкции костной ткани, с нечеткими контурами, размерами 0,2Х03 см.

**Заключение:** хронический апикальный периодонтит зуба 4.4.

**Функционально-инструментальные методы исследования**: не проводились

**Клинический диагноз, его обоснование**

**Диагноз: «**Обострение хронического периодонтита 4.4, осложненного абсцессом челюстно-язычного желобка справа» выставлен:

**На основании жалоб больного:** Пациентка жалуется на болезненный инфильтрат, отек и боль в области нижней челюсти справа. Боль усиливается от глотания.

**Данных анамнеза**: Пациент считает себя больным около 3 дней. У пациента появилась ноющая боль в области зуба 4.4. Пациент обратился 26.10. 2018 с целью перелечивания зуба 4.4. Состояния пациента ухудшилось: боли усилились и стали более интенсивные и пульсирующие. 27.10.2018г пациенту провели эндодонтическое лечение зуба 4.5 и произведена периостотомия. 28.10.2018 г состояния пациента ухудшилось: появился болезненный инфильтрат и отек в области нижней челюсти справа, и она обратилась в 3ГСКП, где и была направлена в 11 ГКБ.

**Данных объективного обследования:** конфигурация лица изменена за счет инфильтративного отека мягких тканей нижней челюсти справа,поднижнечелюстные лимфатические узлы: не увеличены, умеренно болезненны, эластические, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, слизистая оболочка полости рта: отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации в области зубов 4.4, 4.5, при пальпации определяется болезненный инфильтрат в области челюстно-язычного желобка, симптом флюктуации положительный, после разреза в области 4.4. получено гнойное отделяемое, зубы 4.4, 4.5 эндодонтически лечены, пломбы на 2/3 поверхности. Перкуссия зуба 4.4 болезненная, зуб подвижен. Данных рентгенологического исследования (зубы 4.4, 4.5 равномерно обтурированы до физиологического отверстия, в апикальной области корня зуба 4.4 очаг деструкции костной ткани, с нечеткими контурами, размерами 0,2Х03 см.)

**Дифференциальная диагностика**

**Дифференциальную диагностику а**бсцесса челюстно-язычного желобка необходимо дифференцировать с флегмоной дна полости рта, абсцессами окологлоточного и крыловидно-нижнечелюстного пространства, а также сиалоаденит, слюннокаменная болезнь, а также опухоли поднижнечелюстной области.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Пространство | Источники и пути инфицирования | Местные признаки болезни | Функциональные нарушения |
| Абсцесс челюстно-язычного желобка | Очаги одонтогенной инфекции от премоляров и моляров н/ч | Коллатеральный отек тканей подчелюстной области Боль усиливается при глотанииВыбухание подъязычного валика | Затрудненное открывание рта, болезненное глотание |
| Абсцесс окологлоточного пространства | Небные миндалиныРанение глоткиПо протяжению из крыловидно-челюстного пространства | Умеренно выраженная припухлость тканей верхнезаднего отдела поднижнечелюстной области. Кожные покровы обычной окраски. При глубокой пальпации под углом нижней челюсти определяется инфильтрат. Боковая стенка глотки смещена к средней линии, покрывающая слизистая оболочка гиперемирована | Боль при глотании, резко затрудняющая или исключающая прием пищи, жидкости, проглатывания слюны |
| Флегмона дна полости рта | Очаги одонтогеннной инфекции в области нижней челюсти, инфекционно-воспалительные поражения и инфицированные раны СОПР. | Лицо одутловатое. Плотный разлитой болезненный инфильтрат в обоих поднижнечелюстных областях и подбородочном треугольнике. Ограничение открывания рта, рот полуоткрыт. Язык увеличен в размерах, приподнят к небу, сухой и покрыт грязно-коричневым налетом. Подъязычные складки инфильтрированы, выбухают выше коронок зубов. Бахромчатые складки отечны, часто покрыты фибринозным налетом, видны отпечатки зубов. | Ограничение открывания рта, затруднение дыхания и речи, невозможность глотания, вынужденное сидячее положение |
| Абсцесс крыловидно-нижнечелюстного пространства | Воспалительные процессы от моляров, гнойный процесс из подъязычной, поднижнечелюстного пространства. | Гиперемия и отек СО в области крыловидно-нижнечелюстной складки, небно-язычной дужки зева, реже распространение инфильтрации на СО боковой стенки глотки и дистальный отдел подъязычной тканей верхнезаднего отдела поднижнечелюстной области. Кожные покровы обычной окраски. При глубокой пальпации од углом нижней челюсти определяется инфильтрат. Боковая стенка глотки смещена к средней линии, покрывающая ее СО гиперемирована  | Ограниченное открывание рта, нарушение акта глотания из-за боли |

Заболевания слюнных желез и опухоли поднижнечелюстной области можно исключить, так как заболевание возникло вследствие кариеса и его осложнений.

**Этиология, патогенез заболевания, обоснование метода лечения**

Для развития воспаления необходимы факторы местного и общего характера. Обязательный местный фактор — инфекция (стафилококки, стрептококки, энтерококки, диплококки, кишечная, грамположительные и грамотрицательные палочки, протей, реже — микоплазмы, простейшие из семейства трихомонад, спирохет, а также грибов рода Candida. Источники инфекции:

 - одонтогенные;

 - пародентальные — карманы (десневые, костные);

стоматиты, глосситы; воздухоносные пазухи в кости, периоститы, остеомиелиты;

 - саливаторные — слюнные железы, протоки слюнных желез;

 - тонзиллярно-глоточные — крипты миндалин, аденоидные вегетации носоглотки;

 - риногенные — слизистая носа, искривления носовой перегородки, шипы, синехии;

 - отогенные — ушная раковина, среднее ухо, внутреннее ухо (перихондрит, мезо- и эпитемпанит);

 - фурункулы, карбункулы, инфекции извне.

Общие факторы: иммунологический дефицит, расстройство корковой регуляции.

Патогенез. На сегодняшний день у 80–95% всех больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области источники инфекции имеют одонтогенную природу. Чаще наблюдаются у лиц в возрасте 20–30 лет, что связано с наибольшей интенсивностью поражения кариесом зубов и затрудненным прорезыванием нижних зубов мудрости. Пик заболеваемости приходится на осенне-весенний 5 период года. Развитие и течение острых гнойно-воспалительных заболеваний головы и шеи зависит от концентрации микрофлоры, общих, местных неспецифических и специфических защитных сил организма, состояния различных органов и систем организма, а также анатомо-топографических особенностей тканей челюстно-лицевой области. Все перечисленное определяет характер воспалительной реакции: нормергический, гиперергический, гипергический, анергический. Если воспалительный процесс развивается бурно, распространяясь на окружающие ткани и сосудистый пучок с образованием тромбозов, обширных отеков, с вовлечением в процесс лимфатических сосудов, узлов и развитием не только обширной местной, но и тяжелой общей реакции организма — речь идет о гиперергической реакции, когда несмотря на своевременное и рациональное лечение может наблюдаться летальный исход. У другой группы пациентов процесс развивается медленнее. При этом воспалительный процесс захватывает меньше тканей, отек бывает ограниченным, общая реакция организма выражается в незначительном повышении температуры, изменении состава периферической крови т. д., не носит остро выраженного характера. Такая нормергическая реакция на гнойную инфекцию и местный гнойный процесс легче ликвидируется своевременно начатым и адекватным лечением. У некоторых пациентов местное гнойное заболевание протекает при слабо выраженных местной и общей реакциях. Воспаление в этих случаях ограничивается только локализованным абсцессом, отек окружающих тканей незначительный, лимфангоита, лимфаденита, тромбоза не наблюдается, температура повышается незначительно. Такие процессы со слабо выраженной местной и общей реакциями (гипергической) лучше поддаются лечению, а у остальных больных локализованные местные гнойные очаги излечиваются консервативно. Гнойный процесс может располагаться поверхностно в тканях (абсцесс) либо вовлекать в процесс глубжележащие ткани на значительном протяжении. Это приводит к образованию распространенной межмышечной флегмоны, либо распространению по подкожной клетчатке, т. е. вызвать разлитую эпифасциальную флегмону с отслоением и разрушением значительных участков кожных покровов. Результат местной реакции макроорганизма на проникшие в него микроорганизмы — развитие защитных барьеров. Прежде всего, образуется лейкоцитарный вал, отграничивающий очаг инфекции от внутренней среды организма; такими же барьерами служат лимфатические сосуды и лимфатические узлы. В процессе развития тканевой реакции вокруг гнойного очага и размножения клеток соединительной ткани образуется грануляционный вал, который еще более надежно отграничивает гнойный очаг. При длительном существовании ограниченного гнойного процесса из окружающего его грануляционного вала образуется плотная соединительнотканная пиогенная оболочка, которая является надежным барьером, отграничивающим процесс с формированием абсцесса. При наличии высоковирулентной инфекции и слабой реакции макроорганизма защитные барьеры срабатывают медленно, что нередко приводит к прорыву инфекции через лимфатические пути в кровеносное русло и развитию генерализации инфекции. Одновременно с местной реакцией на внедрившиеся микробы отмечается общая реакция организма, степень которой определяется рядом условий. Степень выраженности этой реакции зависит от количества бактериальных токсинов и продуктов распада тканей, проникших в организм из очага поражения, сопротивляемости организма. Развивающаяся интоксикация приводит к нарушению функции кроветворения в костном мозге, в результате чего наступают быстрая анемизация и значительное изменение состава белой крови. Основным отличием общей реакции организма на гнойный процесс от сепсиса является то, что все симптомы ее резко ослабевают или исчезают при проведении хирургической обработки и создании хорошего раневого оттока; при сепсисе они после этого почти не изменяются. Определение степени общей реакции организма на местную гнойную инфекцию имеет большое значение для правильной оценки состояния больного, возможного развития осложнений, составления плана комплексного лечения.

**Обоснование метода лечения:** Лечение больных с воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи основано на комплексном проведении оперативных вмешательств и терапевтических мероприятий. Терапевтический комплекс может быть условно подразделен на воздействия общего и местного характера. Общая терапия обеспечивает борьбу с инфекцией (подавление жизнедеятельности возбудителей) и интоксикацией, восстановление нарушенного болезнью гомеостаза, активирует неспецифические и специфические защитные силы организма, нормализует нарушенные функции органов и систем, усиливает регенеративные процессы тканей в очаге воспаления.

Местное лечение предусматривает создание оттока для гнойного экссудата из гнойного очага, ускорения некролиза, ограничения зоны распространения воспаления и некроза, уменьшения внутритканевого давления, резорбции продуктов распада, а также для нормализации микроциркуляции, улучшения регенерации и создания неблагоприятных условий для жизнедеятельности микроорганизмов. При всем этом необходимо учитывать тяжесть болезни и состояние больного. Тяжесть течения болезни определяется по совокупности клинических признаков (острое начало болезни, гипертермия, боль в области очага поражения, степень нарушения функции со стороны жизненно важных органов), лабораторных показателей (лейкоцитоз, лейкограмма, лейкоцитарный индекс интоксикации, СОЭ, уровень общего белка, соотношение белковых фракций, С-реактивный белок и др.). Основные задачи лечения: а) профилактика септикопиемических осложнений; б) профилактика перехода транзиторных форм воспаления в остеомиелит, т. е. предупреждение некроза костной ткани в очаге воспаления; в) предупреждение распространения гнойно-воспалительного процесса на соседние фасциально-клетчаточные пространства.

Тактическая схема лечения острой одонтогенной инфекции складывается из комплекса мероприятий, основными из которых являются:

1. Хирургическое лечение (первичная или вторичная обработка гнойного очага) с адекватным дренированием.

2. Антибактериальное лечение.

3. Дезинтоксикационное лечение.

4. Десенсибилизация.

5. Мероприятия, направленные на восстановление гомеостаза основных функциональных систем организма.

 6. Иммунокоррегирующая терапия.

 7. Общеукрепляющее и стимулирующее лечение, включающее воздействие физическими факторами.

**Дневник наблюдений**

**28.10.2018**

**Жалобы:** на болезненный инфильтрат, отек и боль в области нижней челюсти справа. Боль усиливается от глотания.

**Объективный статус:**

**Общее состояние:** удовлетворительное.

**Нервно-психическое состояние:** Сознание ясное, Состояние психики, настроение: спокойное.

**Телосложение:** правильное.

**Кожные покровы, видимые слизистые:** без изменений, физиологической окраски.

**Лимфоузлы:** не увеличены

**Параметры пациента:** температура тела380С. Вес 51 кг, рост 163 см.

**Органы дыхания:** частота дыхания 17 в минуту. Дыхание: везикулярное.

**Органы пищеварения и мочевыделительная система:** Язык: влажный, не обложен. Зев: не гиперемирован. Живот: мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень: не увеличена. Желчный пузырь: не определяется. Селезенка: не увеличена. Почки: не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный.

**Локальный статус:** конфигурация лица изменена за счет инфильтративного отека мягких тканей нижней челюсти справа,поднижнечелюстные лимфатические узлы: не увеличены, умеренно болезненны, эластические, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, слизистая оболочка полости рта: отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации в области зубов 4.4, 4.5, при пальпации определяется болезненный инфильтрат в области челюстно-язычного желобка, симптом флюктуации положительный, после разреза в области 4.4. получено гнойное отделяемое, зубы 4.4, 4.5 эндодонтически лечены, пломбы на 2/3 поверхности. Перкуссия зуба 4.4 болезненная, зуб подвижен. Данных рентгенологического исследования (зубы 4.4, 4.5 равномерно обтурированы до физиологического отверстия, в апикальной области корня зуба 4.4 очаг деструкции костной ткани, с нечеткими контурами, размерами 0,2Х03 см.)

**Диагноз:** Обострение хронического периодонтита 4.4, осложненного абсцессом челюстно-язычного желобка справа.

Оказана помощь:

**Операция:** ПХО гнойного очага челюстно-язычного желобка справа

**Обезболивание:** местная анестезия.

**Операционная бригада:**

*Операционная сестра* Ившина О.Н.

*Хирург*  Ермакевич А.А.

**Протокол операции:**

Под инфильтрационной анестезией Sol. Articaini 4% - 6мл произведено ПХО гнойного очага челюстно-язычного желобка справа. БАК посев. В рану установлен резиновый дренаж. Гемостаз. От удаления зуба 4.4 отказалась.

**Назначено:**

1. Раствор Цефалексина 10 внутримышечно 2 раза в день 5 дней (8:00, 19:00).
2. Раствор Анальгина 50% -2мл внутримышечно при болях.
3. Раствор Преднизолона 60 мг внутримышечно одноразово.
4. Раствор «Нейровит» 1,0 внутримышечно 1 раз в день.
5. Таблетки Лоратадин 0,01 внутрь по 1 таблетке 1 раз в день 3 дня.
6. Таблетки Фуросемид 40мг по 1 таблетке утром в течение 3 дней.

**Проведенное обследование:** ОАК, ОАМ, ОПТГ.

**30.10.2018г**. Жалоб нет, отмечает уменьшение отека, продолжает лечение.

**Объективный статус:**

**Общее состояние:** удовлетворительное.

**Нервно-психическое состояние:** Сознание ясное, Состояние психики, настроение: спокойное.

Температура тела: 37

**Локальный статус:**

Отмечается уменьшение отека в подчелюстной области справа. Лимфоузлы: не увеличены, мало болезненны при пальпации. В полости рта: дренаж сохранен, разрез функционирует, получено серозно-гнойное отделяемое. Отмечается уменьшение гиперемии и отека слизистой оболочки. Зуб 4.4 подвижен, перкуссия безболезненна.

**Оказана помощь:** Перевязка: удален старый дренаж, инстилляция раствором фурацилина, в операционную рану – резиновый дренаж. Аппликация мази «Метрогил дента».

**Назначения:** по схеме описанной выше.

**Эпикриз**

Пациентка ФИО 35 лет, обратилась 28.10.2018г в УЗ «11-городская клиническая больница» по направлению от 3ГСКП, с жалобами на болезненный инфильтрат, отек и боль в области нижней челюсти справа. Боль усиливается от глотания.

**Объективный статус:**

**Общее состояние:** удовлетворительное.

**Нервно-психическое состояние:** Сознание ясное, Состояние психики, настроение: спокойное.

**Телосложение:** правильное.

**Кожные покровы, видимые слизистые:** без изменений, физиологической окраски.

**Лимфоузлы:** не увеличены

**Параметры пациента:** температура тела380С. Вес 51 кг, рост 163 см.

**Органы дыхания:** частота дыхания 17 в минуту. Дыхание: везикулярное.

**Органы пищеварения и мочевыделительная система:** Язык: влажный, не обложен. Зев: не гиперемирован. Живот: мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень: не увеличена. Желчный пузырь: не определяется. Селезенка: не увеличена. Почки: не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный.

**Локальный статус:** конфигурация лица изменена за счет инфильтративного отека мягких тканей нижней челюсти справа,поднижнечелюстные лимфатические узлы: не увеличены, умеренно болезненны, эластические, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, слизистая оболочка полости рта: отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации в области зубов 4.4, 4.5, при пальпации определяется болезненный инфильтрат в области челюстно-язычного желобка, симптом флюктуации положительный, после разреза в области 4.4. получено гнойное отделяемое, зубы 4.4, 4.5 эндодонтически лечены, пломбы на 2/3 поверхности. Перкуссия зуба 4.4 болезненная, зуб подвижен. Данных рентгенологического исследования (зубы 4.4, 4.5 равномерно обтурированы до физиологического отверстия, в апикальной области корня зуба 4.4 очаг деструкции костной ткани, с нечеткими контурами, размерами 0,2Х03 см.)

**Диагноз:** Обострение хронического периодонтита 4.4, осложненного абсцессом челюстно-язычного желобка справа.

**Оказана помощь:**

**Операция:** ПХО гнойного очага челюстно-язычного желобка справа

**Обезболивание:** местная анестезия.

**Операционная бригада:**

*Операционная сестра* Ившина О.Н.

*Хирург*  Ермакевич А.А.

**Протокол операции:**

Под инфильтрационной анестезией Sol. Articaini 4% - 6мл произведено ПХО гнойного очага челюстно-язычного желобка справа. БАК посев. В рану установлен резиновый дренаж. Гемостаз. От удаления зуба 4.4 отказалась.

**Назначено:**

1. Раствор Цефалексина 10 внутримышечно 2 раза в день 5 дней (8:00, 19:00).
2. Раствор Анальгина 50% -2мл внутримышечно при болях.
3. Раствор Преднизолона 60 мг внутримышечно одноразово.
4. Раствор «Нейровит» 1,0 внутримышечно 1 раз в день.
5. Таблетки Лоратадин 0,01 внутрь по 1 таблетке 1 раз в день 3 дня.
6. Таблетки Фуросемид 40мг по 1 таблетке утром в течение 3 дней.

**Проведенное обследование:** ОАК, ОАМ, ОПТГ.

После проведенного лечения пациент отмечает улучшение общего состояния.

**Исход болезни:** полное выздоровление

**Рекомендации при выписке:**

Пациент переведен на амбулаторное лечение в поликлинику по месту жительства.

**Литература:**

1. Лекционный материал
2. А.А. Кулаков, Т.Г.Робустова, А.И.Неробеева «Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия», М:ГЭОТАР Медиа, 2015. – 928с.
3. Абсцессы и флегмоны околочелюстных тканей нижней челюсти: Учеб.-метод. пособие / О.П. Чудаков, Н.Н. Черченко, Л.И. Тесевич и др. – Мн: БГМУ, 2003. – 28 с.
4. Комплексное лечение больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно- лицевой области : учеб.-метод. пособие / О. П. Чудаков [и др.] – Мн. : БГМУ, 2005. – 66 с