**Ф.И.О.:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Дата рождения:** 20 марта 1983 года (22 года)

**Место работы:** не работает

**Адрес:** пос. Светлый

**Дата поступления:** 23 апреля 2005 года

**Дата выписки:** 3 мая 2005 года

**Госпитализация:** в экстренном порядке по «Скорой помощи»

**Диагноз направления:** острый подчелюстной лимфаденит

**Клинический диагноз:** одонтогенная крылочелюстная

флегмона справа

**Сопутствующие заболевания:** хронический двусторонний

пиелонефрит, фаза обострения.

**Анамнез развития заболевания**

**Жалобы**

При поступлении больная предъявляла следующие жалобы:

* неинтенсивные боли в подчелюстной, околоушной, щечной области справа
* боли в горле, усиливающиеся при глотании
* нарушение жевания, глотания
* отечность и гиперемия мягких тканей в области лица справа
* температура 38,5°С в течении недели
* слабость, недомогание

**Анамнез заболевания.**

В течении последних нескольких лет больная отмечает нерегулярные зубные боли в нижней челюсти справа. Со слов пациентки, о наличии кариозных зубов она знала, но к стоматологу не обращалась. Настоящее заболевание началось остро 18 апреля с повышения температуры до 38°С, слабости, недомогания, неинтенсивных болей в области лица справа и в горле. В течении недели температура не снижалась, боли в области лица усилились, появилась отечность и гиперемия мягких тканей вначале в подчелюстной области, а затем на лице справа. Одновременно больная стала отмечать затруднения при глотании, жевании и открывании рта, которые нарастали. К врачу в течении недели больная не обращалась, лечилась дома самостоятельно. Принимала парацетамол, прикладывала к больному зубу анальгин. 23 апреля пациентка обратилась к участковому врачу и в порядке экстренной помощи была направлена в отделение челюстно-лицевой хирургии гор.больницы №3 с диагнозом острый подчелюстной лимфаденит.

**Анамнез жизни.**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* родилась 20 марта 1983г. первым ребенком в полной семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. Какими из детских инфекций переболела, не помнит. С трехлетнего возраста поставлен диагноз хронического пиелонефрита. Со слов больной, у нее имеется врожденная двусторонняя аномалия почек, какая - больная не уточняет. Окончила среднюю школу, в 2002 году окончила техникум по специальности «менеджмент». В 2003г. вышла замуж, детей не имеет. Проживает с мужем в поселке Светлом в частном благоустроенном доме. Не курит, чрезмерное употребление алкоголя, психоактивных веществ отрицает. Аллергические реакции на продукты, лекарства, растения отрицает.

**Семейный анамнез.**

Родители погибли, об их заболеваниях больная ничего не знает. О заболеваниях бабушек и дедушек больная не знает. Муж и младший брат здоровы. Наличие у близких родственников случаев сифилиса, туберкулеза, нервных, психических, обменных и других наследственных болезней отрицает.

 **Объективное исследование**

**Общий осмотр.**

*Состояние:* удовлетворительное

*Сознание****:*** полное

*Тип телосложения:* нормостенический

*Положение больного:* активное

*Выражение лица:* осмысленное

*Рост:* 164см.

*Вес:* 62кг.

*Кожа, слизистые оболочки:*

 Кожа розового цвета, сухая, тургор не снижен, сыпи, расчесов нет. Оволосение по женсскому типу, равномерное. Ногти нормальной формы, признаков деформации, грибковых поражений нет. Видимые слизистые розового цвета, чистые, влажные, желтушного прокрашивания уздечки языка и склер нет. *Подкожно-жировой слой:* выражен умеренно, распределен равномерно. Признаков отеков нет.

*Лимфатические узлы:* при общем осмотре и пальпации увеличения отдельных лимфатических узлов не наблюдается.

*Шея:* шейные лимфоузлы пальпаторно неувеличены, сосуды шеи без видимой пульсации, не набухшие. Щитовидная железа определяется пальпаторно, неувеличена, при пальпации безболезненна, умеренно подвижная, консистенция эластичная.

 **Костно-мышечная система**

Череп правильной формы, без аномалий развития. Позвоночник: физиологические изгибы сохранены, патологических деформаций нет. Грудная клетка нормостенического типа. Рёберные промежутки не расширены, ход ребер косой, над- и подключичные ямки выражены умеренно, эпигастральный угол около 90 градусов. Кости верхних и нижних конечностей не деформированы, признаков периостита нет. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус не снижен, болезненности при прощупывании нет, гипертрофии\атрофии отдельных групп мышц нет. Суставы верхних и нижних конечностей симметричны, подвижны, объем движений полный.

**Дыхательная система**

*Осмотр:* грудная клетка нормостенического типа, симметричная, обе половины равномерно участвуют в дыхательных движениях. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с правой и левой стороны. Ход ребер косой, выпячиваний и ундуляции межреберных промежутков нет. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Дыхание глубокое, ритмичное, тип дыхания смешанный. Частота дыхания 16\мин.

*Пальпация:* грудная клетка при пальпации безболезненна, эластичная. Голосовое дрожание над передней и боковой поверхностями грудной клетки на симметричных участках проводится одинаково, не изменено.

*Перкуссия:* при сравнительной перкуссии по передней, боковой и задней поверхностям грудной клетки над легкими определяется легочной перкуторный звук, одинаковый на симметричных участках.

Гамма звучности над передними и задними отделами легких сохранена. Высота стояния верхушек легких спереди справа и слева составляет 3см. Высота стояния верхушек легких сзади на 1,5см. ниже VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига справа и слева составляет 6см. Подвижность нижнего края легкого на вдохе составляет 3см. (второй метод).

|  |
| --- |
|  Нижние границы легких |
| Линия | Правое легкое | Левое легкое |
| l.parasternalis | V межреберье |  ------------------ |
| l.medioclavicularis | VI ребро |  ------------------ |
| l.axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| l.axillaris media  | VIII ребро | VIII ребро |
| l.axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| l. scapularis  | X ребро | X ребро |
| l.paravertebralis | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

*Аускультация:* над легкими выслушивается везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. При бронхофонии над периферическими отделами легких выслушивается неразборчивый звук, что соответстует норме.

**Сердечно-сосудистая система**

*Осмотр:* при осмотре выпячиваний, видимой пульсации в области сердца не выявлено, эпигастральной пульсации нет, видимой пульсации сосудов и аорты нет.

*Пальпация:* при пальпации верхушки сердца верхушечный толчок определяется в V межреберье по l.mediaclavicularis, не разлитой, не усилен, положительного характера, диаметром 2см. При пальпации основания сердца патологической пульсации не обнаружено. Толчок правого желудочка пальпаторно не определяется.

*Перкуссия:*

|  |
| --- |
|  Топографическая перкуссия границ сердца |
| Граница | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Правая  | IV межреберье на 1,5см кнаружи от правого края грудины | Левый край грудины |
| Верхняя | III ребро | IV ребро |
| Левая | на l.mediaclavicularis | на l.mediaclavicularis |

Ширина сосудистого пучка составляет 6см.

*Аускультация:* при аускультации сердца выслушивается нормальный ритм.

Аускультативно шумы на крупных сосудах не выслушиваются.

*Пульс:* одинаков на обеих руках, удовлетворительного наполнения, твердый, форма пульсовой волны правильная, пульс ритмичный 72 уд\мин (не учащен), стенка сосуда эластичная.

**Пищеварительная система.**

*Осмотр:*

Живот округлой формы, симметричный, брюшная стенка участвует в акте дыхания. Скопление жидкости и газов не определяется.

*Пальпация:* при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Глубокая пальпация:

* слепая кишка – расположена правильно (в средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.
* сигмовидная кишка расположена правильно (на границе нижней и средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, определяется урчание.
* поперечная ободочная кишка расположена правильно, на 2 см выше пупка, диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.
* восходящая, нисходящая ободочная кишка - диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.

 *Печень:*

При пальпации край печени не выходит за пределы реберной дуги, закругленный, эластичный, ровный, безболезненный. Желчный пузырь пальпаторно не определяется. Симптомы желчного пузыря отрицательные. Пальпация в проекции поджелудочной железы безболезненная.

Границы печени:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Граница | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| верхняя | V ребро | VI ребро |
| нижняя | На границе верхней и средней ⅓ расстояния от пупка до основания мечевидного отростка |
| левая | Не выходит за левую l.parasternalis |

Размеры печени по Курлову:

1. От верхней границы абсолютной тупости до нижней границы – 11см.
2. От основания мечевидного отростка до нижней границы – 9см.
3. От основания мечевидного отростка до левой границы – 8см.

*Селезенка:*

Пальпаторно селезенка не определяется.

Длинник = 12см

Поперечник = 8см

**Мочевыделительная система**

Область поясницы не изменена. Симптом поколачивания слабоположителен с обоих сторон. Пальпаторно почки не определяются, что соответствует норме.

**Status localis**

Область лица ассиметрична за счет умеренной отечности мягких тканей справа, кожа над ней не гиперемирована, при пальпации умеренно болезненна. Очаги флюктуации не определяются. В области дна полости рта и справа под ветвью нижней челюсти имеется 2 разреза длиной 4-5 см, края ран отечные, умеренно гиперемированы, болезненны. В ранах резиновые выпускники, имеется незначительное гнойное отделяемое. Слизистые полости рта умеренно гиперемированы, преимущественно справа, чистые, влажные. Десна розовые, влажные, на нижней челюсти справа выраженная гиперемия. Рот открывается неполностью (3-4 см) в связи с болевыми ощущениями. Миндалины обычной величины и консистенции, не выходят за пределы небных дужек. Язык обычных размеров, розовый, влажный, сосочки умеренно выражены, налета нет. Зубы с участками кариозной пигментации, зубным камнем. Регионарные лимфатические узлы неувеличены, безболезненны.

 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

 **Данные лабораторных исследований**

1. Общий анализ крови (от 23.04.2005г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/лЭритроциты, 1012/лЦветной показательЛейкоциты, 109/лСОЭ, мм/часНейтрофилы с/я, %Нейтрофилы п/я, %Эозинофилы, %Лимфоциты, %Моноциты, % | 1294,20,98,7306912235 | 115 – 1454,28 – 5,300,85 – 1,054,78 – 7,681 - 1047 – 720-60-519 – 373 – 11  |

Заключение: повышение СОЭ, лейкоцитоз.

1. Общий анализ мочи (от 23.04.2005г.)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| ЦветПрозрачностьУдельный вес БелокГлюкозаМикроскопия осадка | темно-желтыймутная10100,24отрицательныйПлоский эпителий 10-12 в поле зрения. Лейкоциты и эритроциты в большом количестве |

 Заключение: лейкоцитурия, гематурия, протеинурия.

 **Дифференциальный диагноз**

1. **Острый подчелюстной лимфаденит**

**Сходство:** острое начало заболевания, характерны жалобы на боль, затруднения при жевании, глотании, припухлость мягких тканей, температуру. В анализах - признаки воспалительной реакции (увеличение СОЭ, лейкоцитоз, острофазные белки)

**Отличие:** острое воспаление подчелюстных лимфоузлов, как правило, начинается с ощущения неловкости движения головой, тупых болей в проекции лимфоузла в течении нескольких предшествующих дней, чего пациентка не отмечает. Заболеванию обычно предшествует острая зубная боль, либо другой воспалительный процесс в полости рта, чего у больной также не наблюдается. При объективном обследовании пальпаторно определяются увеличенные регионарные лимфоузлы, чего при поступлении у больной отмечено небыло. Процесс как правило протекает нетяжело, явления интоксикации присоединяются только при гнойном лимфадените и расплавлении лимфоузла. Зона поражения при лимфаденита обычно ограничена локализацией лимфоузла и редко выходит в крылонебное пространство.

1. **Острый поднижнечелюстной сиаладенит**

**Сходство:** острое начало заболевания, характерны жалобы на боль, затруднения при глотании, припухлость мягких тканей в подчелюстной области, температуру. Процесс преимущественно односторонний. В анализах - признаки воспалительной реакции (увеличение СОЭ, лейкоцитоз, острофазные белки).

**Отличие:** Болезнь не связана с заболеванием зуба. Боли локализуются преимущественно в области корня языка со стороны поражения, усиливаются при глотании. Боль возникает также при виде пищи в связи с рефлекторным отделением слюны и затруднением ее оттока. Подчелюстная слюнная железа при этом увеличивается в размерах и становится болезненна при пальпации. Подъязычный валик по ходу протока гиперемирован и инфильтрирован. Припухлость мягких тканей определяется только в поднижнечелюстной области и не переходит на лицо. Из протока слюнной железы при пальпации отделяется слизисто-гнойная слюна, либо при закупорке протока секрет вообще не отделяется. Пальпация протока резко болезненна.

  **Клинический диагноз и его обоснование**

1. Основное заболевание: одонтогенная крылочелюстная флегмона справа
2. Осложнения основного заболевания: --------------------------
3. Сопутствующее заболевание: хронические пиелонефрит, стадия обострения

Диагноз одонтогенной крылочелюстной флегмоны справа ставится на основании:

1. ***Жалоб больной при поступлении на:***
	* неинтенсивные боли в подчелюстной, околоушной, щечной области справа
	* боли в горле, усиливающиеся при глотании
	* нарушение жевания, глотания
	* отечность и гиперемия мягких тканей в области лица справа
	* температура 38,5°С в течении недели
	* слабость, недомогание
2. ***Данных анамнеза:***

Настоящее заболевание началось остро 18 апреля с повышения температуры до 38°С, слабости, недомогания, неинтенсивных болей в области лица справа и в горле. В течении недели температура не снижалась, боли в области лица усилились, появилась отечность и гиперемия мягких тканей вначале в подчелюстной области, а затем на лице справа. Одновременно больная стала отмечать затруднения при глотании, жевании и открывании рта, которые нарастали. К врачу в течении недели больная не обращалась, лечилась дома самостоятельно. Принимала парацетамол, прикладывала к больному зубу анальгин. 23 апреля пациентка обратилась к участковому врачу и в порядке экстренной помощи была направлена в отделение челюстно-лицевой хирургии гор.больницы №3 с диагнозом острый подчелюстной лимфаденит.

1. ***Данных объективного обследования:***

Область лица ассиметрична за счет умеренной отечности мягких тканей справа, кожа над ней не гиперемирована, при пальпации умеренно болезненна. Очаги флюктуации не определяются. В области дна полости рта и справа под ветвью нижней челюсти имеется 2 разреза длиной 4-5 см, края ран отечные, умеренно гиперемированы, болезненны. В ранах резиновые выпускники, имеется незначительное гнойное отделяемое. Слизистые полости рта умеренно гиперемированы, преимущественно справа, чистые, влажные. Десна розовые, влажные, на нижней челюсти справа выраженная гиперемия. Рот открывается неполностью (3-4 см) в связи с болевыми ощущениями. Миндалины обычной величины и консистенции, не выходят за пределы небных дужек. Язык обычных размеров, розовый, влажный, сосочки умеренно выражены, налета нет. Зубы с участками кариозной пигментации, зубным камнем. Регионарные лимфатические узлы неувеличены, безболезненны.

 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

1. ***Данных лабораторных и инструментальных исследований:***

В общем анализе крови - повышение СОЭ до 30 мм\ч, лейкоцитоз до 8,7× 109/л

Диагноз хронического пиелонефрита в стадии обострения ставится на основании:

1. ***Данных анамнеза:***

Со слов больной, хроническим пиелонефритом страдает с раннего детского возраста. Имеется двусторонняя аномалия развития почек.

1. ***Данных объективного обследования:***

Симптом Пастернацкого слабоположителен с обоих сторон

1. ***Данных лабораторных и инструментальных исследований:***

В общем анализе мочи - лейкоцитурия, гематурия, протеинурия до 0,24 г\л.

 **Этиология и патогенез**

 Флегмона челюстно-лицевой области - гнойное разлитое воспаление подкожной, подслизистой и межфасциальной клетчатки челюстно-лицевой области.

**Этиология:** стрептококки, стафилококки, зубная спирохета, анаэробы. Патогенез связан с состоянием лимфооттока и венозного русла тканей, попаданием в глубокие слои мягких тканей инфекции и состоянием аллергической и неспецифической реактивности организма. По источнику инфекции флегмоны разделяют на одонтогенные (кариес, остеомиелит, периодонтит, перикоронариит) и неодонтогенные, по характеру воспаления - специфические и неспецифические. Возможны гематогенный и лимфогенный пути заноса инфекции при снижении реактивности организма.

По локализации выделяют:

* флегмоны лица
* околочелюстные флегмоны
* окологлоточные флегмоны
* флегмоны языка
* флегмоны лица
* смешанные флегмоны при захватывании нескольких клетчаточных пространств
* поражение всех клетчаточных пространств челюстно-лицевой области

По характеру экссудата:

* гнойная
* гнойно-геморрагическая
* гнилостная

**Клиническая картина**.

Больные жалуются на боль при глотании, разговоре, общее недомогание. Дыхание часто затруднено. Больные при этом принимают характерную вынужденную позу: сидят, наклонив голову вперед, руками опираясь о край кровати или стула и полуоткрыв рот. Резко выражены симптомы интоксикации; Температура тела может повышаться до 40° С, число лейкоцитов - до 12-15×109/л и более, СОЭ резко возрастает. Отмечается выраженный сдвиг биохимических и иммунолотческих показателей, свидетельствующий о снижении неспецифической резистентности организма к инфекции и тяжелых метаболических расстройствах, в частности о развитии метаболического и дыхательного ацидоза. Местные проявления воспалительного процесса зависят от того, какие отделы вовлечены в патологический процесс.

При поражении нижних отделов дна полости рта (ниже челюстпо-подъязычной мышцы) резко выражена разлитая припухлость тканей подбородочной и поднижнечелюстных областей с двух стороп. Кожа над ней напряжена, гиперемирована. Пальпация вызывает боль.

При поражении верхнего отдела дна полости рта в связи с резким отеком тканей подъязычной области и языка больной держит рот полуоткрытым. Увеличенный подъязычный валик выступает над нижним зубным рядом. Покрывающая его слизистая оболочка гиперемироваиа. Изо рта исходит гнилостный запах, вытекает слюна, которую больной не может проглотить. Речь невнятная. Часто наблюдается нарушение внешнего дыхания по смешанному стенотически-дислокационному типу. Дальнейшее распространение инфекционно-воспалителъного процесса при флегмоне дна полости рта возможно в следующих направлениях:

1) окологлоточное пространство→средостение;

2) позадичелюстное пространство;

3) влагалище сосудисто-нервного пучка шеи→cредостение.

4) клетчаточные просторанства лица→глазничные вены→кавернозный синус

Возможные осложнения:

* распространение воспалительного процесса на близлежащие органы и ткани
* гнойный медиастенит
* сепсис
* тромбофлебит вен лица с развитием тромбоза кавернозного синуса и менингита
* асфиксия

 **Клиническое заключение**

***Лечение данного заболевания***

Лечение флегмон челюстно-лицевой области преимущественно хирургическое. Консервативное лечение показано только при ранних признаках воспаления в челюстно-лицевой области до возникновения инфильтрата и при удовлетворительном состоянии больного. Назначают сухое тепло, полоскание полости рта антимикробными растворами, антибиотикотерапию.

Выбор оперативного доступа при флегмоне челюстно-лицевой области зависит от локализации инфекционно-воспалительного процесса. При одностороннем поражении клетчатки поднижнечелюстной и подъязычной областей производят разрез кожи длиной 6-7 см в поднижнечелюстной области и раскрывают клетчаточное пространство поднижнечелюстного треугольника. Для обеспечения дренирования подъ-язычного клетчаточного пространства волокна челюстно-подъязычной мышцы пересекают на протяжении 1,5-2 см. Операцию заканчивают введением в это пространство трубчатого дренажа.

При двустороннем поражении верхнего отдела дна полости рта предпочтение следует отдать доступу со стороны кожных покровов, так как он обеспечивает лучшие условия для дренирования инфекционного очага и предупреждает дальнейшее распространение инфекционно-воспалительного процесса в клетчатке нижнего отдела дна полости рта. Для этого поднижнечелюстным доступом с пересечением части челюстно-подъязычной мышцы вскрывают клетчаточное пространство поднижнечелюстной и подъязычной области с одной, а затем с другой стороны.

При двустороннем поражении нижнего отдела дна полости рта с вовлечением клетчатки подподбородочной области применяют один из вариантов так называемого воротникообразного разреза. При этом вскрывают клетчаточные пространства поднижнечелюстной и подподбородочной областей. Операцию заканчивают введением дренажей. При применении воротникообразных разрезов может наблюдаться подворачввание краев раны с формированием грубого рубца. Для предупреждения этого после очищения раны от некротизированвой ткани и появления в ней грануляций целесообразно наложить вторичные швы.

При разлитом поражении тканей дна полости рта применяют те же воротникообразные разрезы, из которых осуществляется ревизия подподбородочной, поднижнечелюстной и подъязычной областей (с пересечением части челюстно-подъязычной мышцы), а также ревизия смежных пространств и областей - окологлоточного, позадичелюстного, корня языка.

Распространение инфекционного процесса в позадичелюстную область и вдоль сосудисто-нервного пучка шеи сопровождается появлением болезненного инфильтрата в позадичелюстной облансти и на шее, либо просто болезненностью при пальпации сосудисто-нервного пучка шеи. При появлении этих признаков необходимо широко вскрыть влагалище сосудисто-нервного пучка из разреза по переднему краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.

Назначают большие дозы антибиотиков широкого спектра действия, сульфаниламиды, [гемодез](file:///H%3A%5Cencicl%5Cbme.newmail.ru%5Cdrug%5Cdrug1137.htm), раствор глюкозы, антистрептококковую сыворотку, гамма-глобулин, [полиглюкин](file:///H%3A%5Cencicl%5Cbme.newmail.ru%5Cdrug%5Cdrug1130.htm), раствор Рингера. При гнилостном процессе - противогангренозная поливалентная сыворотка (вводят по Безредке); при [флегмонах](file:///H%3A%5Cencicl%5Cbme.newmail.ru%5Cdes%5Cdes709.htm) шеи, дна полости рта, окологлоточной при выраженных нарушениях дыхания показана трахеостомия. Показано промывание полости рта антисептическими растворами. Назначают специальную высококалорийную, богатую белками и витаминами диету, преимущественно жидкую гомогенную негорячую пищу.

***Лечение данного больного***

При поступлении больной было проведено оперативное вскрытие флегмоны под общим наркозом.

Наркоз: АД 120\80, пульс 76 уд\мин, ЧД 18\мин. Премедикация: Sol. Atropini 0,1%-0,5 ml, Sol.Promedoli 2%-1,0 ml внутривенно. Наркоз: Sol.Thiopentali natrii 1%-60,0 ml внутривенно.

Ход операции: Разрезы в подчелюстной области справа. Подход тупым путем к корню 6 зуба справа. Поступил гной. Отделяемое взято на посев. Установлены дренажи, повязка с гипертоническим раствором. Удален корень 6 зуба справа снизу.

Дальнейшее лечение:

1. Антибиотикотерапия (Sol. Gentamycini 0,4% - 2ml. внутримышечно)
2. Полоскание полости рта с антисептическими растворами
3. Ежедневные перевязки
4. Обезболивающая и десенсебилизирующая терапия (Sol.Analgini 25%-2ml + Sol. Dimedroli 1%-1ml)

 **Дневник курации.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата курации, пульс, АД, ЧД, температура | Течение болезни | Назначения |
| 27.04.2005г.АД= 120\80 мм.рт.ст.Пульс 72 уд\минt утро=36,7t вечер=36,7ЧД=12\мин | Знакомство с больной. На момент обследования пациентка предъявляет жалобы на умеренные болевые ощущения в области лица справа. Повязка сухая, чистая. Состояние удовлетворительное, положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Аппетит нормальный. Физиологические отправления в норме | Режим стационарныйОАК, ОАМSol. Gentamycini 0,4% - 2ml. внутримышечно 3 раза в день Sol.Analgini 25%-2ml + Sol. Dimedroli 1%-1ml |
| 28.04.2005г.АД= 125\90 мм.рт.ст.Пульс 72 уд\минt утро=36,7t вечер=36,6ЧД=12\мин | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное, положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Аппетит нормальный. Дыхание везикулярное. Тоны сердца четкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. В области дна полости рта и справа под ветвью нижней челюсти имеется 2 разреза длиной 4-5 см, края ран отечные, умеренно гиперемированы, болезненны. В ранах резиновые выпускники, имеется незначительное гнойное отделяемое. | Назначения те же |
| 29.04.2005г.АД= 125\85 мм.рт.ст.Пульс 70 уд\минt =36,6ЧД=14\мин | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное, положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Аппетит нормальный. Дыхание везикулярное. Тоны сердца четкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. | Назначения те же |

 **Этапный эпикриз**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 1983г.р. поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии гор. больницы №3 23 апреля 2005г. в порядке экстренной помощи с диагнозом : острый подчелюстной лимфаденит? При поступлении пациентка предъявляла жалобы на:

* неинтенсивные боли в подчелюстной, околоушной, щечной области справа
* боли в горле, усиливающиеся при глотании
* нарушение жевания, глотания
* отечность и гиперемия мягких тканей в области лица справа
* температура 38,5°С в течении недели
* слабость, недомогание

Из анамнеза установлено, что настоящее заболевание началось остро 18 апреля с повышения температуры до 38°С, слабости, недомогания, неинтенсивных болей в области лица справа и в горле. В течении недели температура не снижалась, боли в области лица усилились, появилась отечность и гиперемия мягких тканей вначале в подчелюстной области, а затем на лице справа. Одновременно больная стала отмечать затруднения при глотании, жевании и открывании рта, которые нарастали. К врачу в течении недели больная не обращалась, лечилась дома самостоятельно. Принимала парацетамол, прикладывала к больному зубу анальгин. 23 апреля пациентка обратилась к участковому врачу и в порядке экстренной помощи была направлена в отделение челюстно-лицевой хирургии гор.больницы №3 с диагнозом острый подчелюстной лимфаденит.

При осмотре дежурным хирургом: припухлость лица справа за счет отека, при пальпации под- и за челюстью справа резкая болезненность. Определяются очаги флюктуации. Больной были проведены лабораторные исследования: ОАК ( увеличение СОЭ до 30 мм\ч, лейкоцитоз 7,8 × 109/л), ОАМ (протеинурия, гематурия, лейкоцитурия). На основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования, лабораторных данных поставлен клинический диагноз:

1. Основное заболевание - одонтогенная крылочелюстная флегмона справа
2. Сопутствующее заболевание - хронический пиелонефрит, стадия обострения

Больная была взята в операционную для вскрытия флегмоны. Общий наркоз (Премедикация: Sol. Atropini 0,1%-0,5 ml, Sol.Promedoli 2%-1,0 ml внутривенно. Наркоз: Sol.Thiopentali natrii 1%-60,0 ml внутривенно). Разрезы в подчелюстной области справа. Подход тупым путем к корню 6 зуба справа. Поступил гной. Отделяемое взято на посев. Установлены дренажи, повязка с гипертоническим раствором. Удален корень 6 зуба справа снизу.

В данный момент больная находится в отделении челюстно-лицевой хирургии, состояние удовлетворительное. Пациентка получает следующее лечение:

* режим стационарный
* Антибиотикотерапия (Sol. Gentamycini 0,4% - 2ml. внутримышечно)
* Полоскание полости рта с антисептическими растворами
* Ежедневные перевязки
* Обезболивающая и десенсебилизирующая терапия (Sol.Analgini 25%-2ml + Sol. Dimedroli 1%-1ml

После выписки больной рекомендуется провести полную санацию полости рта и лечение хронического пиелонефрита (хронический очаг инфекции) у терапевта. Прогноз для жизни и здоровья благоприятный.

 **Список литературы**

1. «Оперативная хирургия и топографическая анатомия», Е.Г. Островерхов М: «Литера», 1996г.
2. «Справочник практического врача» В.И. Бородулин; том 2 М: «Рипол классик», 2001г.
3. «Абсцессы,флегмоны головы и шеи» Соловьев М.М., Большаков О.П., СПб, 1997г.
4. «Основы хирургической стоматологии», Бернадскии Ю.И., Киев, 1983г.
5. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи» Шаргородскии А.Г., М:«Медицина», 1985г.
6. «Одонтогенные воспалительные заболевания» Супиев Т.К., Соловьёв М.М., Алма-ата, 1988г.