

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ
КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ,
ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ



ЕКАТЕРИНБУРГ
2020

УДК 617.52+616.71

ББК 56.6

Д 73

Печатается по решению Ученого совета
факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
от 28.06.2019 (протокол № 09)

Д 73 Дрегалкина А. А. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Современные особенности клинического течения, принципы диагностики и лечения: Учебное пособие / Дрегалкина А.А., Костина И.Н., Шимова М.Е., Шнейдер О. Л. – Екатеринбург: Издательский Дом «ТИРАЖ», 2020. – 108 с.

ISBN 978-5-89895-940-1

Учебное пособие подготовлено для врачей-стоматологов-хирургов и челюстно-лицевых хирургов при прохождении дополнительного профессионального обучения по программе повышения квалификации «Избранные вопросы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» в дистанционной форме. В пособии представлены современные сведения о распространенности, особенностях клинического течения, диагностике, принципах лечения одонтогенных воспалительных заболеваний, наиболее часто встречающихся в практике врача стоматолога хирурга и челюстно-лицевого хирурга. Пособие иллюстрировано, содержит задания в тестовой форме, ситуационные задачи для самопроверки обучающимися изученного материала. Учебное пособие рекомендовано для систематизации и углубления профессиональных знаний по диагностике и лечению одонтогенных воспалительных процессов.

Автор-составитель:

Дрегалкина Анна Александровна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургической стоматологии, оториноларингологии и ЧЛХ ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Костина Ирина Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургической стоматологии, оториноларингологии и ЧЛХ ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Шимова Маргарита Ефимовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургической стоматологии, оториноларингологии и ЧЛХ ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Шнейдер Ольга Леонидовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургической стоматологии, оториноларингологии и ЧЛХ ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Ответственный редактор

Костина Ирина Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургической стоматологии, оториноларингологии и ЧЛХ ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Рецензент

Григорьев Сергей Сергеевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России;

УДК 617.52+616.71
ББК 56.612

© Автор, 2020

ISBN 978-5-89895-940-1

© ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	6
ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	12
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.	15
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕКОТОРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	20
ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТЕЙ.	20
ЛИМФАДЕНИТ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	34
ПЕРИКРОНИТ.	47
АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ЛИЦА	50
ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ИЗУЧЕННОГО МАТЕРИАЛА	71
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.	94
Заключение	102
Литература	103

ВВЕДЕНИЕ

В 2003 г. ВОЗ разработала Глобальную программу стоматологического здоровья (the WHO Global Oral Health Programme) и сформулировала политику, необходимые меры для постоянного улучшения здоровья, чтобы повысить осведомленность о стоматологическом здоровье во всем мире, так как оно является важным компонентом общего здоровья и качества жизни [14, 37, 40, 42, 47]. Стратегия заключается в том, что профилактика заболеваний полости рта и пропаганда гигиены полости рта должны быть интегрированы с профилактикой хронических заболеваний и общего здоровья. Между тем, стоматологические заболевания по-прежнему являются одной из основных проблем общественного здравоохранения в странах с высокими доходами, а количество этих болезней растет во многих странах с низким и средним уровнем дохода [20, 34, 38, 43, 48, 49]. В настоящее время система стоматологических учреждений в Российской Федерации (РФ) широка. Одним, из самых распространенных заболеваний в полости рта является кариес. Несмотря на внедрение высоких технологий и новых методов лечения, на данный момент около 98% населения России страдают такими осложнениями кариеса, как пульпит и периодонтит [36]. Ежегодно от гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО) умирает 0,1–0,3% пациентов, получающих лечение в отделениях челюстно-лицевой хирургии стационаров РФ [3, 2, 12, 13, 22, 33, 35]. Несмотря на достигнутые результаты, проблема диагностики и лечения воспалительных процессов челюстно-лицевой области остается актуальной на сегодняшний день, нет тенденции к снижению частоты встречаемости воспалительных заболеваний.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Эпидемиологические обследования в различных регионах России свидетельствуют о высокой частоте стоматологических заболеваний [2]. Самыми распространенными болезнями полости рта являются кариес зубов, пародонтит. Низкий уровень профилактики и несвоевременное выявление заболеваний обуславливают развитие осложнений (периостит, абсцесс, флегмона и т.д.).

Особенностями стоматологических заболеваний в г. Екатеринбурге являются высокая распространенность и интенсивность поражений зубочелюстной системы. Город Екатеринбург расположен в зоне Среднего Урала с континентальным климатом. Зимнее время характеризуется недостаточной инсоляцией, что приводит к снижению реактивности организма. Концентрация фтора в питьевой воде 0,2 – 0,4 мг на литр при централизованной подаче, что в 3 раза ниже нормы. На территории г. Екатеринбурга расположены промышленные предприятия с вредными условиями труда.

Авторами проведено ретроспективное исследование заболеваний ЧЛЮ у пациентов, получивших стационарное лечение в 2013–2017 гг. в медицинских учреждениях г. Екатеринбурга [10].

На сегодняшний день помощь пациентам с патологией ЧЛЮ оказывается в восьми медицинских учреждениях, расположенных в г. Екатеринбурге и г. Н. Тагиле, где работают 29 челюстно-лицевых хирургов. Коечный фонд составляет 137 коек. Средняя занятость койки в году – 274 дня. Оборот койки в среднем составляет 32. Количество пролеченных пациентов в отделениях челюстно-лицевой хирургии разных медицинских учреждений за год в зависимости от штата и количества коек колеблется от 173 до 2259 чел. и составляет в среднем 890 чел.

Общее количество пациентов, прошедших лечение в стационаре по поводу различных заболеваний ЧЛЮ, составляет 7400 чел. в год. Основными направлениями работы отделений стац-

онаров являются диагностика и лечение воспалительных заболеваний и травм ЧЛО (рис. 1).



Рис. 1. Распределение пациентов с наиболее часто встречающейся патологией, получавших лечение в отделениях челюстно-лицевой хирургии г. Екатеринбурга и Свердловской области

Детальный анализ госпитализированной заболеваемости взрослого и детского населения с патологией ЧЛО за последние 5 лет (рис. 2) был проведен по данным отделения оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии СОКБ № 1 и отделения челюстно-лицевой хирургии ДГКБ № 9 г. Екатеринбурга.

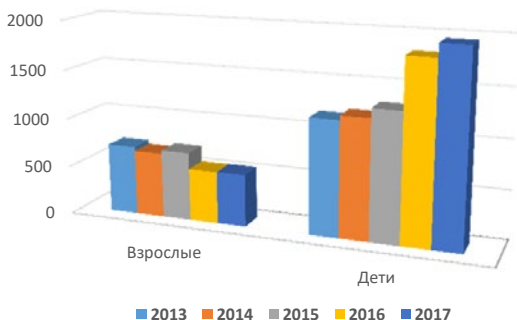


Рис. 2. Количество госпитализированных в динамике за последние 5 лет

Среди взрослого населения Свердловской области с патологией ЧЛО за последние 5 лет динамика госпитализаций относительно стабильна. В практике детской челюстно-лицевой хирургии четко прослеживается увеличение количества госпитализированных детей с патологией ЧЛО. В 2013 г. этот показатель

составил 1175 чел., а в 2017 г. – 1955 чел. При этом количество пациентов увеличивается за счет госпитализированных в неотложном и плановом порядке.

Как во взрослой, так и в детской челюстно-лицевой хирургии преобладают пациенты с воспалительными заболеваниями (47,8% и 65,1% соответственно). На втором месте по частоте встречаемости среди взрослого населения находятся новообразования ЧЛЮ (11,7%), а третье и четвертое место занимают травмы (11,7%) и аномалии и деформации ЧЛЮ (5,6%). У детей по частоте встречаемости после воспалительных заболеваний преобладают травмы (18%), а за ними следуют аномалии и деформации лица (8,5%), новообразования (7,8%) (рис. 3).

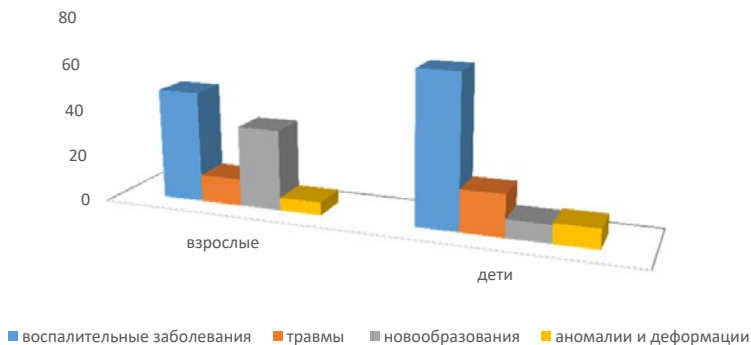


Рис. 3. Удельный вес различной патологии челюстно-лицевой области среди взрослых и детей

Детальный анализ структуры (рис. 4, 5) показал, что у взрослых пациентов среди воспалительных заболеваний преобладают абсцессы и флегмоны лица. Примерно с одинаковой частотой встречаются неодонтогенные заболевания – сиалоадениты, фурункулы и карбункулы лица.

У детей одонтогенный периостит занимает ведущее место среди воспалительных заболеваний ЧЛЮ, фурункулы и карбункулы среди неодонтогенных. Флегмоны лица у детей встречаются относительно редко и в основном это аденофлегмоны. Динамический анализ наиболее часто встречающихся воспали-

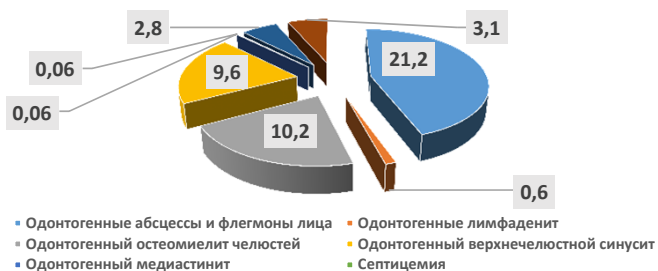


Рис. 4. Анализ структуры воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у взрослых

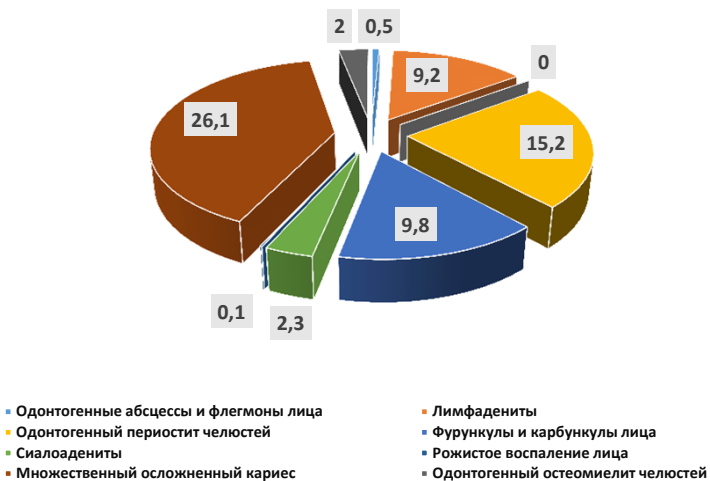


Рис. 5. Анализ структуры воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей

тельных заболеваний у детей и взрослых показал стойкое увеличение их частоты (рис. 6, 7, 8).

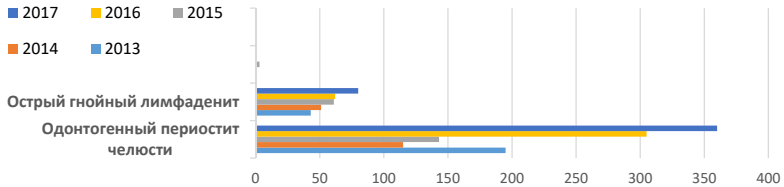


Рис. 6. Динамический анализ наиболее часто встречающихся воспалительных заболеваний у детей

Среди взрослого населения анализ частоты встречаемости различных нозологических форм воспалительных процессов за последние 5 лет показал незначительное снижение частоты одонтогенного остеомиелита челюстей (рис. 7), при этом стабильно повышается количество одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области (рис. 8).

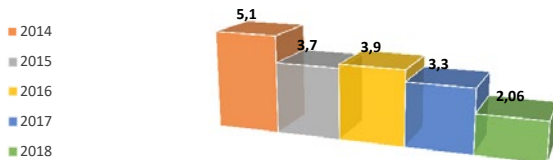


Рис. 7. Динамика количества больных, госпитализированных по поводу одонтогенного остеомиелита челюстей за последние 5 лет

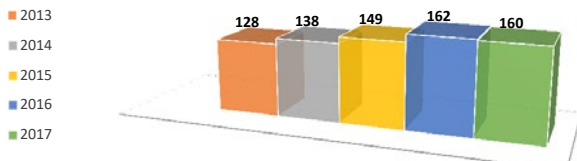


Рис. 8. Динамика количества больных, госпитализированных по поводу одонтогенных флегмон за последние 5 лет

Из неодонтогенных воспалительных процессов наиболее часто за анализируемый период встречались сиалоадениты, преимущественно калькулезный, фурункулы и карбункулы лица. Из диаграммы на рис. 9 видно стабильное, хотя и незначительное, уменьшение частоты сиалоаденитов за последние 2 года.

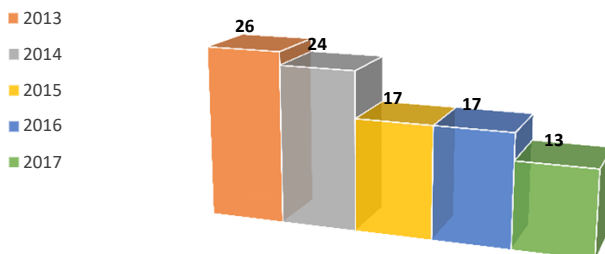


Рис. 9. Динамика количества больных, госпитализированных по поводу сиалоаденита, за последние 5 лет

При этом частота фурункулов и карбункулов лица значительно возросла за последний год (рис. 10).

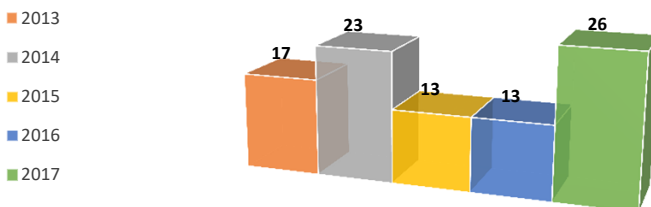


Рис. 10. Динамика количества больных, госпитализированных по поводу фурункулов и карбункулов лица, за последние 5 лет

Таким образом, воспалительные заболевания на сегодняшний день остаются ведущими среди различной патологии челюстно-лицевой области. Сохраняется стабильный рост данной патологии среди жителей г. Екатеринбурга и Свердловской области, особенно детского возраста.

ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области на протяжении многих лет остается сложным и дискуссионным вопросом. На сегодняшний день нет единой классификации, которая отвечала бы всем требованиям и включала все известные воспалительные процессы на лице и в полости рта. Это связано со значительным разнообразием происхождения, локализации, проявлений воспалительных заболеваний.

Шаргородский А.Г. с соавт., основываясь на современных представлениях об этиологии и патогенезе воспалительных процессов челюстно-лицевой области, предложили классификацию, в основу которой положены клинико-морфологические принципы, разработанные Евдокимовым А.И. и Васильевым Г.А.

КЛАССИФИКАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

<i>Источник и характер инфекции</i>	<i>Заболевание</i>	<i>Форма заболевания</i>	
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Одонтогенный и стоматогенный	Периодонтит	Острый: серозный, гнойный Хронический в стадии обострения	Хронический: фиброзный, гранулирующий, гранулематозный
	Периостит челюсти	Острый: серозный, гнойный	Хронический: простой, оссифицирующий
	Остит челюсти	Острый (реактивно-транзиторная форма)	Хронический: рарефицирующий, гиперпластический
	Остеомиелит челюсти	Острая стадия Подострая стадия	Хроническая стадия Первичнохронический
	Абсцессы и флегмоны	Острая стадия	Подострая стадия

1	2	3	4
Одонтогенный и стоматогенный	Воспалительный инфильтрат	Острая стадия	Подострая стадия
	Лимфаденит неспецифический	Острый	Хронический
	Синусит верхней челюсти	Острый	Хронический
	Перикоронарит	Острый	Хронический
Неодонтогенный	Фурункул и карбункул лица	Острая стадия	Подострая стадия
	Гематогенный остеомиелит	Острая стадия	Хроническая стадия
	Нагноившаяся гематома	Острая стадия	Хроническая стадия
	Абсцесс, флегмона, возникновение в результате нагноения гематомы	Острая стадия	Хроническая стадия
	Воспалительный инфильтрат	Острая стадия	Подострая стадия
	Нагноение костной раны при переломе нижней челюсти	Острая стадия	
	Травматический остеомиелит	Острая стадия	Хроническая стадия
	Сиаладенит эпидемический	Острая стадия	Хроническая стадия
	Сиаладенит бактериальный	Острая стадия	Хроническая стадия
	Височно- нижнечелюстной артрит	Острая стадия	Подострая стадия
Лимфаденит	Острый	Хронический	
Специфическая инфекция	Актиномикоз Туберкулез Сифилис		

Проблемной комиссией по стоматологии и обезболиванию Межведомственного научного совета по стоматологии предложена классификация острых одонтогенных заболеваний челюстно-лицевой области, учитывающая не только нозологию заболеваний, но и их осложнения.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

С преимущественным поражением костных структур челюстей	С преимущественным поражением околочелюстных мягких тканей	С преимущественным поражением регионарного лимфатического аппарата	Осложнения:
<ul style="list-style-type: none">• Острый, обострившийся периодонтит• Острый одонтогенный остеомиелит	<ul style="list-style-type: none">• Острый одонтогенный периостит• Острый периокоронит• Одонтогенный абсцесс• Одонтогенная флегмона• Одонтогенный целлюлит• Одонтогенный синусит верхней челюсти	<ul style="list-style-type: none">• Острый одонтогенный лимфаденит• Одонтогенная аденофлегмона	<ul style="list-style-type: none">• Медиастинит• Тромбофлебит лицевых вен синусов твердой мозговой оболочки• Менингит, менингоэнцефалит, абсцесс головного мозга• Сепсис

По Международной классификации стоматологических болезней на основании Международной классификации болезней (МКБ-10) и адаптированной к стоматологии МКБ-С-3 (ВОЗ, Женева, 1997 г.) одонтогенные воспалительные заболевания относятся к болезням органов пищеварения и непосредственно к болезням пульпы и периапикальных тканей. Такие осложнения одонтогенных процессов, как абсцесс, флегмона, лимфаденит лица, головы и шеи, — к болезням кожи и подкожной клетчатки. Источником инфекции служит зуб с патологическим очагом в апикальном или краевом периодонте. Из периодонта инфекция может распространяться в периост, околочелюстные мягкие ткани, кость челюстей.

Нозологическую форму процесса оценивают по органо-патологическим признакам фокуса воспалительных заболеваний. Согласно этим признакам, различают острые (периодонтит, периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, лимфаденит) и хронические (периодонтит, периостит, остеомиелит) одонтогенные воспалительные болезни.

Такие инфекционные агенты, как лучистый грибок — актиномицет, бледная трепонема, микобактерия туберкулеза, условно относят к специфическим возбудителям, а заболевания, вызванные ими, — к специфическим воспалительным процессам (актиномикоз, туберкулез, сифилис). По МКБ-С-3 они входят в класс 1 «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни».

В хирургической стоматологии в зависимости от этиологических факторов и путей проникновения инфекции (через кожу и слизистую оболочку, капельным путем, при укусе насекомых,

грызунов и других животных) рассматриваются такие инфекционные заболевания, как сибирская язва, рожа, нома и другие некротические процессы, лепра, а также протозоальные болезни — лейшманиоз, токсоплазмоз, болезнь Шагаса, туляремия. Фурункул и карбункул также являются инфекционными заболеваниями и в соответствии с МКБ относятся к болезням кожи и подкожной жировой клетчатки.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

- ▶ анатомические особенности: (богатое кровоснабжение, большое количество клетчаточных пространств, тесная связь друг с другом и зубами, близость жизненно важных органов и систем)
- ▶ нетипичное течение воспалительных заболеваний. В 40% течение по гипо- или гиперергическому типу, часто как первично хронические формы
- ▶ сложная диагностика и дифференциальная диагностика, требующая комплексного подхода
- ▶ тактика лечения индивидуальна и зависит от многих факторов
- ▶ изменение состава микрофлоры одонтогенных очагов
- ▶ сложность подбора антибактериальной терапии в связи с высокой резистентностью микрофлоры
- ▶ большое количество осложнений
- ▶ течение и развитие заболеваний на фоне соматической патологии.

Заболевания полости рта и зубов играют важную роль в формировании, развитии и течении соматических заболеваний. С другой стороны, нарушения в работе иммунной системы, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, обменных процессов являются прямыми

факторами в развитии некоторых стоматологических заболеваний [1, 4, 25].

Авторами был проведен анализ 110 амбулаторных историй болезни пациентов, обратившихся в хирургическое отделение стоматологической поликлиники ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России с целью хирургической санации полости рта.

Все пациенты, включенные в исследование, обращались с целью санации полости рта. В результате клинического и рентгенологического обследования пациентам были поставлены следующие основные (стоматологические) диагнозы: хронический периодонтит в стадии ремиссии — 48, хронический периодонтит в стадии обострения — 12, острый одонтогенный периостит челюсти — 10, хронический перикоронит в стадии обострения — 6, хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени — 34 пациента (рис. 11).

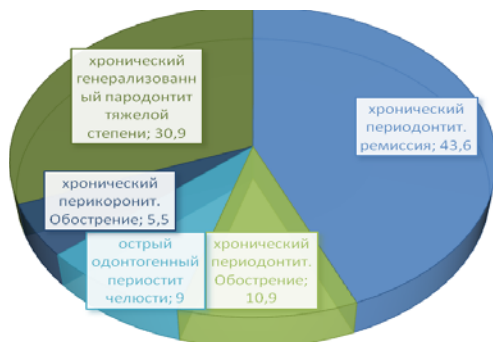


Рис. 11. Структура стоматологических диагнозов пациентов

Наличие таких постоянно действующих очагов приводит к микробной аутосенсibilизации не только местных тканей, но и отдаленных органов, что безусловно влияет на течение соматической патологии.

Вторым этапом анализа было изучение структуры соматической патологии в исследуемой группе пациентов. Для этого проанализированы данные анамнеза жизни и анкеты здоровья, которые заполняли все пациенты (рис. 12).

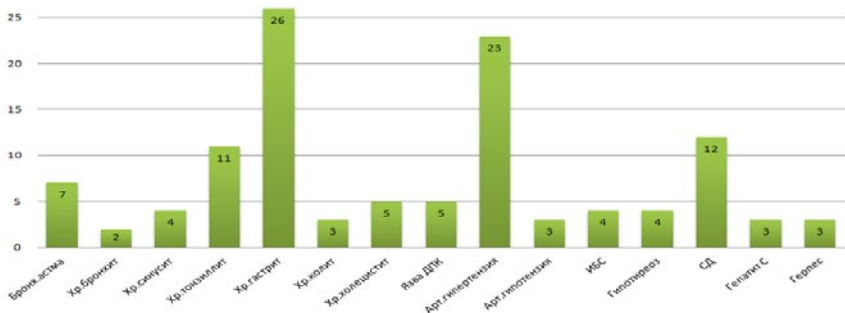


Рис. 12. Структура соматических заболеваний у пациентов

В результате анализа было выявлено, что все пациенты имели соматическую патологию. Наиболее часто среди соматической патологии встречались хронический гастрит – 26 (23,6%), артериальная гипертензия – 23 (20,9%) и сахарный диабет – 12 случаев (10,9%). Анализ зубных формул этих групп пациентов показал, что индекс КПУ во всех группах соответствует высокой интенсивности кариозного процесса. В нашем исследовании группа пациентов, имеющих в анамнезе хронический гастрит, оказалась самой большой по численности и составила 23,6%. Анализ зубной формулы пациентов данной группы показал, что индекс интенсивности кариозного процесса (КПУ) в данной группе был наиболее высоким и составил в среднем 28,4 (рис. 13).

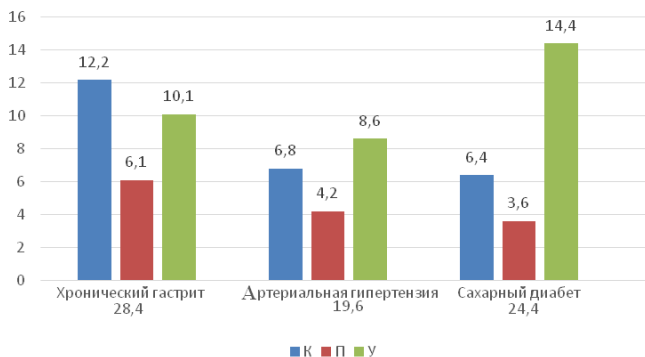


Рис. 13. Показатели индекса КПУ у пациентов с соматической патологией

Хронический гастрит, как правило, сопровождается снижением реактивности слизистой оболочки полости рта и снижением стойкости капилляров, что непосредственно может стать пусковым звеном в развитии одонтогенных заболеваний [13, 36]. Как видно из диаграммы на рис. 3, индекс КПУ в этой группе пациентов высок не только за счет наличия кариозных полостей, но и удаленных зубов, что значительно ухудшает пережевывание пищи. Такие изменения в полости рта не могут не сказываться на состоянии слизистой оболочки желудка. В данном случае имеет место взаимное воздействие негативных факторов.

Наши исследования показали, что пациенты с артериальной гипертензией в основном обращались по поводу тяжелого пародонтита, с целью удаления зуба с высокой степенью патологической подвижности (18 из 23 пациентов). Индекс КПУ в этой группе составил в среднем 19,6 и большей частью за счет удаленных зубов (рис. 13).

При сахарном диабете изменённая микрофлора повышает резистентность тканей к инсулину и, как следствие, способствует ухудшению метаболического контроля гликемии, что в свою очередь повышает концентрацию глюкозы в десневой жидкости, нарушает адгезию нейтрофилов, хемотаксис и фагоцитоз. Проведенный анализ также подтверждает высокий уровень КПУ у пациентов с сахарным диабетом (24,4 в среднем), высокий показатель удаленных зубов (14,4), что говорит о снижении резистентности тканей полости рта вообще и пародонта в частности. Сахарный диабет приводит к повышению уровня маркёров системного воспаления (С-реактивный белок, фибриноген, цитокины) [34]. Нарушается иммунный ответ и способность тканей

к репарации. В группе пациентов с сахарным диабетом отмечалось наибольшее количество осложнений после операции удаления зуба: альвеолит – 4 случая из 12, замедленная регенерация лунки – 6 случаев из 12.

Развитие хронического гастрита может зависеть патогенетически, аллергически и иммунологически от очаговой инфекции в полости рта. С другой стороны, гастрит, вызывая снижение

реактивности слизистой оболочки, стойкости капилляров, также способствует развитию заболеваний зубов и полости рта.

Одонтогенные инфекции могут являться фактором риска в развитии заболеваний сердечно-сосудистой системы, в том числе и артериальной гипертензии. При этом артериальная гипертензия ассоциирована с функциональными и морфологическими изменениями в микроциркуляторном русле слизистой оболочки полости рта, наиболее выраженными в тканях пародонта.

При сахарном диабете существенно изменяется микрофлора полости рта. Характерны изменения со стороны слизистой оболочки. Значительно увеличивается риск развития кариеса и его осложнений и особенно заболеваний пародонта, обусловленное метаболическим синдромом. Одонтогенные воспалительные процессы у больных с сахарным диабетом имеют тенденцию к быстрому распространению и опасны в плане тяжелых осложнений.

Таким образом, проведенные исследования доказывают, что наличие длительно существующих очагов одонтогенной инфекции коррелирует с развитием соматических заболеваний. Развивается взаимосвязанная патология. Лечение таких пациентов по поводу соматической патологии должно сопровождаться постоянным контролем со стороны врача-стоматолога, своевременной санацией полости рта. При стоматологических вмешательствах у пациентов данной категории должны учитываться особенности состояния тканей зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта (кровоточивость, снижение регенераторных способностей).

Взаимное сотрудничество специалистов стоматологов и врачей общей практики позволит корректировать и компенсировать течение соматической патологии, безопасно проводить санацию полости рта, избегая тяжелых осложнений.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕКОТОРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Остеомиелит челюсти – гнойно-некротическое, инфекционное поражение челюстных костей, развивающееся на фоне снижения иммунной реактивности, повышения вирулентности условно патогенной микрофлоры, нарушения микроциркуляции с нейрогуморальной регуляцией и повышения сенсibilизации организма.

Термин «остеомиелит» был предложен в начале XIX века. В переводе с греческого «остеомиелит» означает «воспаление костного мозга». В современных реалиях это не совсем корректный термин, так как он не отражает всей полноты патологического процесса, в связи с тем, что заболевание не ограничивается только поражением костного мозга, а распространяется на все структурные части кости и окружающие её мягкие ткани; для обозначения остеомиелита предлагались также термины: паностит, остит, остит, гаверсит, флегмона кости и др. На сегодняшний день термин «остеомиелит» официально принят в номенклатуре заболеваний.

Патогенная микрофлора, вызывающая остеомиелит челюстей, может выявляться в виде монокультур или микробных ассоциаций и представлена, главным образом, золотистым стафилококком, стрептококком группы В, кишечной палочкой, клебсиеллой, протеом, фузобактериями, синегнойной палочкой и другими возбудителями.

Определенное значение для развития остеомиелита челюсти имеет состояние общего и местного иммунитета. Остеомиелиту челюсти часто сопутствуют заболевания крови, сахарный диабет, полиартрит, ревматизм, болезни печени и почек.

По происхождению выделяют

Одонтогенный (стоматогенный) остеомиелит (75-80 %)	Гематогенный остеомиелит (9 %)	Травматический остеомиелит (11 %)
<ul style="list-style-type: none"> • связан с одонтогенным очагом; • проникновение инфекции в челюстную кость происходит через инфицированную пульпу и корень зуба, или пораженный пародонт 	<ul style="list-style-type: none"> • Первичным источником инфекции при гематогенном остеомиелите челюсти могут выступать фурункулы и карбункулы, гнойный отит, тонзиллит, омфалит и пупочный сепсис новорожденных. • При гематогенном распространении инфекции сначала поражается челюстная кость, а ткани зубов вовлекаются в гнойно-воспалительный процесс вторично 	<ul style="list-style-type: none"> • может являться следствием перелома челюсти; • в том числе огнестрельного; • в костную ткань инфекция попадает из внешней среды или полости рта

По МКБ-10 остеомиелит челюстей относится к классу «другие болезни челюсти» (К 10), подклассу «воспалительные заболевания челюстей» К 10.2, который включает в себя: остеоит челюсти (острый) (хронический) (гнойный), остеомиелит (неонатальный) челюсти (острый) (хронический) (гнойный), остео-некрроз (медикаментозный) (радиационный) челюсти (острый) (хронический) (гнойный), периостит челюсти (острый) (хронический) (гнойный), секвестр челюстной кости. При необходимости идентифицировать излучение или медицинский препарат, вызвавшие поражение, используют дополнительный код внешних причин (класс XX). Схематично, варианты течения остеомиелита можно представить следующим образом:



Клиническая классификация остеомиелита челюсти

<i>По клиническому течению</i>	<i>По распространённости</i>	<i>По клинко-рентгенологической картине</i>
<ul style="list-style-type: none"> • острая стадия (до 14 сут.) • подострая стадия (с 15 до 30 сут.); • хроническая стадия (с 30 сут. до нескольких лет) • обострение хронического остеомиелита; • первично-хронический остеомиелит 	<ul style="list-style-type: none"> • ограниченный (локализация в пределах пародонта 2-3-х зубов); • очаговый (локализация включает альвеолярный отросток, тело челюсти на протяжении 3-4-х зубов, ветвь челюсти на протяжении 2-3 см); • диффузный (с поражением половины или всей челюсти) 	<ul style="list-style-type: none"> • форму с преобладанием продуктивно-гиперпластических процессов; • форму с преобладанием деструктивных процессов: рарефицирующий секвестрирующий

Клинические симптомы остеомиелита достаточно типичны, характерны для острого воспалительного процесса, однако имеются патогномоничные симптомы, на основании которых ставится диагноз остеомиелита челюсти. Выраженность проявлений болевого, интоксикационного синдрома, развитие процесса, местных воспалительных явлений зависят от реактивности организма, распространённости и локализации процесса.

Так, например, в последние годы достаточно часто остеомиелит протекает как первично-хронический процесс, симптоматика острой стадии стерта или отсутствует совсем. Объясняется данное явление изменением состава микрофлоры, неконтролируемым применением антибактериальных препаратов, развитием воспалительных процессов на фоне соматической патологии, иммунодефицитов (рис. 14).

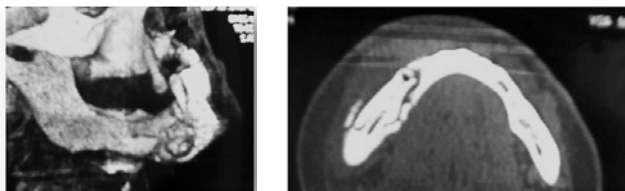


Рис. 14. КТ ВИЧ-инфицированных пациентов с первично-хронической формой остеомиелита, характерная обширная деструкция, множественные мелкие и крупные секвестры

Клинические симптомы

<i>Жалобы</i>	<i>Общие проявления</i>	<i>Местные симптомы</i>	<i>Патогномоничные симптомы остеомиелита</i>
Сильная боль в половине челюсти «рвущая», с иррадиацией	Острое начало	Кожа бледная	Онемение кожи подбородка, нижней губы («+» симптом Венсана)
Боль при глотании, разговоре, жевании	Состояние средней тяжести или тяжелое, обусловлено выраженной интоксикацией	Выраженный отек мягких тканей лица	«Муфтообразный» инфильтрат слизистой альвеолярного отростка – симптом двустороннего периостита
Ограничение открывания рта	Температура фебрильная или гектическая	Увеличены и болезненны регионарные лимфатические узлы	Болезненная перкуссия всех зубов в зоне поражения — симптом «множественного периодонтита»
Слабость, недомогание, озноб, повышение температуры тела		Воспалительная контрактура жевательных мышц I-III степени	Патологическая подвижность зубов в зоне поражения – симптом «клавиш»

Острую стадию одонтогенного остеомиелита необходимо дифференцировать от следующих заболеваний:

<i>Заболевание</i>	<i>Острый (или обострившийся хронический) периодонтит</i>	<i>Острый гнойный периостит</i>	<i>Воспалительный процесс мягких тканей лица (абсцесс, флегмона)</i>	<i>Нагноившаяся кисты челюстно-лицевой области</i>
Особенности течения	Очаг воспаления при периодонтите ограничен главным образом лункой одного зуба. Общее состояние больного существенно не ухудшается	Очаг воспаления локализован на поверхности альвеолярного отростка. Менее отчетливо выражена общая реакция организма, включая и изменения со стороны крови	Для изолированных флегмон не характерна выраженная воспалительная реакция периоста	По мере роста вызывают деформацию мягких тканей и челюстей. Нагноение возникает вторично

В настоящее время все более широкое распространение получает атипичное поражение челюстей — остеонекроз, инициированный бисфосфонатной химиотерапией. В 2003 году Marx R.E. впервые описал клинический случай атипичного некроза челюсти у пациента, получающего терапию бисфосфонатами [7]. Внутривенная терапия бисфосфонатами применяется при лечении больных злокачественными новообразованиями различной локализации, при наличии метастатического поражения костей, а также в терапии остеопороза [11, 21, 24].

В исследованиях, проведенных Brown J. в 2013 году, было показано, что частота развития остеонекрозов челюсти после удаления зубов у пациентов, получающих внутривенную терапию золедроновой кислотой, значительно выше и составляет 86,4 % [41].

Согласно современным данным, бисфосфонатный остеонекроз челюстей (БОНЧ) – осложнение антирезорбтивной терапии, характеризующееся омертвением и оголением участка кости, которое сохраняется более 8 недель, с последующим прогрессированием процесса, при условии отсутствия лучевой терапии на область головы в анамнезе. Патогенез бисфосфонатных остеонекрозов челюстей окончательно не ясен [28, 29, 31]. По мнению Otto S. (2010), одним из патогенетических факторов является кислая среда, возникающая в очагах хронического воспаления, которая приводит к более активному высвобождению препаратов из костной ткани и их негативному влиянию на процессы ремоделирования [46]. В зарубежной литературе в терминологии, касающейся бисфосфонатного некроза челюстей, используется термин ишемический (аваскулярный) некроз кости, что акцентирует внимание на сосудистый компонент этиологии заболевания [39, 44]. Известными факторами риска остеонекроза челюсти являются раковое заболевание, его лечение (химиотерапия, лучевая терапия, кортикостероиды), сопутствующие заболевания (анемия, коагулопатия, инфекция) [32, 45].

В период с 2012 по 2017 год под наблюдением авторов в отделении ЛОР+ЧЛХ СОКБ № 1 г. Екатеринбурга находилось 5 пациентов с лекарственным остеонекрозом челюстей [18]. Из анамнеза выявлено, что практически всем пациентам

на догоспитальном обследовании поставлен диагноз одонтогенного остеомиелита челюстей, так как начало заболевания связывали с удалением зуба.

Все пациенты предъявляли жалобы на незначительные болевые ощущения в области ранее удаленных зубов, сукровичное отделяемое из лунок. Во всех случаях зуб был удален по плановым показаниям в ходе санации полости рта. Явлений обострения одонтогенной инфекции не было отмечено ни в одном случае. Длительность анамнеза заболевания составляла от 10 месяцев до 1,5 года. Все пациенты отмечали, что лунки зубов не заживали, через некоторое время появились участки обнаженной кости, слабая болезненность слизистой оболочки альвеолярного отростка. Признаков общей интоксикации (повышение температуры тела, слабость, озноб) не отмечалось в течение всего периода заболевания. Из анамнеза жизни выяснено, что все проходили химиотерапию золотистой кислотой по поводу онкологического заболевания.

При местном осмотре не наблюдалось асимметрии лица, реакции регионарных лимфатических узлов, ограничения открывания рта. **В полости рта** у пациентов основной группы отмечался незначительный отек и гиперемия слизистой в области удаленных зубов, слабая болезненность при пальпации. Часть костной ткани альвеолярного отростка обнажена, покрыта серым налетом, не кровоточит, лунки удаленных зубов пустые, скудное сукровичное отделяемое (рис. 15).



Рис. 15. Обнажение части альвеолярного отростка верхней челюсти пациента с БОНЧ через 8 месяцев от начала лечения

Рентгенологически у больных лекарственным остеонекрозом были выявлены очаги деструкции альвеолярной части челюсти различного размера (рис. 16). На рис. 17, 18 можно видеть, что границы зоны деструкции неровные, как бы изъеденные, нет четко определяемых секвестров, окружающая зону деструкции кость порозна.



Рис. 16. Панорамная томограмма пациента с БОНЧ

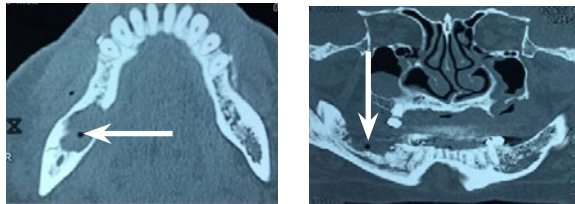


Рис. 17. Фрагмент КТ пациента с БОНЧ

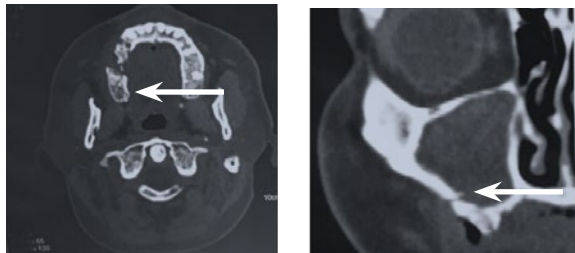


Рис. 18. Фрагмент КТ пациента с БОНЧ, патологический перелом нижней стенки верхнечелюстной пазухи



Рис. 19. Удаленный костный фрагмент альвеолярного отростка верхней челюсти при БОНЧ

Анализ лабораторных показателей периферической крови позволил выявить следующие отличия: для всех пациентов с БОНЧ характерны признаки анемии, лейкопении, незначительное повышение скорости оседания эритроцитов. Показатели оставались практически неизменными весь период наблюдения. Помимо признаков анемии, которые наблюдались у всех пациентов основной группы, также были характерны признаки тромбоцитопении (в 3 случаях из 5). По всей вероятности, это связано с действием химиотерапевтических препаратов на состояние кроветворной системы. С другой стороны, наличие анемии и коагулопатии является одним из факторов развития остеонекроза [39].

После обследования всем пациентам проведено хирургическое лечение: некрсеквестрэктомия. Костная ткань в области некроза была рыхлая, желтовато-серого цвета, скудно кровоточила, секвестры отграничены не полностью (рис. 19).

Изменения в костной ткани при бифосфатном остеонекрозе челюстей носят неоднородный характер. Наиболее типичными вариантами гистологической картины являются тотальный некроз, асептический некробиоз, некроз с явлениями регенерации. Различия в гистологической картине могут соответствовать клиническим проявлениям [36]. Учитывая увеличение онкологической заболеваемости, распространение остеопороза, можно утверждать, что количество пациентов с остеонекрозом будет расти.

С целью уменьшения риска развития бисфосфонатного остеонекроза челюстей пациентам перед назначением бисфосфонатов необходимо тщательное стоматологическое обследование и проведение санации полости рта, в дальнейшем динамическое наблюдение у стоматолога, больные должны знать о значении гигиены полости рта и четкого ее соблюдения. Для разработки эффективных мер по профилактике, тактике лечения и прогнозированию течения заболевания необходимо тесное взаимодействие стоматологов, онкологов и эндокринологов. Только при этом возможна разработка алгоритмов и индивидуальных схем лечения таких особенных пациентов.

Учитывая нетипичное течение остеомиелита челюсти, его приходится дифференцировать со злокачественными опухолями,

такими, например, как саркома Юинга. Наиболее часто встречается у лиц молодого возраста, подростков. Эта опухоль часто имитирует воспалительный процесс. Характерны признаки местного воспаления: болезненность при пальпации, гиперемия кожи, пастозность (отечность) кожи, локальное повышение температуры, расширенные подкожные вены. Кроме этого можно наблюдать синдром общей интоксикации: повышение температуры тела, слабость, анемия, регионарный лимфаденит

У взрослых пациентов среди опухолей, имитирующих воспалительный процесс, чаще встречается рак. Приводим клинический случай.

Пациент И. 56 лет. Обратился с жалобами на боль в нижней челюсти, припухание мягких тканей, ограничение открывания рта. Удален полуретинированный 3.8 зуб. Через 2 недели повторно обратился с подобными клиническими симптомами.

С диагнозом «флегмона поднижнечелюстной области» госпитализирован в стационар по месту жительства, «флегмона» вскрыта. Выраженной положительной динамики не отмечалось в течение месяца. В течение последующих 3 месяцев неоднократно проводились вмешательства – некрэксеквестрэктомии по поводу «хронического одонтогенного остеомиелита». В связи с отсутствием эффекта от лечения направлен в отделение челюстно-лицевой хирургии СОКБ № 1. Обследован клинически и рентгенологически (рис. 20).

На серии КТ определяется обширный очаг деструкции костной ткани нижней челюсти с неровными нечеткими границами, окружающие мягкие ткани изменены, в поднижнечелюстной области слева конгломерат увеличенных лимфатических узлов.

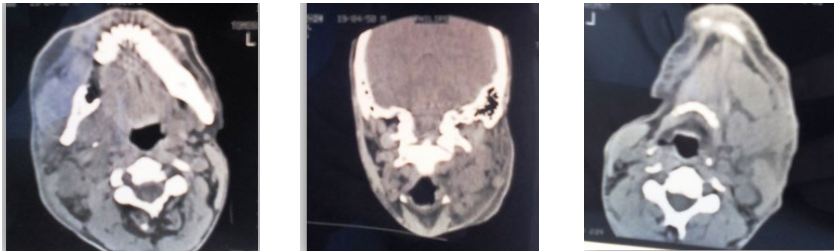


Рис. 20. КТ пациента И.

Произведена инцизионная хирургическая биопсия нижней челюсти. Заключение: низкодифференцированный рак нижней челюсти. Клинический диагноз: Рак нижней челюсти T4 N3 M0.

Подобные ситуации диктуют специалистам необходимость в проведении тщательного обследования пациентов с применением современных методик, придерживаясь клинических рекомендаций и протоколов лечения [15, 16].

Диагностический алгоритм хронических одонтогенных остеомиелитов челюстей на амбулаторном уровне



Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований при хроническом одонтогенном остеомиелите челюстей

<i>Диагноз</i>	<i>Обоснование для дифференциальной диагностики</i>	<i>Обследования</i>	<i>Критерии исключения диагноза</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Одонтогенная подкожная гранулема	Вяло протекающее воспаление подкожной клетчатки, возникшее в результате распространения инфекции из одонтогенного очага. При этом в подкожной клетчатке лица на уровне или в некотором отдалении от зуба возникает округлой формы безболезненный инфильтрат. Кожа над ним истончается, становится сине-багровой. Со стороны полости рта появляется тяж, идущий от лунки зуба к инфильтрату в толще клетчатки	Рентгенография (дентальная, панорамная, боковая проекция нижней челюсти)	Микроскопически обнаруживаются разрастания грануляционной ткани на различных стадиях ее созревания
Актиномикоз челюстей	Инфильтрат обычно плотный. На более поздних стадиях заболевания образуются множественные свищи с крошковатым гноем. Значительно труднее дифференцировать от остеомиелита, особенно его гиперпластической формы, первичный актиномикоз челюстей	Микроскопия экссудата, кожная проба с актинолизатом, оценка ответа иммунокомпетентных клеток на актинолизат in vitro	Посев из раны. Положительные специфические кожные реакции
Туберкулез челюстей	Для туберкулезного поражения кости характерны медленное течение (месяцы, годы), резкая болезненность, выраженный лимфаденит. В патологический процесс вовлечены другие кости лица, на месте воспаления образуются втянутые рубцы	Флюорография (взрослым), при необходимости рентгенография грудной клетки	Посев из раны. Положительные специфические кожные реакции

1	2	3	4
Сифилис челюстей	Сифилис челюстей возникает в третичной стадии заболевания. Наиболее часто при сифилисе поражаются кости носа, альвеолярный отросток в области передних зубов. Для сифилитического поражения костей характерно образование очагов размягчения (некротическая форма) и оссифицирующего периостита (гиперпластическая форма)	Серологические методы диагностики	Серодиагностика при сифилисе положительная
Доброкачественные опухоли челюстей	Рост доброкачественных опухолей обычно безболезненный, не сопровождается острыми воспалительными явлениями, симптомами гнойно-резорбтивной лихорадки, особенно в начале заболевания. Нетипично периодическое увеличение или уменьшение объема	Рентгенография (дентальная, панорамная, боковая проекция нижней челюсти), КТ	Результат гистологического исследования
С а р к о м а Юинга	Эта опухоль имеет проявления, сходные с остеомиелитом (повышение температуры тела, лейкоцитоз, локальная болезненность кости, отек мягких тканей, иногда гиперемия кожи). Не характерно острое начало, образование секвестров	Рентгенография пораженной кости, КТ, МРТ, биопсия	Результат гистологического исследования

Тактика лечения одонтогенного остеомиелита челюстей

<i>Острая стадия</i>	<i>Подострая стадия</i>	<i>Хроническая стадия</i>
<p>Хирургическое лечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Удаление причинного зуба 2. Периапикальная остеотомия на уровне причинного и соседних зубов. 3. При течении, осложненном абсцессами и флегмонами околочелюстных тканей – дренирование гнойных очагов 	<p>Санация полости рта</p> <p>Шинирование подвижных зубов</p>	<p>Хирургическое лечение</p> <p>Удаление сформировавшихся секвестров, иссечение некрозов, свищей, а также резекции остеомиелитического обширного очага</p>
<p>Медикаментозная терапия</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Антибактериальная терапия 2. Противовоспалительная терапия 3. Десенсибилизирующие препараты 4. Дезинтоксикация 5. Симптоматическая терапия 	<p>Иммунокоррекция</p>	<p>Медикаментозная терапия</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Антибактериальная терапия (при обострении и в профилактических целях перед некрэксеквестрэктомией) 2. Противовоспалительная терапия 3. Десенсибилизирующие препараты 4. Иммуностимуляторы
<p>Физиотерапия.</p> <p>После стихания острых явлений</p>	<p>Физиотерапия</p>	<p>Физиотерапия вне обострения</p>

Схемы антибактериальной терапии одонтогенного остеомиелита

<i>Препарат</i>	<i>Схема введения</i>	<i>Длительность лечения</i>
1	2	3
Препараты выбора — ингибитор защищенные пенициллины		
Амоксицилин клавулановая кислота	1,2 г препарата (1000 мг +200 мг) в/в 3 раза в сутки каждые 8 ч, в случае тяжелого течения инфекции — с интервалом 6 ч.	2-4 дня
<p><i>Первые 2-4 дня препарат вводится в/в, затем при условии улучшения состояния и уменьшения выраженности симптомов рекомендован перевод на пероральные формы.</i></p>		

1	2	3
Амоксицилин клавулановая кислота	625 мг (500 мг+125 мг) 2 раза в сутки до еды или 1 г (875 мг + 125 мг) 2 раза в сутки каждые 12 ч	до 14 дней
Альтернативные препараты		
Цефуроксим порошок / ин.	0,75-1,5 г в/в или в/м 3 раза в сутки каждые 8 ч	2-4 дня
+ Метронидазол фл.	100 мл x 1 раз в день, в/в	3-4 дня
<i>Первые 2-4 дня препарат вводится в/в, затем при условии улучшения состояния и уменьшения выраженности симптомов рекомендован перевод на пероральные формы:</i>		
Цефуроксим аскетил	по 0,25-0,5 г каждые 12 ч во время еды	до 14 дней
Цефтриаксон пор. д/ин.	1-2 г каждые 12 ч в/м или в/в	до 14 дней
<u>Цефтазидим</u> (при P.aeruginosa)	по 1,5 г 3 раза в сутки в/в или в/м	до 14 дней
Ципрофлоксацин р-р д/инф.	0,4-0,6 г каждые 12 ч вводят путем медленной инфузии в течение 1 ч	2-4 дня
<i>Первые 2-4 дня препарат вводится в/в, затем при условии улучшения состояния и уменьшения выраженности симптомов рекомендован перевод на пероральные формы:</i>		
Ципрофлоксацин табл.	0,25-0,75 г каждые 12 ч	до 14 дней
При аллергии на β-лактамы антибиотики		
Клиндамицин Р-р д/ин. 0,15 г/мл	0,3-0,9 г каждые 8 ч в/в или в/м	2-4 дня
Клиндамицин капс.	0,15-0,6 г каждые 6 ч	до 10-14 дней
В целях антибиотикопрофилактики при некрэксвэстрэктоми		
Цефазолин	1 г в/в	однократно за 30-60 мин до операции
Цефуроксим + метронидазол	1,5-2,5 г, в/в 0,5% – 100 мл	однократно за 30-60 мин до операции
При аллергии на β-лактамы антибиотики		
Ванкомицин	500 мг – 1000 мг	однократно за 30-60 мин до операции

ЛИМФАДЕНИТ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Современные особенности развития и течения воспалительных процессов в челюстно-лицевой области шеи (гипергигический характер, развитие первично-хронических форм, нерациональное применение антибактериальных средств, наличие сопутствующей соматической патологии) приводят к низкой эффективности их лечения и, как следствие, увеличению встречаемости реактивных острых и хронических лимфаденитов. Лимфатический узел в этом случае вместе с первичным очагом становится одним из источников сенсбилизации организма. В ряде случаев лимфадениты осложняются аденофлегмонами, которые в челюстно-лицевой области могут принимать прогрессирующее течение и приводить к опасным для жизни больному состояниям (сепсис, медиастинит, синус-тромбоз и др.).

Лимфаденит – это острое или хроническое воспаление лимфатического узла:

По клинической классификации выделяют следующие формы лимфаденитов [19]:

<i>Неспецифический лимфаденит острый</i>	<i>Неспецифический лимфаденит хронический</i>	<i>Специфический лимфаденит</i>
<ul style="list-style-type: none">• серозный• гнойный (абсцедирующий)• аденофлегмона	<ul style="list-style-type: none">• продуктивный• абсцедирующий	<ul style="list-style-type: none">• туберкулезный• сифилитический• актиномикотический• вакцинальный

По нашим данным, пациенты с лимфаденитом челюстно-лицевой области составляют 3,09% от общего числа госпитализированных в специализированные отделения челюстно-лицевой хирургии, и 5,7% от числа больных с различными воспалительными процессами челюстно-лицевой области.

Из диаграммы (рис. 21) видна явная тенденция к увеличению количества пациентов с лимфаденитами в области головы и шеи на фоне роста количества госпитализированных по поводу воспалительных процессов.

Неспецифические формы составляют основную часть в структуре лимфаденитов челюстно-лицевой области и шеи — 90,8%. Из них 63,8% представляли лимфадениты одонтогенной этиологии, 26,5% — тонзилогенной и 9,7% — прочие (дерматогенные, травматические, вирусные и т. д.). Специфические лимфадениты составили соответственно 9,2% (рис. 22).

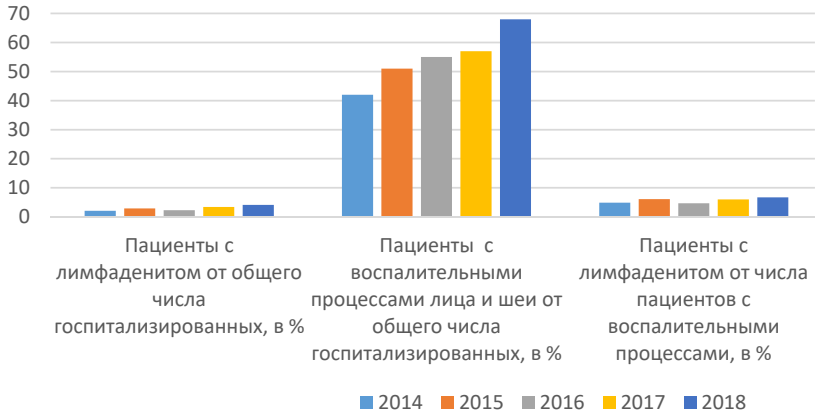


Рис. 21. Динамика частоты встречаемости лимфаденитов

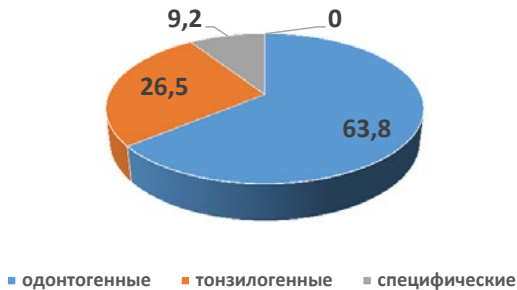


Рис. 22. Этиология лимфаденитов челюстно-лицевой области

Нами отмечено увеличение частоты встречаемости специфических лимфаденитов, особенно туберкулезной этиологии. Необходимо отметить, что во всех случаях лимфаденит был первым клиническим проявлением специфической инфекции.

По локализации пораженных лимфатических узлов больные распределились следующим образом: поднижнечелюстные — 60,7 %, подподбородочные — 31,6 %, околоушные — 5,1 %, передние шейные — 2,6 % (рис 23).

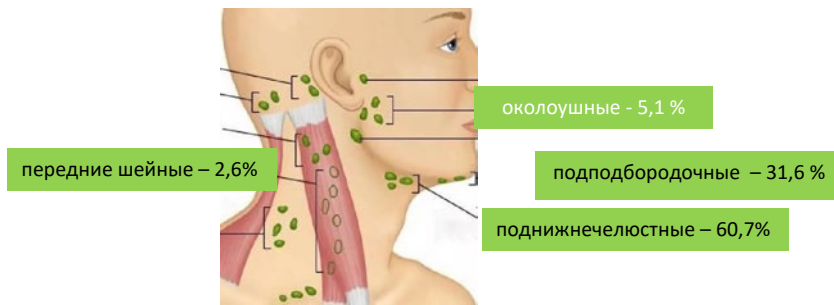


Рис. 23. Наиболее частая локализация лимфаденитов лица и шеи

Частота лимфаденитов челюстно-лицевой области имеет некоторую сезонность. В осенне-зимний период наблюдается наибольшее количество больных с реактивными лимфаденитами, что связано с наибольшей частотой инфекционных заболеваний в этот период года и обострением хронических процессов как одонтогенной, так и иной этиологии. Приведенные данные свидетельствуют о необходимости изучения реактивного поражения лимфатических узлов челюстно-лицевой области как индикаторов воспалительных процессов, для дальнейшего прогнозирования течения заболевания, создания современной модели лечения, включающей регуляцию иммунного ответа [9].

Клинические проявления острого лимфаденита:

Пациенты предъявляют жалобы на боль и припухлость в области пораженного узла или группы узлов, появление болезненного «шарика» под кожей, гиперемиию кожи, болезненность при пальпации, повышение температуры тела.

Из анамнеза выясняют длительность заболевания, предшествующие травмы в области расположения лимфоузлов, воспаление слизистой оболочки полости рта или кожных покровов,

оперативное вмешательство (удаление зуба), острое респираторное заболевание, тонзиллит, периодонтит, периостит, остеомиелит. При хроническом лимфадените при обострении жалобы схожи, вне обострения пациенты могут активно жалоб не предъявлять или отмечать наличие образования в той или иной области, длительность заболевания в течение 1 месяца и более.

При осмотре определяется асимметрия лица за счет отека мягких тканей, может быть несколько болезненное открывание рта, кожа над пораженным лимфатическим узлом не изменена в цвете либо гиперемирована.

При пальпации лимфатический узел подвижный, болезненный, округлой или овальной формы, диаметром до 2-3 см, плотноэластической консистенции, наблюдается повышение температуры кожи над инфильтратом.

При хроническом лимфадените: лимфатический узел увеличен, подвижный, безболезненный, округлой или овальной формы, диаметром более 3 см, мягко-эластической консистенции.

В таблице приведены основные нозологические формы и критерии дифференциальной диагностики лимфаденитов, однако на практике этот процесс представляет собой значительную сложность.

Дифференциальный диагноз

№	<i>Нозология</i>	<i>Основные клинические дифференциально-диагностические критерии</i>
1.	Острый сialoadенит	Отек, гиперемия, гнойное отделяемое из устьев выводных протоков слюнных желез, увеличение размеров желез
2.	Метастазы злокачественных опухолей	Лимфатические узлы плотные, малоподвижные, иногда спаянные с окружающими тканями, безболезненные. Снижение веса, бледность кожных покровов
3.	Одонтогенные абсцессы и флегмоны	Местные признаки воспаления в виде инфильтрации тканей, гиперемии кожных покровов выражены гораздо ярче. Более выраженные симптомы интоксикации

В последние годы увеличилось количество больных, обращающихся к различным специалистам по поводу лимфадено-



Рис. 24. Метастаз рака щитовидной железы (направительный диагноз: абсцедирующий лимфаденит)



Рис. 25. Лимфома Ходжкина (направительный диагноз: боковая киста шеи)



Рис. 26. Лимфома Ходжкина (направительный диагноз: хр. лимфаденит)

патий. Лимфаденопатия (ЛАП) – регионарное или системное поражение лимфоидной ткани, характеризующиеся увеличением лимфатических узлов.

По нашим данным, пациенты с ЛАП составляют в среднем 7,2% от общего числа госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии. Лимфаденопатии в челюстно-лицевой области могут быть проявлениями не только лимфаденитов, но и другой патологии.

Своевременный и правильный выбор лечебной тактики требует тщательной дифференциальной диагностики данной патологии.

При дифференциальной диагностике лимфаденопатий основными ориентирами, являются:

- возраст больных;
- анамнестические сведения;
- характер лимфаденопатии (локализация, распространенность, размеры, консистенция, болезненность, подвижность ЛУ);
- наличие других клинических признаков (увеличение селезенки, лихорадка, кожные высыпания, суставной синдром, поражение легких и др.);
- показатели периферической крови.

В зависимости от распространенности следует различать следующие варианты лимфаденопатий:

Основные заболевания, проявляющиеся синдромом лимфаденопатии

Инфекции

Бактериальные (все пиогенные бактерии, болезнь кошачьих царапин, сифилис, туляремия)
Микобактериальные (туберкулез, лепра)
Грибковые (гистоплазмоз, кокцидиомикоз)
Хламидийные (венерическая лимфогранулема)
Паразитарные (токсоплазмоз, трипаносомоз, филяриоз)
Вирусные (вирус Эпштейна–Барр, цитомегаловирус, корь, гепатит, ВИЧ)

Имунопатологические заболевания

Ревматоидный артрит,
Системная красная волчанка.
Сывороточная болезнь,
лекарственные реакции (фенитоин),
Болезнь Кастлемена (ангиофолликулярная лимфоидная гиперплазия),
Синусовый гистиоцитоз с массивной лимфаденопатией,
Синдром Кавасаки, болезнь Кимура (встречаются в Азии)

Опухоли иммунокомпетентной системы

Хронические и острые миелоидные и лимфоидные лейкозы,
Неходжкинские лимфомы,
Болезнь Ходжкина,
Ангиоиммунобластоподобная Т-клеточная лимфома,
Макроглобулинемия Вальденстрема,
Миеломная болезнь с амилоидозом,
Злокачественный гистиоцитоз

Другие опухоли (метастатические)

Меланома;
Опухоли головы, шеи;
Рак молочной железы, легкого;
Опухоли желудочно-кишечного тракта;
Саркома Капоши;
Опухоли из зародышевых клеток

Эндокринопатии

Гипертиреоз,
Тиреоидит,
Надпочечниковая недостаточность.

Прочие

Саркоидоз,
Амилоидоз (миелома, наследственный амилоидоз, хронические воспалительные дерматопатический лимфаденит)

1) локальная лимфаденопатия – увеличение одного ЛУ в одной из областей (единичные поднижнечелюстные, шейные, надключичные ЛУ);

2) регионарная лимфаденопатия – увеличение нескольких ЛУ одной или двух смежных областей (надключичные и подмышечные, надключичные и шейные, затылочные и подчелюстные ЛУ и т.д.);

3) генерализованная лимфаденопатия – увеличение ЛУ более трех областей (шейные, надключичные, подмышечные, паховые и др.).

**Локализация лимфатических узлов, зоны дренирования
лимфы и наиболее частые причины увеличения**

<i>Локализация</i>	<i>Зона дренирования</i>	<i>Наиболее распространенные заболевания</i>
Затылочные (на буграх затылочной кости)	Кожа волосистой части головы и задней части шеи	Трихофития и микроспория, педикулез, себорейный дерматит, краснуха, ВИЧ-инфекция, другие локальные инфекции и опухоли
Сосцевидные (в области сосцевидного отростка)	Височная часть скальпа, ушная раковина, среднее ухо	Локальные инфекции, отит, мастоидит, заболевания волосистой части головы, краснуха
Околоушные: лимфатические узлы располагаются как над околоушной слюнной железой, так и непосредственно в ее ткани. В ткани других слюнных желез лимфатических узлов нет	Латеральная часть глаза и век, конъюнктивы, кожа височной области, наружное ухо	Конъюнктивиты, локальные инфекции Окулогландулярный синдром Парино — осложнение бартоinelлеза и туляремии
Подчелюстные	Кожа лица и медиальной части конъюнктивы. Слизистая губ и рта, язык, слюнные железы	Инфекции полости рта, уха, синусов, носоглотки, головы и шеи
Подподбородочные	Нижняя губа, дно рта, слизистая десен в области нижних резцов, язык, кожа щек	Локальные инфекции. Инфекции, вызванные EBV, CMV, токсоплазмами
Переднейшейные (югулярные, впереди от грудино-ключично-сосцевидной мышцы, в верхнем шейном треугольнике)	Кожа лица, ухо, слюнные железы, слизистые оболочки носа, зева и полости рта, язык (кроме верхушки), миндалины	Локальные инфекции, фарингит, краснуха
Заднейшейные лимфатические узлы (позади грудино-ключично-сосцевидной мышцы, в нижнем шейном треугольнике)	Скальп, органы шеи, кожа рук и грудной клетки. Дренирование шейных и подмышечных лимфатических узлов	Локальные инфекции, мононуклеозоподобный синдром, туберкулез, лимфомы, лимфогранулематоз, опухоли головы и шеи

Значение клинических признаков при лимфаденопатии

<i>Признак</i>	<i>Заболевания</i>
Увеличение селезенки	Инфекционный мононуклеоз, лимфатические опухоли, острые и хронические лейкозы, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, хронический гепатит с системными проявлениями, саркоидоз, сепсис
Кожные проявления	Инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусная инфекция, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, саркоидоз, лимфатические опухоли, сывороточная болезнь, риккетсиозы, боррелиоз, туляремия и т. д.; инфекции, ВИЧ-инфекция, сифилис, лейшманиоз
Увеит, Хориоретинит, Конъюнктивит	Саркоидоз, токсоплазмоз, болезнь кошачьей царапины, туляремия, герпесвирусные инфекции, сифилис
Поражение легких и плевры	Саркоидоз, туберкулез, рак легкого, системная красная волчанка, герпесвирусные инфекции, лимфатические опухоли, острые и хронические лейкозы
Суставной синдром	Ревматоидный артрит, системная красная волчанка, саркоидоз, сывороточная болезнь, хронический вирусный гепатит, ВИЧ-инфекция, бруцеллез, иерсиниоз
Лихорадка, резистентная к антибиотикам	Инфекционный мононуклеоз, лимфатические опухоли, ревматоидный артрит системная красная волчанка, сепсис (включая бактериальный эндокардит), ВИЧ-инфекция, туберкулез, лейшманиоз

Лабораторная диагностика

<i>Обязательные исследования</i>	<i>Факультативные исследования</i>
Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы	Серологическая и молекулярная диагностика герпесвирусной инфекции (антитела и ДНК цитомегаловируса, вируса Эпштейна-Барр, вируса простого герпеса 1,2
Общий анализ мочи	Серологическая диагностика токсоплазмоза, бартонеллеза (болезнь кошачьей царапины), бруцеллеза, риккетсиозов, боррелиоза и т. д.; инфекционных заболеваний
Развернутый биохимический анализ крови (общий белок, альбумины, электрофорез глобулинов, билирубин общий и его фракции, активность аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, γ -глутаминтранспептидазы, мочевины, креатинин, холестерин, триглицериды, глюкоза)	Проба Манту, количественный ИФА на противотуберкулезные антитела
Анализ крови на ВИЧ, сифилис, маркеры вирусных гепатитов В и С	Специфическая диагностика системной красной волчанки и ревматоидного артрита; Иммунохимическое исследование белков сыворотки крови и концентрированной мочи

Из дополнительных методов обследования помимо лабораторной диагностики широко применяется УЗИ лимфатических узлов.

При лимфадените определяется увеличение лимфатического узла, напряжение его капсулы, усиление сосудистого рисунка, расширение корковой и околокорковой зон, отек и разволокнение капсулы, расширение синусов, в лимфатическом узле единичные анэхогенные «кистозные» структуры, в дальнейшем может происходить абсцедирование. УЗИ является одним из наиболее информативных методов для дифференциальной диагностики, а также позволяет определить лечебную тактику [8].

Большое диагностическое значение имеет также компьютерная томография.

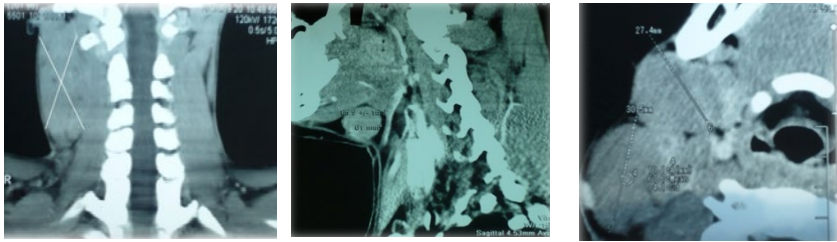


Рис. 26. КТ картина лимфаденопатии шеи при лимфоме Ходжкина

КТ дает четкую картину как первичных, так и генерализованных изменений при лимфопролиферативных процессах, позволяет предположить степень злокачественности и установить стадию заболевания [30].

<p>Консультации специалистов</p>	<p><i>Рекомендуется направить пациента на консультацию к гематологу или в специализированное гематологическое учреждение в следующих случаях:</i></p>	<p><i>Рекомендуется проводить эксцизионную биопсию или повторные биопсии лимфатических узлов в следующих случаях:</i></p>
<p>Рекомендуется консультация обязательных специалистов: инфекционист; отоларинголог; онколог</p>	<p>Любая необъяснимая лимфаденопатия длительностью более 2-х месяцев; Лимфаденопатия с наличием выраженных симптомов интоксикации при отсутствии клинических признаков инфекционного заболевания; Лимфаденопатия с увеличением печени и селезенки; Лимфаденопатия с изменениями показателей периферической крови</p>	<p>При высокой вероятности опухолевого поражения по результатам неинвазивного обследования; При отсутствии диагноза после выполнения всех неинвазивных исследований и сохраняющейся ЛАП; При персистирующей лимфаденопатии; При подозрении на опухолевый генез лимфаденопатии у пациентов с реактивными лимфатическими узлами, прилежащими к опухоли, или реактивными изменениями, предшествующими выявлению лимфатических опухолей</p>
<p>Рекомендуется консультация дополнительных специалистов: гинеколог; дерматовенеролог; пульмонолог</p>		

Лечение лимфаденита

<i>Цели лечения</i>	<i>Тактика лечения</i>
<ul style="list-style-type: none">• Определение и лечение источника воспалительного процесса;• Купирование острого и хронического процесса в лимфатическом узле	<ol style="list-style-type: none">1. Клинико-рентгенологическое обследование;2. Оперативное лечение;3. Медикаментозное лечение;4. Профилактические мероприятия;5. Другие виды лечения (физиолечение, ЛФК, массаж и др.)

<i>Показания для экстренной госпитализации:</i>	<i>Показания для плановой госпитализации:</i>
<ul style="list-style-type: none">• острый серозно-гнойный лимфаденит;• острый лимфаденит с абсцедированием и аденофлегмона;• хронические продуктивные;• хронические абсцедирующие	<ul style="list-style-type: none">• длительный хронический лимфаденит (более одного месяца);• вакцинальные лимфадениты (после БЦЖ);• хронический специфический лимфаденит (начальная стадия)

Хирургическое лечение

Хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях:

- Удаление «причинного» зуба.

Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:

Острый лимфаденит:

- Рассечение и дренирование лимфатических структур;
- Биопсия лимфатической структуры;
- Радикальное иссечение лимфатических узлов.

Медикаментозное лечение

Антибактериальные препараты		
Амоксицилин клавулановая кислота (препарат выбора)	Внутривенно 1,2 г каждые 6-8 ч.	Курс лечения 7-10 дней
Цефтазидим (при выделении <i>P.aeruginosa</i>) или	Внутривенно и внутримышечно 3,0-6,0 г/сут в 2-3 введения (при синегнойной инфекции — 3 раза в сутки)	Курс лечения 7-10 дней
Ципрофлоксацин (при выделении <i>P.aeruginosa</i>)	Внутривенно 0,4-0,6 г каждые 12 ч. Вводят путем медленной инфузии в течение 1 ч.	Курс лечения 7-10 дней
Антибиотикопрофилактика		
Цефазолин порошок для приготовления раствора для инъекций 500 мг и 1000 мг	1 г в/в (детям из расчета 50 мг/кг однократно)	1 раз за 30-60 минут до разреза кожных покровов; при хирургических операциях продолжительностью 2 часа и более – дополнительно 0,5-1 г во время операции и по 0,5-1 г каждые 6-8 часов в течение суток после операции с целью профилактики воспалительных реакций
Цефуроксим + Метронидазол Цефуроксим порошок для приготовления раствора для инъекций 750 мг и 1500 мг Метронидазол раствор для инфузии 0,5% — 100 мл	Цефуроксим 1,5-2,5 г, в/в (детям из расчета 30 мг/кг однократно) + Метронидазол (детям из расчета 20-30 мг/кг однократно) 500 мг в/в	за 1 час до разреза. Если операция длится более 3 часов повторно через 6 и 12 часов аналогичные дозы, с целью профилактики воспалительных реакций
При аллергии на β-лактамы антибиотики		
Ванкомицин порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг и 1000 мг	1 г. в/в однократно	1 раз за 2 часа до разреза кожных покровов. Вводится не более 10 мг/мин; продолжительность инфузии должна быть не менее 60 мин, с целью профилактики воспалительных реакций

Нестероидные противовоспалительные средства		
Кетопрофен раствор для инъекций 100 мг/2мл по 2 мл	суточная доза при в/в составляет 200-300 мг (не должна превышать 300 мг), далее пероральное применение пролонгированные 150 мг 1 раз в день или 100 мг 2 раза в день	Длительность лечения при в/в не должна превышать 48 часов. Длительность общего применения не должна превышать 5-7 дней, с противовоспалительной, жаропонижающей терапией
Ибупрофен суспензия для приема внутри 100 мг / 5 мл 100 мл; или перорально 200 мг; гранулы для приготовления раствора для приема внутри 600 мг	Для взрослых и детей с 12 лет ибупрофен назначают по 200 мг 3-4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта у взрослых доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки	Не более 3-х дней в качестве жаропонижающего средства Не более 5-ти дней в качестве обезболивающего средства с противовоспалительной, жаропонижающей и болеутоляющей целью
Парацетамол 200 мг или 500 мг; суспензия для приема внутри 120 мг / 5 мл; или ректальные 125 мг, 250 мг, 0,1 г	Взрослым и детям старше 12 лет с массой тела более 40 кг: разовая доза — 500 мг — 1,0 г (1-2 таблетки) до 4 раз в сутки. Максимальная разовая доза — 1,0 г. Интервал между приемами не менее 4 часов. Максимальная суточная доза — 4,0 г	Продолжительность лечения при применении в качестве анальгетика и в качестве жаропонижающего средства не более 3-х дней

Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:

- УВЧ-терапия — при острых серозных лимфаденитах,
- лечение «причинных» зубов и болезней носоглотки.

Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне:

- физиолечение (УВЧ-терапия, электрофорез, УЗТ).

Профилактические мероприятия:

- ежедневная обработка гнойной раны растворами антисептиков (хлоргексидин 0,05 %, раствор перекиси водорода 3 %, раствором йод-повидона);

- санация хронических очагов воспаления (одонтогенного, риногенного, дерматогенного, тонзиллогенного) характера;
- ирригация полости рта антисептическими растворами.

ПЕРИКОРОНИТ

Перикоронит — это воспаление мягких тканей, окружающих коронку зуба при его неполном или затрудненном прорезывании, чаще развивается в области нижнего третьего моляра.

В классификации по МКБ-С перикоронит включен в рубрику K05 Гингивит и болезни пародонта.

K05.22 — Острый перикоронит. Острый перикоронит может быть катаральным и гнойным.

K05.32 — Хронический перикоронит.

Катаральная форма острого перикоронита

Жалобы на боль при жевании в области прорезывающегося нижнего третьего моляра. Общее состояние. Удовлетворительное, температура тела нормальная. Отека околочелюстных тканей нет. Открывание рта свободное, в полном объеме. Могут определяться увеличенные и болезненные лимфатические узлы в поднижнечелюстной области. При осмотре полости рта определяется нависающий край десны, который гиперемирован, отечен. Видны только один или несколько бугров зуба. В некоторых случаях вся коронка зуба находится под «капюшоном», из-под которого выделяется серозный экссудат, пальпация десны над «капюшоном» болезненная.

На рентгенограмме боковой проекции нижней челюсти патологические изменения отсутствуют. Можно судить о положении зуба в окружающих тканях.

При лечении острого перикоронита (катаральная форма) достаточна только обработка пространства под «капюшоном» антисептическими растворами из шприца с затупленной иглой и наложение антисептических, болеутоляющих и кровоостанавливающих повязок или приподнимание и ретротранспозиция



Рис. 27. Острый перикоронит в области 4.8. Деструктивных изменений нет. Недостаточно места для прорезывания третьих моляров



Рис. 28. Горизонтальное положение зуба 3.8



Рис. 29. Горизонтальное положение обоих нижних моляров

«капюшона» кзади полоской марли, смоченной йодоформной жидкостью. В случаях, когда места в позадимолярной ямке недостаточно для прорезывания зуба или он смещен в какую-либо сторону, воспаление повторяется, тогда проводят операцию удаления нижнего третьего моляра после купирования острых воспалительных явлений.

Гнойная форма острого перикоронита

Появляется сильная постоянная боль за вторым моляром, усиливающаяся при жевании, иррадирующая в ухо, висок. Появляется боль при глотании. Общее состояние больного ухудшается, температура тела повышается до 37,5—38,0 °С. Открывание рта затрудненное, ограниченное, болезненное (воспалительная контрактура легкой степени до 3-4 см).

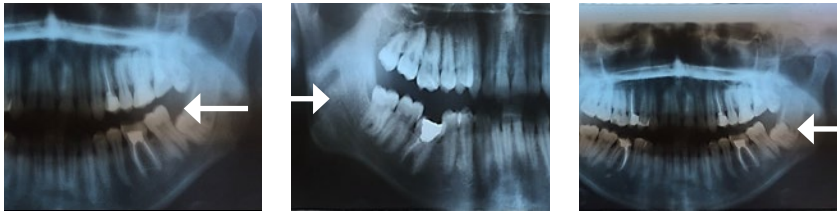


Рис. 30. Зона деструкции костной ткани в ретромолярной области

Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны при пальпации. Слизистая оболочка вокруг нижнего третьего моляра и непосредственно «капюшона» гиперемирована, отечна. Гиперемия и отек слизистой оболочки распространяются на небно-язычные дужки, щеки, мягкое нёбо. Пальпация «капюшона» болезненна, из-под него выделяется гнойный экссудат.

На рентгенограмме может наблюдаться зона деструкции костной ткани с нечетким контуром в области зачатка или корневой нижней третьего моляра.

При гнойном перикороните проводят операцию перикоронаротомии — рассечение «капюшона». Под рассеченный «капюшон» вводят небольшую тонкую полоску марли, пропитанной йодоформной жидкостью, турунду с препаратом, улучшающим трофику и регенерацию тканей.

Показан прием внутрь противовоспалительных и антигистаминных средств.

Хронический перикоронит характеризуется повторными воспалительными изменениями слизистой оболочки вокруг непрорезавшегося нижнего третьего моляра. Жалобы на затрудненное жевание на стороне поражения, болезненность «капюшона» над нижним третьим моляром, неприятный запах изо рта. Общее состояние удовлетворительное. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны при пальпации. Открывание рта затрудненное, ограниченное, болезненное. Десна над «капюшоном» изъязвлена, имеются рубцовые изменения, может выделяться экссудат. Слизистая оболочка вокруг «капюшона» гиперемии-



*Рис. 31. Хронический перикоронит.
Очаг деструкции полулунной
формы в области 4.8. зуба*

рована, отечна, болезненная при пальпации. Очаг разрежения имеет четкую полулунную форму. Деструкция кости от коронки зуба распространяется вдоль корня.

После стихания воспалительных явлений необходимо на основании клинических и рентгенологических данных решить вопрос о сохранении нижнего третьего зуба. Если для зуба в альвеолярной части челюсти достаточно места, то причиной затрудненного прорезывания является плотная слизистая оболочка, покрывающая его коронку. В этих случаях проводят полное иссечение «капюшона». Эту операцию осуществляют под инфльтрационной анестезией. Слизистую оболочку иссекают скальпелем или изогнутыми ножницами, можно использовать конхотом, лазерный скальпель, применить криодеструкцию.

При неправильном положении зуба, недостатке места в альвеолярной части челюсти, деструкции костной ткани у шейки зуба и по ходу корня, рецидивах воспалительного процесса зуб подлежит удалению [17].

АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ЛИЦА

Среди острых одонтогенных воспалительных заболеваний большую группу составляют гнойные процессы в околочелюстных мягких тканях: ограниченное гнойное воспаление клетчатки с образованием полости — абсцесс, разлитое гнойное воспаление подкожной жировой, межмышечной и межфасциальной клетчатки — флегмона.

По МКБ-10: класс XII – болезни кожи и подкожной клетчатки.

L02.0 – абсцесс лица;

L03.2 – флегмона лица;

По нашим данным, одонтогенные абсцессы и флегмоны преобладают в структуре воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (рис. 32) и тенденции к снижению этих заболеваний, к сожалению, не отмечается (рис. 33) [6].

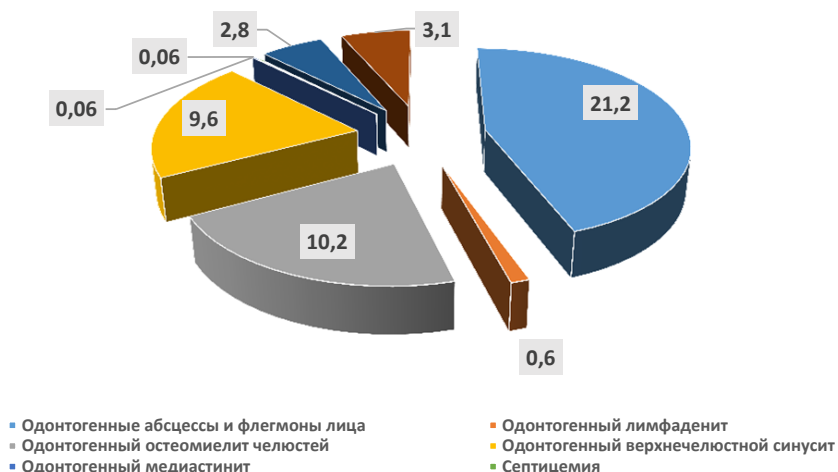


Рис. 32. Структура воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области

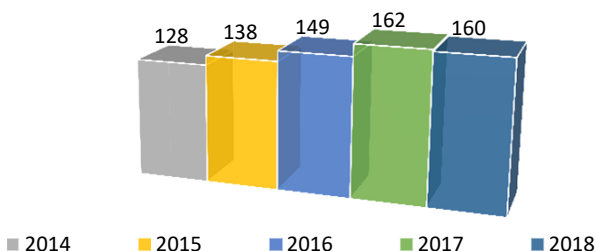


Рис. 33. Динамика количества больных, госпитализированных по поводу одонтогенных флегмон за последние 5 лет воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области

Этиология. При абсцессах и флегмонах возбудителем инфекции является резидентная смешанная микрофлора одонтогенных очагов. Установлена значительная роль анаэробной инфекции, облигатных и факультативных анаэробов, а также аэробов (различные виды стафилококков или стрептококков в симбиозе с другими видами кокков, кишечной и другими палочками). Существует прямая зависимость увеличения числа микробов, усиления их свойств и соответственно повышения концентрации антигенного воздействия и тяжести, распространенности инфекционно-воспалительного процесса. Отмечено также ассоциативное участие аэробных и анаэробных бактерий. По нашим данным, в 60% случаев выявляется рост одного микроорганизма. Наиболее часто в монокультуре определялись *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus agalactiae* в практически равном соотношении по частоте. В 17% выделена ассоциация 2 микроорганизмов (*Streptococcus anginosus* + *Streptococcus pneumoniae*), и в 28% – 3 микроорганизмов (*Staphylococcus aureus* + *Streptococcus agalactiae* + *Actinomyces odontolyticus*), и *Staphylococcus aureus* + *Streptococcus pyogenes* + *Streptococcus pneumoniae*. (рис. 34) [26].

В 80—95% случаев инфекция имеет одонтогенную природу. Абсцессы и флегмоны возникают в результате распространения инфекции из апикальных очагов при обострении хронического периодонтита, реже — при остром периодонтите, а также при

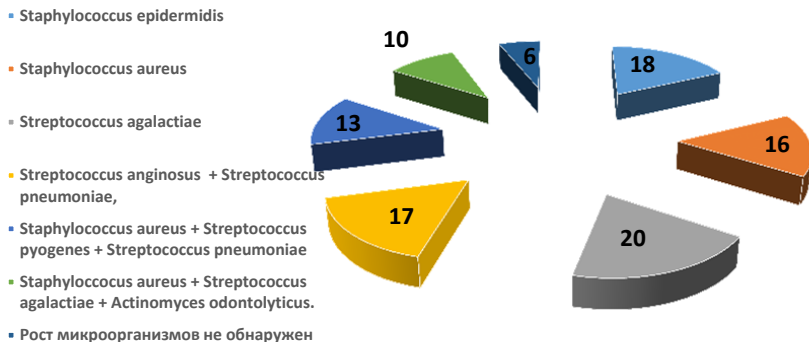


Рис. 34. Микробный состав раневого отделяемого при одонтогенных флегмонах лица и шеи

затрудненном прорезывании нижнего зуба мудрости, нагноившейся радикулярной кисте, инфицировании лунки удаленного зуба (альвеолит), обострении болезней пародонта. Абсцессы и флегмоны головы и шеи могут сопутствовать острому и хроническому одонтогенному остеомиелиту, развиваться как осложнение острого периостита челюсти. Другими источниками инфекции могут быть слизистая оболочка полости рта, носа и верхнечелюстной пазухи, кожа лица и шеи, редко — конъюнктура глаза.

Клиническая картина. В последние годы изменилась клиническая картина абсцессов и флегмон. Почти в половине случаев абсцессы протекают по гипоэргическому типу, часто принимая характер подострого и хронического воспаления. Флегмоны же, наоборот могут протекать агрессивно, имеют тенденцию к быстрому распространению по клетчаточным пространствам, принимают характер гнилостно-некротического воспаления, нередко с тяжелыми осложнениями.

Причины нетипичного течения воспалительных процессов:

- анатомические: (богатое кровоснабжение, большое количество клетчаточных пространств, тесная связь друг с другом и зубами, близость жизненно важных органов и систем);
- течение заболевания на фоне соматической патологии, иммунодефицитных состояний;
- изменение состава микрофлоры одонтогенных очагов, основных источников гнойно-воспалительных процессов лица и шеи.

В связи с этим, диагностика абсцессов и флегмон лица может иметь некоторые сложности. Можно условно выделить несколько этапов диагностики гнойно-воспалительного процесса.

1 ЭТАП ДИАГНОСТИКИ – ОПРЕДЕЛЕНИЕ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Клинические проявления во многом зависят от локализации и распространенности процесса. Тем не менее можно выделить наиболее характерные симптомы.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



*Рис. 35. Абсцесс
подподбородочной
области*

- умеренная боль в пораженном участке (пульсирующего характера);
- нарушение функций (открывания рта, глотания – очень редко);
- нарушения общего состояния незначительные;
- ограниченный инфильтрат кожи или слизистой оболочки – ткани над ним резко гиперемированы, напряжены, болезненны при пальпации, в центре определяется «+» симптом флюктуации, умеренно выраженный коллатеральный отек окружающих тканей.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ФЛЕГМОНЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



*Рис. 36. Флегмона
поднижнечелюстной
области*

- интенсивная боль в пораженном участке (разлитая);
- нарушение функций (открывания рта, глотания, дыхания);
- нарушения общего состояния: слабость, повышение температуры тела, озноб и др.;
- изменения лабораторных показателей;
- воспалительный инфильтрат разлитой, кожа над ним гиперемирована, может

- иметь синюшный оттенок, повышена местная температура, кожа напряжена, в складку не собирается;
- выраженный коллатеральный отек распространяется на соседние области лица и шеи.

Значительно могут различаться клинические симптомы абсцессов и флегмон поверхностной и глубокой локализации. При локализации процесса в поверхностных клетчаточных пространствах, а особенно в подкожно-жировой клетчатке, отчетливо определяются такие признаки, как яркая гиперемия кожи, повышенная местная температура, выраженный отек, флюктуация.

При глубокой же локализации процесса (крыловидно-нижнечелюстное, окологлоточное, подъязычное пространства) на первый план выходят признаки нарушения функций: открывания рта, глотания, дыхания.

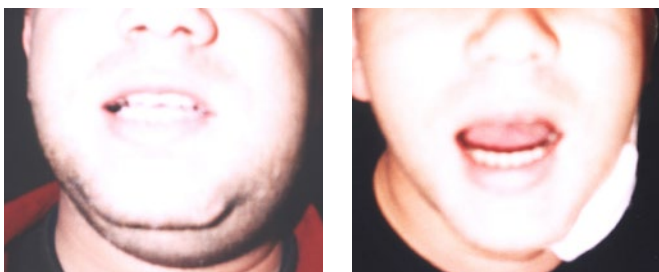


Рис. 37. Ограничение открывания рта у пациента с флегмоной крыловидно-нижнечелюстного пространства до и после операции

Клинические симптомы, характер течения заболевания и прогноз помимо локализации и распространенности определяются и типом воспаления мягких тканей лица.

2 ЭТАП ДИАГНОСТИКИ – ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПА ВОСПАЛЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ



Рис. 38. Гнойное (банальное) воспаление.

Местные проявления

Гнойное (банальное) воспаление.

Местные симптомы. Выраженный плотный болезненный инфильтрат, умеренно выраженный коллатеральный отек, яркая гиперемия кожи, флюктуация. Эндогенная интоксикация, I степени или отсутствует.

Интраоперационная картина. Ограниченный гнойный очаг в виде полости с выраженной демаркационной линией. Экссудат желтого цвета, консистенция и окраска тканей не изменены.

Гнойно-некротическое воспаление. Местные симптомы: плотный болезненный инфильтрат, ярко выраженный коллатеральный отек, гиперемия кожи. Эндогенная интоксикация I степени. Интраоперационная картина: очаг многополостной, демаркационная линия выражена слабо, в ране отдельные очаги некроза, экссудат жидкий однородный желтого цвета, серозно-гнойного характера, без запаха

Гнилостно-некротическое воспаление. Местные симптомы выражены слабо, разлитая пастозность тканей, ярко выраженный



*Рис. 39. Гнойно-некротическое воспаление.
Интраоперационная картина*

коллатеральный отек, исчезновение боли в пораженных областях, раннее нарушение функций. Эндогенная интоксикация II-III степени. Интраоперационная картина: обилие некротических тканей, экссудат жидкий, грязно-серый или коричневый, резко выраженный запах, капли жира. Демаркационная линия не выражена, экссудат диффузно пропитывает окружающие ткани.

Гангренозное воспаление. Местные симптомы: разлитой инфильтрат мягкой консистенции не ограничен анатомическими границами областей, коллатеральный отек, бледность кожи над инфильтратом. Эндогенная интоксикация III ст. вплоть до нарушений функций ЦНС. В ране тотальный сухой или влажный некроз клетчатки мышц фасций паренхиматозных органов кожи. Экссудат скудный геморрагический. Характерный сладковатый запах.



*Рис. 40. Гнилостно-некротическое воспаление. Внешний вид пациента
и интраоперационная картина*

3 ЭТАП ДИАГНОСТИКИ–ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА (ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА)

Определение локализации и распространенности острых гнойно-воспалительных процессов может представлять определенные трудности, особенно это касается флегмон глубокой локализации, быстро прогрессирующих процессов. Современные высокоэффективные методы диагностики позволяют на ранней стадии формирования флегмоны уточнить диагноз и определить показания к хирургическому вмешательству [4].

Приводим несколько клинических примеров.

Пациент 3., 26 лет. Поступил 28.10.2017 г. в состоянии средней тяжести, обусловленном выраженной интоксикацией и болевым синдромом. Жалобы на ограничение открывания рта, боль в правой половине лица и головы, общую слабость. Болен 3 дня. Связывает начало заболевания с переохлаждением. При осмотре: незначительный отек мягких тканей околоушной области, ограничение открывания рта до 1,5 см. В неотложном порядке проведена КТ (рис. 41).

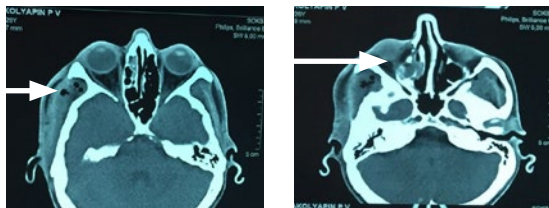


Рис. 41. КТ пациента 3.

В данном случае КТ позволила не только уточнить локализацию гнойно-воспалительного процесса (в том числе и в глубоких пространствах лица), но и определить причину заболевания (правосторонний экссудативный полисинусит).

Пациент Р., 36 лет. Поступил с жалобами на боль в горле, ограничение открывания рта, симптомы общей интоксикации. За два дня до описанных симптомов болел зуб на нижней челюсти, за медицинской помощью не обращался. Внешних изменений нет. Осмотр полости рта затруднен из-за ограничения открывания рта до 0,5 см. При поступлении проведена КТ.

Исследование четко определило локализацию процесса, что позволило уменьшить травматичность вмешательства (отказаться от ревизии окологлоточного пространства), и одновременно определить одонтогенный источник заболевания (рис. 42).

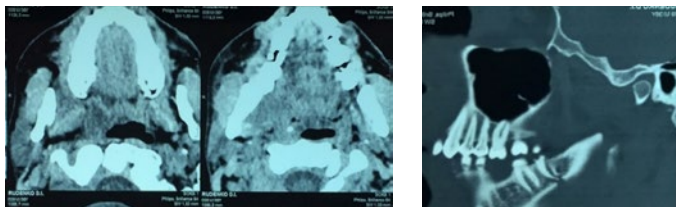


Рис. 42. КТ пациента Р.

Кнутри от ветви нижней челюсти справа определяется инфильтрат 40x20 мм, контур инфильтрата нечеткий неровный, структура неоднородная за счет воздуха и жидкости. Глотка и гортань имеют нормальные границы и толщину стенок. Определяется разрушение коронковой части 4.8. зуба, зона деструкции костной ткани в области верхушек его корней без четких контуров

Пациентка Г., 25 лет. Поступила с жалобами на боль в поднижнечелюстной области слева, ограничение открывания рта. Больна 6 дней, связывает с болью в зубе на нижней челюсти слева, по месту жительства зуб удален, после чего появился выраженный отек, боль, невозможность открыть рот, повышение температуры до 38,2 °С. По месту жительства проведена панорамная томография челюстей (рис. 43).



Рис. 43. КТ пациентки Г.

Объективно: выраженный отек в области нижней челюсти слева, при глубокой пальпации

На панорамной томограмме определяется лунка удаленного 3.6. зуба, костно-деструктивных изменений не выявлено

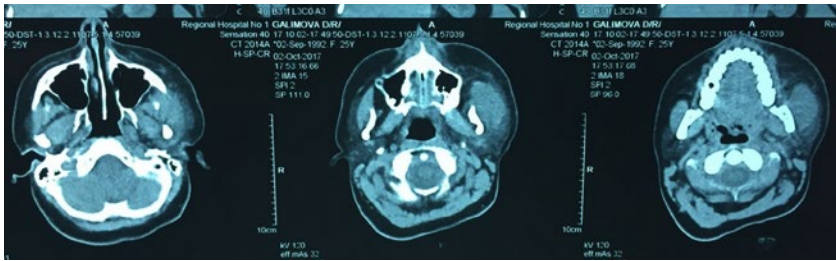


Рис. 44. КТ пациентки Г.

определяется плотный болезненный инфильтрат, кожа над ним не гиперемирована, горячая. Ограничение открывания рта до 0,5 см.

По данным КТ поставлен диагноз: флегмона поджевательного пространства и подвисочной ямки, а также признаки лимфаденита, не определяемые клинически из-за выраженного отека тканей поднижнечелюстной области (рис. 44).

Отек и инфильтрация жевательной мышцы, по краю следы жидкости, в подвисочной ямке инфильтрация мягких тканей.

Пациент Б., 42 года. Поступил 8.11.2017 г., переведен из отделения гнойной хирургии ЦРБ по месту жительства. Находился в стационаре 3 дня, оперирован по поводу абсцедирующего лимфаденита боковой поверхности шеи справа, переведен в связи с резким ухудшением состояния. При поступлении проведена КТ (рис. 45).

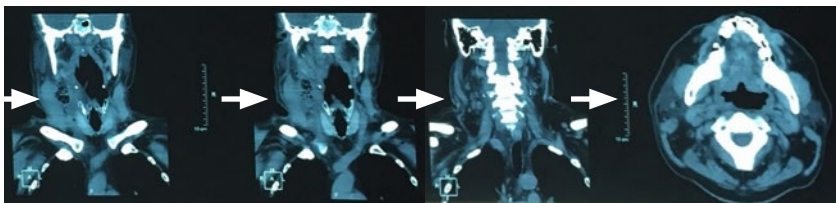


Рис. 45. КТ пациента Б.

Мягкие ткани шеи справа утолщены, отечны, инфильтрованы, практически на всем протяжении определяется инфильтрация нижних отделов правой грудиноключично-сосцевидной мышцы, неоднородная за счет пузырьков воздуха ниже линии хирургического разреза. Определяется незначительная инфильтрация клетчатки передне-верхнего средостения, прилежащей к внутренней рукоятке грудины.

По данным КТ уточнен гнилостно-некротический характер воспалительного процесса, определены ранние признаки распространения его в средостение.

При проведении КТ средостения и органов грудной клетки была диагностирована левосторонняя полисегментарная пневмония (рис. 46). Исследование позволило своевременно провести ревизию средостения, предупредив развитие медиастинита, и скорректировать медикаментозное лечение основного заболевания и сопутствующей патологии.

1. Проведенный нами анализ показал, что использование КТ в комплексе диагностики флегмон лица и шеи позволяет:

- уточнить локализацию и распространенность гнойно-воспалительного процесса;
- определить причину (источник, входные ворота) инфицирования;
- определить тип воспалительного процесса в мягких тканях (по таким признакам как количество жидкости, пузырьки газа);
- диагностировать осложнения (медиастинит) на самых ранних стадиях развития.

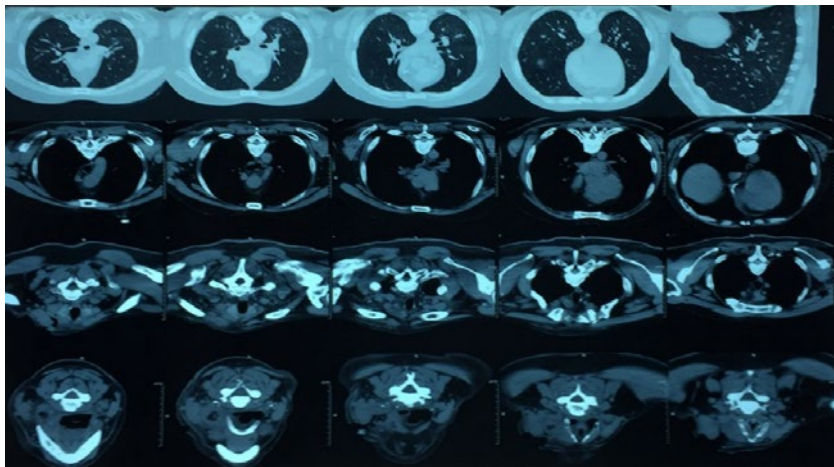


Рис. 46. Пациент Б. КТ грудной клетки.
Признаки левосторонней полисегментарной пневмонии

2. В результате КТ диагностики возможно:
- уменьшить количество повторных оперативных вмешательств – снизить травматичность лечения для пациента;
 - сократить продолжительность стационарного лечения – уменьшить временные и материальные затраты на лечение;
 - снизить риск развития осложнений одонтогенной инфекции [27].

4 ЭТАП ДИАГНОСТИКИ – ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

На данном этапе оценивается общее состояние пациента, степень эндогенной интоксикации (температура тела, изменение со стороны органов и систем, лабораторная диагностика).

Цели и задачи лабораторной диагностики:

- Объективная оценка тяжести состояния больного.
- Обоснование выбора терапии.
- Прогнозирование течения воспалительного процесса.
- Оценка динамики течения процесса и эффективности терапии.
- Диагностика и коррекция сопутствующей патологии.

К обязательным лабораторным исследованиям относят:	По показаниям проводится
Общий (клинический) анализ крови развернутый Анализ крови биохимический общетерапевтический Анализ мочи общий Бактериологическое исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы Определение основных групп крови (A, B, 0) Определение резус-принадлежности Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови Проведение реакции Вассермана (RW)	Коагулограмма Определение антител к ВИЧ Исследование уровня фибриногена в крови Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови Исследование уровня общего белка и белковых фракций в крови Исследование уровня электролитов в крови Исследование уровня липидов в крови Бактериологическое исследование крови на стерильность

Инструментальные исследования

Электрокардиограмма
Флюорография грудной клетки
Рентгенография черепа в прямой и боковой проекции
Рентгенография шеи
Рентгенография нижней челюсти в прямой и боковой проекции
КТ
МРТ
УЗИ мягких тканей

Лечение абсцессов и флегмон лица



1. Хирургическое лечение. Удаление «причинного» зуба при развитии абсцессов и флегмон является обязательным, неотложным мероприятием, однако в ряде случаев (тяжелое общее состояние пациента, ограничение открывания рта) данное вмешательство откладывают на 1-2 суток.

Вскрытие и дренирование гнойного очага при абсцессах и флегмонах лица и шеи должно проводиться в неотложном порядке. Выбор метода обезболивания зависит от возраста, сопутствующей патологии пациента, а также тяжести его состояния и объема и травматичности планируемого вмешательства, и, как правило, согласуется с анестезиологом и другими смежными специалистами.

Операция должна включать хирургическую обработку раны и тщательную ревизию рядом расположенных клетчаточных пространств.

Оперативный доступ и техника вскрытия гнойного очага зависят от его локализации и распространенности процесса. Путь к гнойному очагу должен быть наиболее коротким, при рассечении тканей необходимо учитывать опасность повреждения сосудов и нервных стволов, должны быть обеспечены лучшие условия для оттока экссудата, послеоперационный рубец на коже лица и шеи должен быть мало заметен (рис. 47 – 51).



Рис. 47. Планирование разреза при флегмоне поднижнечелюстной области



Рис. 48. Разрез при флегмоне поднижнечелюстной области



Рис. 49. Вскрытие абсцесса подподбородочной области



Рис. 50. Тройной разрез при флегмоне дна полости рта



Рис. 51. Вскрытие и дренирование распространенной флегмоны лица и шеи

2. Местное лечение гнойной раны проводится с учетом течения фаз раневого процесса.

1 фаза - воспаление, подразделяется на 2 периода

- период сосудистых изменений
- период очищения раны от некротических тканей

Цель лечения - борьба с инфекцией, препараты должны оказывать антимикробное, дегидратирующее, некротическое действие

- показано активное дренирование и орошение раны: применяют растворы антисептиков, протеолитические ферменты, водорастворимые мази, осмотически активные вещества, дренирующие сорбенты, многокомпонентные раневые покрытия на сетчатой основе

Антисептики:



- * хлоргексидина биглюконат 0,02-0,05 водный раствор
- * мирамистин 0,01 %
- * диоксидин 0,1-1 % растворы
- * при гнилостно-некротическом процессе - раствор калия перманганата, борной кислоты 2-4 % раствор, 3 % раствор перекиси водорода, озонированные растворы

Протеолитические ферменты:



- * животного происхождения - трипсин, плазмин, химотрипсин, химопсин, рибонуклеаза
- * микробного происхождения - стрептокиназа, коллагеназа, гиалуронидаза
- * растительного происхождения - бромелайн, папаин, дебрицил, террилитин
- * Мазь для энзиматического очищения ран ИРУКСОЛ (содержит коллагеназу)

Дренирующие сорбенты:



- * полисорб, гелевин, дебризон, целлюлоза, целлосорб
- * углеродно-сорбционные тканевые повязки,
- * 0,1% раствор новомаина
- * гидрогель Эксалет

Мази на гидрофильной основе



- левомиколь, левосин
- диоксиколь
- мазь мафенида 10%



Рис. 52. Стадия воспаления, период очищения раны от некротических изменений

2 фаза - регенерации

- образование и созревание грануляционной ткани

Цель лечения - стимулировать процессы регенерации

- повязка должна надежно защищать рану от механических повреждений и вторичной инфекции, не склеиваться с раной, поддерживать необходимую аэрацию, стимулировать репаративные процессы.



Повязки с жирорастворимыми антибактериальными мазями, стимулирующими веществами

- поливинокс (винилин), вильнозан, метилурациловая мазь, актавегиновая мазь, солкосериловая мазь, масло шиповника.
- Аэрозоли: Олазол, пантеноль
- Гидроколлоиды и гидрогели - альгипор, альгимаф, комбутек



Атравматичные раневые покрытия

- гиаплюс
- воскопран
- эксалет



Рис. 52. Фаза регенерации раны

3 фаза - регенерации рубца и эпителизации

- не рекомендуются антисептические препараты, кроме обработки кожи вокруг раны

Цель лечения - ускорение роста эпителия, защита раны от механических повреждений

- показано применение кератопластических мазей, повязок, физиолечение



Рис. 53. Фаза регенерации рубца и эпителизации

3. Антибактериальная терапия при абсцессах и флегмонах лица назначается сразу при постановке диагноза и проведения неотложного лечения. Начинают с эмпирической антибактериальной терапии, по мере определения возбудителей и чувствительности их к препаратам терапия должна становиться специфической.

Ниже приводим несколько схем эмпирической антибактериальной терапии при абсцессах и флегмонах лица и шеи.

Эмпирическая антибактериальная терапия при одонтогенных абсцессах челюстно-лицевой области

<i>Препараты выбора</i>	<i>Альтернативные препараты</i>
Ампициллин 0,5 г 4 раза внутрь + метронидазол 200-250 мг 3 раза в сутки	Клиндамицин по 150 мг 4 раза в сутки
Эритромицин 500 мг 4 раза/сут. Внутрь + метронидазол 500 мг 3 раза /сут	Линкомицин по 1 г 2 раза /сут
Кларитромицин по 500 мг 2 раза в сут	
Рокситромицин 150 мг 2 раза /сут	

Эмпирическая антибактериальная химиотерапия при одонтогенных флегмонах (1-2 клетчаточных пространства)

<i>Препараты выбора</i>	<i>Формы пероральные для ступенчатой терапии</i>	<i>Альтернативные препараты</i>	<i>Формы пероральные для ступенчатой терапии</i>
Линкомицин 0,5-0,6 г 2 раза в сутки в/м	Линкомицин по 1 г 2 раза в сутки	Клиндамицин 300 мг 2 раза в/м	Клиндамицин по 150 мг 4 раза
<i>Эритромицин</i> 500 мг 4 раза в сут в/м в сочетании с <i>метронидазолом</i> 200-250 мг — 3 раза в сут., внутрь 2-3 дня	<i>Эритромицин</i> 500 мг 4 раза в сут в/м в сочетании с <i>метронидазолом</i> 200-250 мг — 3 раза в сут, внутрь 2-3 дня	Кларитромицин 500 мг в/в 1 раз в сутки 2-3 дня	Кларитромицин 250 мг 2 раза в сутки
<i>Оксациллин</i> 1 г 4 раза в сут, в/м 2-3 дня в комбинации с <i>метронидазолом</i> 200-250 мг — 3 раза в сут (внутри)	<i>Оксациллин</i> 1 г 4 раза в сут, в комбинации с <i>метронидазолом</i> 200-250 мг — 3 раза в сут. (внутри)		

Эмпирическая антибактериальная химиотерапия при одонтогенных флегмонах (распространенные флегмоны)

<i>Препараты выбора</i>	<i>Формы пероральные для ступенчатой терапии</i>	<i>Альтернативные препараты</i>	<i>Формы пероральные для ступенчатой терапии</i>
Цефуросксим 750 – 1500 мг 3 раза в сутки в/в/ или в/м 3-5 дней	Цефуросксим 500 мг 2 раза в сутки	Доксициклин 0,1 г 2 раза в 1 день, далее по 0,1 г 1 раз в день	
Амоксиклав 1 г 3 раза в сут. в/в 3-5 дней	Амоксиклав 500 мг 3 раза	Цефуросксим 750 – 1500 мг 3 раза в сутки в/в/ или в/м	Цефуросксим 500 мг 2 раза в сутки
		Ципрофлоксацин 0,2 г 2 раза в/в в комбинации с <i>метронидазолом</i> 500 мг — 3 раза в сут.	Ципрофлоксацин 750 мг 2 раза

Антибиотикотерапия тяжелых инфекций в области лица и шеи

<i>Препарат</i>	<i>Дозировка у взрослых</i>	<i>Дозировка у детей</i>
Амоксициллин/клавуланат (Ликлав) (в/в)	1,2 г каждые 8 ч	40-60 мг/кг/сутки в 3 введения
Ампициллин/сульбактам (в/в, в/м)	1,5 – 3 г каждые 8 ч	100-300 мг/кг/сутки в 3-4 введения
Цефокситин (Анаэроцеф) (в/в, в/м)	2 г каждые 4-6 ч	40 мг/кг каждые 6 ч
Цефоперазон/сульбактам (Сультерацеф) (в/в, в/м)	2 г каждые 12 ч	20-40 мг/кг каждые 8-12 ч
Клиндамицин (в/в)	300-600 мг каждые 8 ч	10 мг каждые 6 ч
Метронидазол (в/в, per os) + пенициллин или ампициллин или эритромицин	В/в – 0,5 г каждые 6-8 ч Per os – 0,25 – 0,5 г каждые 8 часов 1-2 млн. ед. каждые 4-6 ч 500 мг каждые 8 ч 250-500 мг каждые 6 ч	В/в и per os – 7.5 мг/кг каждые 6 ч 50.000 ед/кг каждые 6 ч 15 мг/кг каждые 8 ч 20-40 мг/кг/сут каждые 6 ч
Тикарциллин/клавуланат (в/в)	3,1 г каждые 4-6 ч	60 мг/кг каждые 6 ч
Пиперациллин/тазобактам (в/в)	2,24 – 4,5 г каждые 6 ч	Детям старше 12 лет во взрослой дозировке
Имипенем (в/в)	0.5 – 1,0 г каждые 6 ч	15-25 мг/кг каждые 6 ч
Меропенем (в/в)	0.5 – 1,0 г каждые 8 ч	Старше 3 мес. – 20 мг/кг каждые 8 ч

4. Дезинтоксикационная терапия. Активная дезинтоксикация организма чаще всего осуществляется в виде инфузионной терапии, основными задачами которой являются:

- устранение гиповолемии,
- улучшение микроциркуляции,
- восстановление адекватной тканевой перфузии,
- нормализация клеточного метаболизма,
- коррекция расстройств гемостаза,
- реологических свойств крови,
- снижение концентрации воспалительных медиаторов и эндотоксинов в крови.

Применяют коллоидные и кристаллоидные инфузионные растворы, причем последних должно быть в 2-4 раза больше.

Препараты для дезинтоксикационной терапии



5. **Симптоматическая терапия** представлена применением группы нестероидных противовоспалительных средств, которые обеспечивают жаропонижающий, обезболивающий эффекты, также применяются десенсибилизирующие препараты, средства для коррекции сопутствующей патологии. Широко используется физиотерапия [23].

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ИЗУЧЕННОГО МАТЕРИАЛА

**ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ОРГАНИЗМА
ПО ГИПЕРЕРГИЧЕСКОМУ ТИПУ ОТМЕЧАЕТСЯ:**

- в пожилом возрасте
- в молодом возрасте
- + у сенсibilизированных людей
- + у аллерголизированных людей

**ПРИ ГИПЕРЕРГИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ
ОРГАНИЗМА СОЭ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ:**

- 10–40 мм/ч
- 11–15 мм/ч
- + 30–40 мм/ч
- + 40–60 мм/ч

**РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЙ ОБЩИЙ ТИП
ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА:**

- + нормергический
- + гипергический
- + гиперергический
- астенический
- депрессивный

**ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ГНОЙНЫХ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:**

- +авитаминоз
- заболевания сердечно-сосудистой системы
- +сахарный диабет
- травма

**ПРИЧИНЫ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ:**

- + аэробные, факультативные и анаэробные бактерии
- только аэробные бактерии
- только факультативные бактерии
- только аэробные и факультативные бактерии
- только анаэробные бактерии

АНАЭРОБНЫЕ БАКТЕРИИ В МИКРОБНОМ ПЕЙЗАЖЕ ГНОЙНОЙ РАНЫ СОСТАВЛЯЮТ:

- до 15 %
- + до 82 %
- до 92 %

ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ПОДРАЗУМЕВАЕТ:

- определение возбудителя и чувствительности к антибиотик
- выявление «причинного» зуба
- + определение локализации и распространенности воспалительного очага

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЛИЦА

- определение наличия флюктуации
- + бактериологическое исследование отделяемого из раны
- пальпация воспалительного инфильтрата

КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ИНФИЛЬТРАТА СЛУЖАТ:

- мягкий инфильтрат
- + плотный инфильтрат
- + болезненный инфильтрат
- + гиперемия кожи
- + флюктуация

ГРАНИЦЫ ПОДПОДБОРОДОЧНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА:

- + челюстно-подъязычная мышца
- собственная фасция шеи
- + двубрюшная мышца
- подбородочно-подъязычная мышца
- + тело подъязычной кости

ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТИ:

- + нижняя граница скуловой области
- нижний край глазницы
- крыло носа
- скуловая дуга

ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ДНА ПОЛОСТИ РТА:

- + слизистая оболочка дна полости рта
- челюстно-подъязычная мышца
- кожа поднижнечелюстной и подподбородочной областей
- корень языка и мышцы шиловидного отростка
- внутренняя поверхность тела нижней челюсти

В ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ РАСПОЛОЖЕНО КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ:

- одно
- два
- три
- + четыре

ГРАНИЦЫ ГЛАЗНИЦЫ:

- + костные стенки, замыкающие полость глазницы с ее содержимым
- надбровная дуга и нижний край глазницы
- наружная стенка носа и медиальный край височной мышцы
- верхнее и нижнее веки

ВНУТРЕННЯЯ ГРАНИЦА ОКОЛОГЛОТОЧНОГО КЛЕТЧАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА:

- подподъязычные мышцы
- внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
- глоточно-предпозвоночный апоневроз
- + мягкое нёбо, мышечная оболочка глотки, верхний констриктор глотки
- жевательная мышца и ее сухожилие

В ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ НАХОДЯТСЯ:

- + поднижнечелюстная слюнная железа
- + лимфатические узлы
- язычный нерв
- подъязычный нерв
- + лицевая артерия

ГРАНИЦЫ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ:

- подбородочно-подъязычная мышца
- переднее брюшко двубрюшной мышцы
- + челюстно-подъязычная мышца
- + слизистая оболочка подъязычной области
- подбородочно-язычная мышца

ГРАНИЦЫ ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА:

- + слизистая оболочка подъязычной области
- челюстно-подъязычная мышца
- подбородочно-язычная мышца
- + боковая поверхность языка
- + внутренняя поверхность тела нижней челюсти

ПЕРЕДНЯЯ ГРАНИЦА КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА:

- медиальная крыловидная мышца
- слизистая оболочка щеки
- + щёчно-глоточный шов
- жевательная поверхность нижнего зуба мудрости

ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ГРАНИЦЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА:

- + слизистая оболочка дна полости рта
- + челюстно-подъязычная мышца
- + кожа поднижнечелюстных и подподбородочной области
- + внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- ветвь нижней челюсти, медиальная крыловидная мышца

ПЕРЕДНЕНАРУЖНАЯ ГРАНИЦА ДНА ПОЛОСТИ РТА:

- слизистая оболочка дна полости рта
- челюстно-подъязычная мышца
- кожа поднижнечелюстных и подподбородочного треугольников
- корень языка и мышцы шиловидного отростка
- + внутренняя поверхность тела нижней челюсти

ГРАНИЦЫ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ:

- + ветвь нижней челюсти, медиальная крыловидная мышца
- шиловидный отросток
- + наружная пластинка крыловидного отростка
- + подвисочная поверхность бугра верхней челюсти
- + большое крыло крыловидной кости и подвисочный гребешок

МЕСТНЫЕ ЖАЛОБЫ В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- + боль в челюсти
- боль в нескольких зубах
- боль в зубах-антагонистах
- + болезненная припухлость лица
- + онемение кожи нижней губы и подбородка

В ПОДОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА НА МЕСТЕ ВСКРЫТИЯ ГНОЙНЫХ ОЧАГОВ ФОРМИРУЕТСЯ:

- подкожная гранулема
- инфильтрат
- свищевой тяж
- + свищевой ход
- поднадкостничная гранулема

ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРОЕЦИРУЕТСЯ:

1. очаги деструкции в кости с множеством мелких секвестров
- + эндостальная и периостальная перестройка кости, склероз
 - один или несколько очагов резорбции с тенью секвестра
 - сливающиеся между собой очаги деструкции кости

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

- удаление причинного зуба
- удаление причинного и соседних зубов
- + секвестрэктомия
- хирургическая обработка гнойных очагов
- остеоперфорация

СИМПТОМ ВЕНСАНА ВОЗНИКАЕТ ПРИ:

- остром периодонтите
- хроническом периодонтите
- остром периостите
- + остром остеомиелите
- + хроническом остеомиелите

СТАДИЯ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА, В КОТОРОЙ ПРОИСХОДЯТ ГНОЙНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ И ГНОЙНОЕ РАСПЛАВЛЕНИЕ ТКАНИ КОСТНОГО МОЗГА:

- + острая
- подострая
- хроническая с преобладанием деструктивных процессов
- хроническая с преобладанием продуктивных процессов
- + хроническая с преобладанием гиперпластических процессов

ПОДВИЖНЫЕ ЗУБЫ, СОСЕДНИЕ С ПРИЧИННЫМ ЗУБОМ:

- удаляют
- сохраняют
- укрепляют шиной
- депульпируют

В ПОДОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ УЧАСТКИ:

- резорбции костной ткани с четкими границами
- + резорбции костной ткани с нечеткими границами
- уплотнения костной ткани с четкими границами
- уплотнения костной ткани с нечеткими границами

ПРИЧИНЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ:

- резорбция стенок альвеолы
- разрушения круговой связки зуба
- + расположение зубов в зоне секвестрации
- гибель пульпы зуба

ХАРАКТЕР ПЕРКУССИИ ЗУБОВ В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ:

- причинного зуба болезненная
- причинного зуба безболезненная
- причинного и соседних зубов безболезненная
- причинного и соседних зубов болезненная
- + причинного зуба безболезненная, соседних зубов болезненная

В ПОДОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА РАЗРАСТАНИЕ ГРАНУЛЯЦИОННОЙ ТКАНИ ПРОИСХОДИТ:

- в периодонте
- под надкостницей
- в альвеоле
- + вокруг некротизированных участков кости
- в кости

МНОЖЕСТВО МЕЛКИХ ОЧАГОВ РЕЗОРБЦИИ ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ ФОРМЕ ОСТЕОМИЕЛИТА:

- секвестирующей
- гранулирующей
- + рерафицирующей
- гиперпластической

СЕКВЕСТРЭКТОМИЮ ВНЕРОТОВЫМ ДОСТУПОМ ПРОВОДЯТ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ:

- + ветви нижней челюсти
- альвеолярного отростка верхней челюсти
- альвеолярной части нижней челюсти
- + тела нижней челюсти

БОЛЬ ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ В ОТЛИЧИЕ ОТ ПЕРИОДОНТИТА:

- локализуется в причинном зубе
- + локализуется в челюсти
- локализуется в мягких тканях
- не имеет четкой локализации

ЗАТРУДНЕННОЕ ОТКРЫВАНИЕ РТА И БОЛЬ ПРИ ГЛОТАНИИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ:

- резцов и клыка верхней челюсти
- резцов и клыка нижней челюсти
- премоляров верхней челюсти
- премоляров нижней челюсти
- + моляров нижней челюсти

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СТАДИЙ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ:

- + острая
- + подострая
- + хроническая;
- + первично – хроническая
- + хроническая обострившаяся

ПОДОСТРАЯ СТАДИЯ ОСТЕОМИЕЛИТА – ЭТО ИСХОД:

- + острой стадии остеомиелита
- хронической стадии остеомиелита
- острой стадии периостита
- острой стадии периодонтита

ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА КОНФИГУРАЦИЯ ЛИЦА ИЗМЕНЕНА ИЗ-ЗА:

- воспалительного отека мягких тканей
- инфильтрата в подкожно – жировой клетчатке
- + периостального утолщения
- травматического отека

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

- + физиотерапия
- новокаиновые блокады
- гипербарическая оксигенация
- + дезинтоксикационная терапия

БОЛЕЗНЕННАЯ ПЕРКУССИЯ ЗУБОВ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ И МЕНЕЕ БОЛЕЗНЕННАЯ ПРИЧИННОГО ЗУБА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- острого периодонтита
- хронического периодонтита
- хронического остеомиелита
- + острого остеомиелита

ХРОНИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ РАЗВИВАЕТСЯ НА:

- 10-14-й день
- 14-21-й день
- 21-28-й день
- + 28-35-й день

АДЕНОФЛЕГМОНА – ЭТО:

- серозное воспаление лимфатического узла
- гнойное воспаление лимфатического узла
- серозная инфильтрация тканей, окружающая лимфатический узел
- + гнойное воспаление жировой клетчатки вокруг лимфатического узла

ПОДПОДБОРОДОЧНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПОЛУЧАЮТ ЛИМФУ ОТ:

- нижних моляров
- + кожи верхней и нижней губ
- твердого и мягкого неба
- полости носа

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛИМФАДЕНИТА:

- + комплексное
- комбинированное
- рентгенотерапевтическое
- фотодинамическое

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ЛИМФАДЕНИТА НЕОБХОДИМО ПОДТВЕРДИТЬ:

- клиническими симптомами
- рентгенологическим исследованием
- + лабораторными анализами
- + ультразвуковой диагностикой
- биопсией

ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФАДЕНИТА ХАРАКТЕРНЫ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ:

- коллатеральный отек
- гиперемия кожи
- + увеличение лимфатического узла
- образование свища

ХАРАКТЕРНЫЕ ФУНКЦИИ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА:

- эндокринная
- + защитная
- иммунологическая
- + кроветворная

ПРИ ОСТРОМ ЛИМФАДЕНИТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЮТ:

- образование грануляционной ткани
- гиперплазию лимфоидных элементов
- замещение лимфоидной ткани соединительной тканью
- + расширение кровеносных сосудов, лейкоцитарную инфильтрацию

СИНУСЫ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА:

- воротный
- + промежуточный корковый
- пристеночный
- краевой
- + межуточный мозговой

ХРОНИЧЕСКИЙ ЛИМФАДЕНИТ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:

- абсцессом
- флегмоной
- + лимфогрануломатозом
- + аденомой слюнной железы

ПРИЧИНА РЕТЕНЦИИ ЗУБА:

- гипотиреоз
- одонтома челюсти
- резекция верхушки корня зуба
- + удаление временного зуба при физиологической резорбции корней
- + периодонтит временного зуба

ПОЛОЖЕНИЕ НИЖНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА В ЗУБНОМ РЯДУ ПРИ РЕТЕНЦИИ ПО Е.А. МАГИД И СОАВТ.:

- + вертикальное
- + фронтальное
- + горизонтальное
- дорсальное
- сагиттальное

ДЛЯ УДАЛЕНИЯ РЕТЕНИРОВАННОГО ЗУБА ИСПОЛЬЗУЮТ:

- костные кусачки
- + зубные щипцы
- + элеватор
- + хирургическую фрезу
- экскаватор

ПЕРИКОРНИТ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- верхнего второго резца
- нижнего второго премоляра
- верхнего третьего моляра
- нижнего третьего моляра
- одинаково часто у всех зубов

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРИКОРНИТА:

- пародонтит
- периодонтит
- периостит
- остеомиелит
- + все вышеперечисленное

ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКОРНИТЕ ЗУБА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ:

- + диклофенак внутрь
- иодид калия внутрь
- местная гипотермия
- + р-р хлоргексидина для полоскания
- спиртовой компресс

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО С ФЛЕГМОНОЙ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА:

- затрудненное открывание рта
- боль в области нижней челюсти
- + боль при глотании
- болезненная припухлость в поднижнечелюстной области

У БОЛЬНОГО С ФЛЕГМОНОЙ ПОДПОДБОРОДОЧНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- затрудненное открывание рта
- + болезненная припухлость подподбородочной области
- болезненное глотание
- + сглаженность верхней шейной складки
- болезненное жевание

ПРИ РАСПРОСТРАНЕНИИ ИНФЕКЦИИ
ИЗ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА НА ШЕЮ
И В ПЕРЕДНЕЕ СРЕДОСТЕНИЕ У БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ:

- + припухлость боковой поверхности шеи
- смещение боковой стенки глотки
- припухлость в надключичной области
- + затрудненное открывание рта
- + боль при глотании

ПРИ РАСПРОСТРАНЕНИИ ИНФЕКЦИИ
ИЗ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА
В ПОДЪЯЗЫЧНУЮ ОБЛАСТЬ У БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ:

- + припухлость в подъязычной области
- затрудненное открывание рта
- смещение боковой стенки глотки
- затруднение дыхания
- + боль при глотании

ПРИ РАСПРОСТРАНЕНИИ ИНФЕКЦИИ
ИЗ ПОДПОДБОРОДОЧНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА
НА КЛЕТЧАТКУ КОРНЯ ЯЗЫКА У БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ:

- затрудненное открывание рта
- + боль при глотании
- + боль при движении языка
- припухлость в подъязычной области
- смещение боковой стенки глотки

ФЛЕГМОНА ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА
ОСЛОЖНЯЕТСЯ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ИНФЕКЦИИ В:

- + крыловидно-нижнечелюстное пространство
- + окологлоточное пространство
- + подъязычную область
- височную область
- крылонёбную ямку

ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ РАЗРЕЗ ПРОВОДЯТ:

- по краю нижней челюсти
- + ниже края нижней челюсти на 2 см
- выше края нижней челюсти;
- ниже края нижней челюсти на 4 см

ФЛЕГМОНА ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ОСЛОЖНЯЕТСЯ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ИНФЕКЦИИ В:

- окологлоточное пространство
- подвисочную ямку
- + поднижнечелюстной треугольник
- + переднюю поверхность шеи

ПРИЧИНЫ ИНФИЦИРОВАНИЯ КРЫЛОВИДНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА:

- стоматит в области щеки
- + острый перикоронит и обострение хронического
- острый синусит
- воспаление поднижнечелюстной слюнной железы
- артрит височно-нижнечелюстного сустава

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА ПРИ ФЛЕГМОНЕ КРЫЛОВИДНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА:

- боль при глотании, ограничение открывания рта
- + ограничение открывания рта, боли в горле с иррадиацией в ухо, усиливающиеся при глотании
- боль при глотании, нарушение речи, незначительное ограничение открывания рта
- боль при глотании и жевании

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТА С ФЛЕГМОНОЙ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА (УЧИТЫВАЯ ПРИСУТСТВУЮЩЕЕ ОГРАНИЧЕНИЕ ОТКРЫВАНИЯ РТА) МОЖНО ПРОВЕСТИ:

- используя ларингоскоп
- разведя челюсти роторасширителем

- под воздействием торусальной анестезии
- + под воздействием анестезии по Берше-Дубову
- только под внутривенным наркозом

ВНЕШНИЙ ОСМОТР ПРИ ФЛЕГМОНЕ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ПОЗВОЛЯЕТ ОБНАРУЖИТЬ:

- умеренную припухлость в околоушно-жевательной области, увеличенные поднижнечелюстные лимфатические узлы
- отсутствие изменений
- + болезненный инфильтрат в заднем отделе поднижнечелюстного треугольника
- болезненный инфильтрат в позадичелюстной области

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА ПРИ ФЛЕГМОНЕ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ПОЗВОЛЯЕТ ОБНАРУЖИТЬ:

- гиперемию слизистой оболочки в области крыловидно-нижнечелюстной складки
- + выраженную инфильтрацию крыловидно-нижнечелюстной складки с резкой болезненностью при пальпации
- отечность и гиперемию слизистой оболочки области зева
- инфильтрацию подъязычной области
- отечность и гиперемию передней дужки зева

КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЕ ПРОСТРАНСТВО СООБЩАЕТСЯ С КЛЕТЧАТОЧНЫМ ПРОСТРАНСТВОМ В ОБЛАСТИ:

- +позадичелюстной
- средостением
- околоушно-жевательной
- подглазничной

**ДРЕНИРОВАНИЕ РАНЫ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ ВСКРЫТИИ
АБСЦЕССА КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО
ПРОСТРАНСТВА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:**

- марлевым тампоном
- резиновой трубкой
- + дренажом из перчаточной резины
- йодоформной марлей
- ватным тампоном

**ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ
ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ:**

- верхний центральный резец
- нижний клык
- верхний третий моляр
- + верхний клык

**РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА
В ПОДГЛАЗНИЧНУЮ ОБЛАСТЬ ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ
ИЗ ОБЛАСТИ:**

- височной
- околоушно-жевательной
- + щёчной
- + скуловой

**ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА ПРИ АБСЦЕССЕ
ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ:**

- средней тяжести
- + удовлетворительное
- тяжелое
- агональное

ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ПРИ АБСЦЕССЕ КЛЫКОВОЙ ЯМКИ:

- + боль и припухлость подглазничной области
- + боль при накусывании в области клыка верхней челюсти
- боль при открывании рта
- затруднение открывания рта

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АБСЦЕССА ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ СХОЖА С:

- острым пульпитом
- острым периодонтитом
- + периоститом
- остеомиелитом

ПРИ АБСЦЕССЕ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ НАБЛЮДАЮТ ОТЕК:

- + нижнего века
- височной области
- поднижнечелюстной области
- позадичелюстной области

ПРИ АБСЦЕССЕ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ИНФИЛЬТРАТ:

- отсутствует
- мягкий болезненный
- + ограниченный, плотный, болезненный
- разлитой, слабобезболезненный

СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ АБСЦЕССЕ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ:

- не изменена
- гиперемирована
- + гиперемирована, отечна
- цианотична

ОТКРЫВАНИЕ РТА ПРИ АБСЦЕССЕ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ:

- + свободное
- болезненное
- ограниченное
- резко болезненное, ограниченное

ЖАЛОБЫ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ:

- + резкая самопроизвольная боль в подглазничной области
- затруднение открывания рта
- боль при глотании
- боль при повороте головы

КОЖА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ:

1. не изменена
2. цианотична
3. незначительно гиперемирована, собирается в складку
4. ярко-красная, в складку собирается с трудом

АБСЦЕСС И ФЛЕГМОНУ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С:

- абсцессом и флегмоной околоушно-жевательной области
- + тромбозом угловой вены
- сиаалоаденитом околоушной слюнной железы
- + актиномикозом

ПАЦИЕНТАМ С ФЛЕГМОНАМИ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ РЕКОМЕНДОВАНО:

- динамическое наблюдение
- хирургическое лечение в условиях поликлиники
- + хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого стационара
- хирургическое лечение в условиях многопрофильного стационара

РАЗРЕЗ ПРИ АБСЦЕССЕ КЛЫКОВОЙ ЯМКИ:

- внеротовой
- + внутриротовой
- внеротовой в сочетании с внутриротовым
- пункция

ПРИ АБСЦЕССЕ КЛЫКОВОЙ ЯМКИ ВЫПОЛНЯЮТ:

- + разрез по верхнему своду преддверия полости рта от второго резца до второго премоляра;
- разрез по переходной складке в области одного зуба;
- вертикальный разрез кожи параллельно крылу носа;
- разрез кожи параллельно подглазничному краю.

СПОСОБ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ВСКРЫТИИ АБСЦЕССА ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ:

- аппликационная анестезия
- местная анестезия с премедикацией
- + местная анестезия
- эндотрахеальный наркоз

ИНФИЦИРОВАНИЕ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ПРОИСХОДИТ СО СТОРОНЫ:

- моляров верхней челюсти
- премоляров нижней челюсти
- клыков верхней челюсти
- + моляров нижней челюсти
- боковых резцов нижней челюсти

ОКОЛОГЛОТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО ИНФИЦИРУЕТСЯ КОНТАКТНЫМ ПУТЕМ СО СТОРОНЫ:

- глазницы
- + подъязычного пространства
- верхнечелюстной пазухи
- подвисочного пространства
- клыковой ямки

НЕОДОНТОГЕННЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА:

- периапикальные очаги в области моляров нижней челюсти
- инфицированные раны стенки глотки
- периапикальные очаги в области моляров верхней челюсти
- + очаги тонзиллогенной инфекции

ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА:

- отек подчелюстной области
- + боль при глотании
- наличие гнойного отделяемого из выводного протока околоушной слюнной железы
- головная боль
- + боль при открывании рта

СПОСОБ ВСКРЫТИЯ И ДРЕНИРОВАНИЯ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ФЛЕГМОНАХ:

- + наружный доступ
- внутриротовой доступ
- комбинация наружного и внутриротового доступов
- доступ по Разумовскому

РАЗРЕЗ ПРИ ВСКРЫТИИ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ПРОВОДЯТ:

- + параллельно нижнему краю тела нижней челюсти, отступя 2-3 см от нее
- по центру воспалительного инфильтрата
- воротникообразный разрез
- по носогубной борозде
- в условиях выраженной воспалительной контрактуры разрез не проводят ограничиваются медикаментозной терапией

ПРИ ВСКРЫТИИ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ПРОВЕДЕНИЕ ЛИНИИ РАЗРЕЗА БЛИЖЕ 2 СМ ОТ НИЖНЕГО КРАЯ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОЗДАЕТ ОПАСНОСТЬ:

- повреждения протока поднижнечелюстной слюнной железы
- повреждения протока околоушной слюнной железы
- + повреждения краевой ветви лицевого нерва
- повреждения верхней щитовидной артерии
- прободения в клетчаточные пространства дна полости рта

ВСКРЫТИЕ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЗАВЕРШАЮТ:

- введением в рану трубчатых дренажей и ушиванием раны наглухо
- + введением в рану перфорированных трубчатых дренажей
- наложением матрацных П-образных швов
- + помещением в рану нескольких дренажей из перчаточной резины

ПРИ ВСКРЫТИИ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПРОИЗВОДЯТ РЕВИЗИЮ:

- + поднижнечелюстного пространства
- околоушно-жевательной области
- подвисочной ямки
- + крыловидно-челюстного пространства
- подъязычного пространства

ОСЛОЖНЕНИЯ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА:

- переход процесса в подострое и хроническое течение
- + распространение инфекции по стенке глотки в средостение
- распространение инфекции через крыловидное венозное сплетение на оболочки головного мозга
- патологический перелом челюсти в результате гнойного расплавления кортикальной пластинки нижней челюсти
- + распространение инфекции по сосудисто-нервному пучку шеи в средостение

КЛЕТЧАТОЧНЫЕ ПРОСТРАНСТВА, ВХОДЯЩИЕ В СОСТАВ ПОНЯТИЯ «ДНО ПОЛОСТИ РТА»:

- + подъязычные клетчаточные пространства
- + поднижнечелюстные клетчаточные пространства
- окологлоточное клетчаточное пространство
- корень языка
- + подподбородочное клетчаточное пространство

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТОВ С ФЛЕГМОНОЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА:

- + болезненное глотание
- болезненные движения языка
- онемение кожи подбородка
- + затрудненное дыхание
- + повышение температуры тела

ПРИ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТОВ С ФЛЕГМОНОЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА:

- + язык увеличен в размерах, приподнят к нёбу
- + слизистая оболочка подъязычных областей покрыта фибринозным налетом
- чувство тяжести в подглазничной области, усиливающееся при наклоне вперед
- на боковой поверхности языка видны отпечатки зубов
- + подъязычные складки выбухают, иногда выше коронок зубов

ПРИ ВСКРЫТИИ ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ ОТМЕЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ТКАНЯХ:

- в полученном отделяемом имеются творожистые включения
- + клетчатка имеет серо-зеленый или темно-бурый цвет
- + отсутствие гнойного отделяемого
- + выделяется мутная кровянистая зловонная жидкость, иногда с пузырьками газа
- большое количество густого гнойного отделяемого

ПРИЗНАКИ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ:

- + зловонный запах в момент раскрытия очага воспаления
- + жидкий экссудат, вид «мясных помоев»
- сливкообразный гнойный экссудат
- отсутствие изменений мышечной ткани
- + изменения мышечной ткани

ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО С АНГИНОЙ ЛЮДВИГА ОПРЕДЕЛЯЮТ:

- + вынужденное положение сидя, полулежа с наклоненной вперед головой
- + бледное лицо с землистым оттенком и нередко желтушного цвета
- при пальпации инфильтрат мягкий, участки флюктуации
- + при пальпации инфильтрат плотный, часто отмечается крепитация
- + кожа над инфильтратом спаяна, приобретает красный оттенок, иногда на ней видны синевато-багровые пятна или пузыри

ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП В ПОДБОРОДОЧНОЕ КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО:

- + разрез кожи по средней линии шеи от подбородка до подъязычной кости
- дугообразный разрез кожи параллельно краю нижней челюсти под подбородком
- разрез слизистой оболочки по средней линии в подъязычной области
- крестообразный разрез кожи в подподбородочной области

ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП В ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЕ КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО:

- дугообразный разрез кожи параллельно краю нижней челюсти под подбородком
- разрез кожи по линии, соединяющей угол челюсти и середину подбородка
- разрез слизистой оболочки подъязычной складки
- + разрез кожи, отступив на 1,5-2 см книзу от края нижней челюсти параллельно ему
- разрез кожи по краю нижней челюсти

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНОЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДИТСЯ В:

- хирургическом кабинете поликлиники
- + отделении челюстно-лицевой хирургии стационара
- приемном покое стационара
- амбулаторных условиях

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача № 1



Пациент К., 69 лет, поступил в отделение ЧЛХ с жалобами на острую, постоянную боль в нижних зубах слева, иррадиирующую в ухо, висок, припухлость левой щеки, ограниченное открывание рта, общую слабость, повышение температуры тела до 39 °С, головную боль, снижение аппетита, плохой сон.

Анамнез развития заболевания: Полгода назад 3.7 зуб лечен по поводу осложненного кариеса. Два дня назад появилась боль в зубе. На следующий день боль усилилась, иррадирует в ухо, висок, шею. Температура тела повысилась до 38,8 °С, озноб. Больной принимал препарат «найз», без выраженного эффекта.

Анамнез жизни. Страдает хроническим калькулезным холециститом. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания, ВИЧ отрицает. Аллергоанамнез спокойный.

Объективно: Общее состояние средней тяжести за счет выраженного синдрома общей интоксикации, температура тела 39,1 °С. Пульс 112 уд/мин, слабого наполнения, ритмичный. АД 140/90 мм рт.ст.

Лицо асимметрично за счет отека мягких тканей щечной, поднижнечелюстной областей слева. Кожа физиологической окраски. Чувствительность кожи нижней губы и подбородка слева отсутствует. Открывание рта ограничено до 1,0 см.

Слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти слева гиперемирована, отечна с вестибулярной и язычной сторон на протяжении от 3.5 до 3.8 зубов. Межзубные сосочки гиперемированы, из-под десневого края выделяется гнойный экссудат. Вертикальная перкуссия 3.6 зуба безболезненная, 3.5, 3.7, 3.8 зубов болезненная. Патологическая подвижность нижних зубов слева I-II степени.

На внутриротовой рентгенограмме зуба 3.6:

Коронковая часть замещена пломбой, корневые каналы медиального и дистального корней 3.6 зуба запломбированы.

Периапикальный очаг деструкции кости на медиальном корне с нечеткими, ровными границами, округлой формы, до 7 мм в диаметре.

Вертикальная резорбция костной ткани межзубных перегородок на 1/3 высоты, очаговый остеопороз.



1. **Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.**
2. **Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?**
3. **Проведите дифференциальную диагностику.**
4. **Составьте план лечения, опишите порядок и этапы лечения.**
5. **Какова тактика в отношении 3.7 зуба?**
6. **Определите дальнейшую тактику в отношении 2.1 зуба.**

Ситуационная задача № 2

Пациент В., 40 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области справа.

Анамнез развития заболевания. 3 месяца назад появилась острая боль в нижней челюсти справа, отек мягких тканей поднижнечелюстной области справа. Заболевание сопровождалось снижением аппетита, слабостью, повышением температуры тела до 38,7 °С. Обратился на прием к стоматологу-хирургу по месту жительства, был удален разрушенный 4.6 зуб. Боль уменьшилась, температура тела снизилась до 37°С. 2 недели назад появился свищ в щечной области со скудным гнойным отделяемым.

Анамнез жизни. Гипертоническая болезнь. Бронхиальная астма. Хронический гастрит. Аллергоанамнез спокойный.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Дыхание свободное. ЧСС 70



уд/мин. АД 150/90 мм рт. ст. Температура тела 37,2 °С. В поднижнечелюстной области справа мягкие ткани отечные, гиперемированные, плотные, болезненные при пальпации. Чувствительность кожи нижней губы, подбородка справа снижена. В щечной области слева определяется устье свища с выбухающими грануляциями. Кожа вокруг устья отечная, гиперемированная. При пальпации выделилось небольшое количество гноя.

Слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти справа отечная, гиперемированная, плотная, болезненная при пальпации с вестибулярной и язычной поверхности. Зубы 3.4, 3.5, 3.7, 3.8 имеют патологическую подвижность II степени.

1. **Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.**
2. **Объясните причину, патогенез заболевания.**
3. **Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?**
4. **Составьте план лечения.**
5. **Каков прогноз заболевания?**

Ситуационная задача № 3

Пациент Т., 23 года, предъявляет жалобы на болезненную припухлость под нижней челюстью слева.

Анамнез развития заболевания. Два месяца назад появилась боль в 3.6 зубе. Проведено лечение зуба, но после пломбирования корневых каналов сохранилась ноющая боль в 3.6 зубе при накусывании. Четыре дня назад зубная боль усилилась, появился отек в левой поднижнечелюстной области, повысилась температура тела до 37 °С.

Анамнез жизни. Остеохондроз позвоночника. Хронический гастрит. Аллергоанамнез спокойный.



Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37 °С. Дыхание свободное. ЧСС 78 ударов в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. В левой поднижнечелюстной области определяются овальной формы, подвижные, резко болез-

ненные при пальпации, размерами до 2,0 см в диаметре «образования». Кожа над ними гиперемирована. Открывание рта свободное.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Из вартонова протока слева выделяется прозрачная слюна. Язык влажный, покрыт белесоватым налетом, подвижен. Коронка 3.6 зуба под пломбой. Перкуссия зуба болезненная. Патологическая подвижность I степени. Пальпация в проекции верхушек корней 3.6 зуба болезненная.

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Назовите причину, патогенез заболевания.
3. Какие дополнительные методы обследования надо провести для уточнения диагноза?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения пациента.

Ситуационная задача № 4

Пациент Ш., 22 лет, обратился с жалобами на припухлость шеи справа.

Анамнез развития заболевания: Год назад появилась припухлость на боковой поверхности шеи справа. Причину пациент назвать затрудняется. К врачу не обращался, не обследовался. При физической нагрузке отмечает появление быстрой утомляемости, потливости, головной боли.

Анамнез жизни. Курит. ОРЗ 1-2 раза в год. Два года назад перенес двустороннюю пневмонию, хронический бронхит. Закрытая черепно-мозговая травма пять лет назад.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,9 °С. Дыхание свободное. ЧСС 68 ударов в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Лицо симметричное, кожный покров бледный. На боковой поверхности шеи справа вдоль переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы пальпируются четыре лимфатических узла



плотной консистенции, с четкими границами, безболезненные, подвижные, овальной формы.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Язык влажный, покрыт белесоватым налетом, подвижный. Перкуссия зубов безболезненная. Патологической подвижности зубов нет.

1. **Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.**
2. **Опишите возможные причины заболевания.**
3. **Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?**
4. **При проведении какого исследования можно исключить ВИЧ-инфекцию?**
5. **Проведите дифференциальный диагноз.**

Ситуационная задача № 5

Пациент В., 25 лет, обратился с жалобами на постоянную, ноющую боль в нижнем зубе справа, в горле при глотании, затрудненное открывание рта.

Анамнез развития заболевания. В течение 6 месяцев периодически беспокоит боль в нижней челюсти справа при приеме пищи. 4 дня назад после переохлаждения боль усилилась, стала постоянной, открывание рта затруднено. Боль ощущается при глотании пищи. Принимал анальгин, полоскал рот содовым раствором, но улучшение не наступило.

Анамнез жизни. Аллергический анамнез спокойный. Хронический гастрит.



Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7 °С. Дыхание свободное. ЧСС 72 уд/мин. АД 122/80 мм рт. ст. Конфигурация лица не изменена. Кожа физиологической окраски. В поднижнечелюстной области справа пальпируется подвижный, болезненный лимфатический узел размерами 1,0x1,5 см. Открывание рта ограничено до 2,5 см.

Коронковая часть 4.8 зуба закрыта слизистой оболочкой. Слизистая оболочка ретромолярной области справа гиперемированная, отечная, болезненная при пальпации.

1. **Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.**
2. **Объясните причину, патогенез заболевания.**
3. **Опишите лучевой метод исследования, сделайте заключение.**
4. **Составьте план лечения.**
5. **Каковы возможные осложнения заболевания?**

Ситуационная задача № 6

Пациентка В., 63 лет, обратилась в клинику с жалобами на постоянную, ноющую боль под языком, усиливающуюся при приеме пищи и разговоре.

Анамнез развития заболевания. Три дня назад появилась ноющая боль в передних нижних зубах. Боль постепенно усилилась, десна вокруг зубов стала отечной, появилась боль под языком. В течение 10 лет страдает хроническим генерализованным пародонтитом.

Анамнез жизни. В 50 лет поставлен диагноз «сахарный диабет II типа». Артериальная гипертензия. Хронический двусторонний пиелонефрит.



Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37 °С. Дыхание свободное. ЧСС 74 удара в минуту. АД 150/90 мм. рт.ст. Конфигурация лица не изменена. Кожа физиологической окраски. Открывание рта не ограничено, болезненное.

Краевая десна передних зубов отечная, кровоточит при дотрагивании. Зубы 4.5, 4.2, 4.1, 3.1 имеют патологическую подвижность II-III степени. Коронки зубов интактные. Вертикальная перкуссия зубов слабо болезненная. Горизонтальная перкуссия резко болезненная. В подъязычной области справа пальпируется плотный, болезненный, ограниченный воспалительный инфильтрат размерами 3x4 см. Слизистая оболочка над ним гиперемированная, отечная, напряженная. Симптом флюктуации положительный. Из вартонова протока справа выделяется прозрачная слюна.

1. **Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.**
2. **Назовите причину, патогенез заболевания.**
3. **Опишите лучевой метод исследования, сделайте заключение.**
4. **Какие дополнительные методы обследования надо провести для уточнения диагноза?**
5. **Проведите дифференциальный диагноз.**
6. **Составьте план лечения больной**
7. **Где должна получить лечение пациентка:**
 - а) поликлиника, б) стационар.

Ситуационная задача № 7

Больной К., 36 лет, обратился с жалобами на резкую боль в горле, ограниченное открывание рта.

Анамнез развития заболевания. Три дня назад после переохлаждения появилась умеренная боль в горле, усиливающаяся при глотании. Терапевт районной поликлиники поставил диагноз «ОРЗ», назначил сухое тепло, полоскание горла раствором фурацилина, витаминотерапию. На следующий день

боль в горле резко усилилась, появилось ограничение открывания рта, повысилась температура тела.

Анамнез жизни. Хронический тонзиллит. Симптоматическая гипертензия. Курит.

Объективно. Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура тела 39 °С. ЧСС 110 ударов в минуту. АД 140/90 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Одышка.

В поднижнечелюстной области справа вокруг угла нижней челюсти умеренно выраженный отек мягких тканей. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Открывание рта ограничено до 1,5 см, резко болезненное.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, влажная. Слизистая оболочка крыловидно-челюстной складки справа, нёбных дужек отечная. Нёбные миндалины гипертрофированы, ярко красного цвета. Слизистая оболочка боковой стенки глотки справа отечная, гиперемированная, выбухает.



1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Объясните причину заболевания, пути распространения инфекции.
3. Опишите лучевой метод исследования, сделайте заключение.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Составьте план лечения больной.
7. Где должна получить лечение пациентка:
а) поликлиника, б) стационар?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на сегодняшний день воспалительные заболевания челюстно-лицевой области занимают одно из лидирующих мест по причинам обращения пациентов. Подавляющее число воспалительных процессов в области лица имеет одонтогенное происхождение. В клинической картине воспалительных заболеваний наблюдаются новые нетипичные проявления, значительно затрудняющие их диагностику. Такие пациенты (с атипичным течением воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области или с признаками его хронизации) относятся к группе с неблагоприятным клиническим прогнозом, что требует создания новых подходов к их лечению. Постоянное обновление и совершенствование знаний по данной проблеме является неотъемлемой частью непрерывного образования каждого врача-стоматолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Е.И. Микрофлора и иммунологическая резистентность при кариесе зубов и заболеваниях пародонта на фоне сахарного диабета // Донецк, 2015. – С. 109–114.
2. Базин А. К. Эпидемиологические аспекты кариозной болезни у школьников Новосибирска / А. К. Базин [и др.] // Сиб. Мед. Обозрение. — 2011. — т. 71, № 5. — С. 45–49.
3. Байриков И. М., Монаков В. А., Савельев А. Л., Монаков Д. В. Клинический анализ заболеваемости одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по данным отделения челюстно-лицевой хирургии клиники Самарского государственного медицинского университета // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – № 11. – 2014. – С. 100–104.
4. Бармашева А.А. Системный анализ основных показателей стоматологического здоровья больных хронической сердечной недостаточностью // Санкт-Петербург, 2010. – С. 34–36. Остеопороз и остеопатии. – № 2. – 2013. – С. 19-21.
5. Бармина Т.Г., Шарифуллин Ф.А., Абакумов М.М. Компьютерно-томографическая диагностика при лечении острого медиастинита // Медицинская визуализация. – № 3. – 2005. – С. 42–50.
6. Блинова А.С., Ивонина Н.К., Каргина К.В., Дрегалкина А.А. Частота, структура и динамика воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // Сборник статей IV Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Актуальные вопросы медицинской науки и здравоохранения» IV Всероссийского форума медицинских и фармацевтических вузов «За качественное образование», 10-12 апреля 2019 г., Екатеринбург. – Том II. – С. 1026-1030.
7. Буйко А.М., Артрушкевич В.Г. Остеонекроз челюстей как осложнение терапии бисфосфонатами в стоматологической практике // Остеопороз и остеопатии. – № 2. – 2013. – С. 19-21.
8. Дрегалкина А.А., Герасимова Л.Д., Маляренко Д.А. Роль ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике лимфаденопатий челюстно-лицевой области и шеи // Материалы XVI международной научной конференции «Онкология – XXI век» и II итало-российско-французской конференции по онкологии и эндокринной хирургии «Здоровье нации XXI век», 13-19 мая 2012, г. Метц, Франция.

9. Дрегалкина А.А., Герасимова Л.Д., Чантырь И.В. Частота встречаемости и структура лимфаденитов челюстно-лицевой области и шеи // Проблемы стоматологии. –2010.– № 4 – С. 40-41.
10. Дрегалкина А.А., Костина И.Н. Структура заболеваний челюстно-лицевой области среди жителей свердловской области // Проблемы стоматологии. – 2018, – Т. 14, № 2, – С. 96-101.
11. Жабина А. С. Роль бисфосфонатов для профилактики и лечения метастазов в кости // Практическая онкология. –2011. – Т. 12. № 3. – С. 124-131.
12. Железный П. А., Кобелкин М. В., Изюмов А. О., Апраксина Е.Ю., Железная А. П., Щелкунов К. С., Железная Ю. К., Белоусов Ю. Н., Апраксина Н. С., Минеева А. М. Структура и характер воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей// Медицинская наука и образование Урала. – 2017. – Т. 18. – № 2 (90). – С. 91–94.
13. Зеленский В. А., Хрипков В. Н., Агранович Н. В., Теунаева А. А., Королькова В. А. Распространенность и нозологическая структура гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО и соматической патологии в амбулаторной стоматологии // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4. url: <http://science-education.ru/ru/article/viewid=24954> (дата обращения: 31.05.2018).
14. Климова И. В., Изюмов А. О., Щелкунов К. С. Стоматологическое здоровье детей г. Новосибирска// Медицина и образование в Сибири. – 2015. – № 1. – С. 27.
15. Клинический протокол диагностики и лечения: Хронический остеомиелит челюстей. Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «29» июня 2017 года, Протокол № 24.
16. Клинический протокол: Острый одонтогенный остеомиелит челюсти. Утвержден протоколом заседания Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения № 18 МЗ РК от 19 сентября 2013 года.
17. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе перикоронит. Утверждены постановлением № 11 совета ассоциации общественных объединений «Стоматологическая ассоциация России» от 26 сентября 2017 года.
18. Козлова А.В., Котельникова А.А., Дрегалкина А.А. Лекарственный (бисфосфонатный) остеонекроз челюстей. Дифференциальная диагностика с одонтогенным остеомиелитом // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы III Международной научно-практической конференции молодых

- учёных и студентов [Электронный ресурс], Екатеринбург, 3-5 апреля 2018 г. — Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2018. — Том 3. — 1029 с.
19. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия.
 20. Леонтьева Е. Ю., Быковская Т. Ю. Распространенность стоматологических заболеваний и их профессиональная обусловленность у медицинских работников//Кубанский научный медицинский вестник. – № 4. – 2016 г. – С. 68–71.
 21. Манзюк Л. В., Османова Л. И., Снеговой А. В. Зомета в лечении костных метастазов и нарушений минерального обмена у онкологических больных // Русский медицинский журнал. Онкология. – 2007. – Т. 15. – № 25. С. 1924-1933.
 22. Нестеров А. В., Лебедев М. В., Захарова И. Ю. Частота и структура гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (по материалам отделения челюстно-лицевой хирургии Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко) // Вестник Пензенского государственного университета № 1 (17). – 2017. – С. 65–71.
 23. Приложение к приказу Минздрава России от 9 ноября 2012 г. № 838н Стандарт специализированной медицинской помощи при абсцессе, фурункуле, карбункуле кожи.
 24. Руководство по остеопорозу (под редакцией Беневоленской Л.И.) Бином, Москва, – 2010, С. 196–216.
 25. Сабельникова Е. В. Лингводиagnostика и ее эффективность при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и желудочно-кишечного тракта // Пермь, – 2004. С. 91–103.
 26. Серебrenникова Е.В., Дрегалкина А.А. Возможности выбора эмпирической антибактериальной терапии у больных с одонтогенными флегмонами// Сборник статей IV Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Актуальные вопросы медицинской науки и здравоохранения» IV Всероссийского форума медицинских и фармацевтических вузов «За качественное образование», 10-12 апреля 2019 г., Екатеринбург. Том II, – С. 1216-1220.
 27. Соловьев Н. А., Дрегалкина А.А. Роль компьютерной томографии в диагностике флегмон лица и шеи// Актуальные вопросы современной медицинской науки
 28. и здравоохранения: Материалы III Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов [Электронный ресурс], Екатеринбург, 3-5 апреля 2018 г. — Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2018. — Т. 3. — 1029 с.

29. Спесак Е. М., Христофорандо Д. Ю., Гандылян К. С., Шарипов Е. М. Определение гистологической картины костной ткани челюстей у больных с бисфосфонатным остеонекрозом челюстей с точки зрения прогнозирования исходов заболевания// Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2016. – Т. 11. № 3. – С. 429–431.
30. Спесак Е. М., Цымбал А.Н. Бисфосфонатные остеонекрозы челюстей: современное состояние проблемы //Казанский медицинский журнал. – 2017 г. – Т. 98. – №1. – С. 91–95.
31. Сташук Г.А., Дуброва С.Э., Адель Салим Али Нуман Компьютерная томография в диагностике поражения легких и внутригрудных лимфатических узлов при лимфомах// – Радиология – практика. – № 5. – 2009. – С. 11-29.
32. Сулейманов А.М., Мингазов Г.Г., Салыхова Г.А. Бисфосфонатные остеонекрозы челюстей. // Медицинский вестник Башкортостана. — 2012. — С. 112-115.
33. Уракова Е. В., Ильина Р.Ю., Алеева М.М., Лексин Р.В. Особенности бисфосфонатного остеонекроза челюстей. Тактика лечения// Практическая медицина. – 4(96) – 2016. – Т. 2. – С. 120–122.
34. Фомичев Е. В., Кирпичников М. В., Ярыгина Е. Н., Подольский В. В., Ефимова Е. В., Морозова Т. В. Современные особенности клинических проявлений одонтогенного и травматического остеомиелита нижней челюсти. Вестник Волг ГМУ. – Выпуск 1 (45) – 2013. – С. 7–11.
35. Фомичев Е. В., Поройский С. В., Кирпичников М. В., Ярыгина Е. Н. Современная концепция лечения гнойно-воспалительных заболеваний лица и шеи у больных сахарным диабетом// Волгоградский научно-медицинский журнал.– № 3. – 2014. – С. 35–40.
36. Фомичев Е. В., Яковлев А. Т., Ярыгина Е. Н., Кирпичников М. В., Ефимова Е. В. Иммунологические аспекты патогенеза вялотекущих воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области//Вестник Волг ГМУ. – Выпуск 2 (62). – 2017. – С. 3–7.
37. Фукс Е.И., Карева Ю.А., Гализина О.А., Таболина Е.С. Современные аспекты этиологии и патогенеза заболеваний пародонта // Рязань, 2013. – С. 47–49.
38. Advancing oral health in America. – Washington: National Academies press, 2011. – 248 p.
39. Akinbami B. O. Spread of odontogenic infections in Port Harcourt, Nigeria / D. O. Akinbami, D. C.Gbujie // J Oral Maxillofac Surg. – 2010. – Vol. 68, № 10. – P. 2472–2477.
40. Avascular necrosis of the jaws: New therapeutic protocol in the treatment of 30 clinical cases / Agrillo A. et al. // J. Cranio-maxillofacial.

41. Bonehill J. A. Managing health and safety in the dental practice: a practical guide / J. Bonehill. – Chichester, West sussex: blackwell pub., 2010. – 264 p.
42. Brown J., Saad F., Stopeck A. et al. Risk factors for developing osteonecrosis of the jaw (ONJ) in patients receiving denisumab or zoledronic acid for bone metastases: Results from three fase 3 trials // The European Cancer Congress, Sep. 30. Abstract 1305.
43. Hakim R.B. State of dental care among medicaid-enrolled children in the united states / R.B. Hakim, J.D. Babish, A. C. Davis // Pediatrics. – 2012. – vol. 130, № 1. – p. 5–14.
44. Ismail A. I., Tellez M., Pitts N. B., Ekstrand K. R. Caries management pathways preserve dental tissues and promote oral health // Community dent. Oral. Epidemiol. – 2013. – vol. 41 (1). – P. 12–40.
45. Marx R. E. Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a grow-ing epidemic // J. Oral Maxillofac. Surg. –2003. – V. 61. –№ 9. – P. 1115-1117.
46. Maxillary necrosis associated with bisphosphonates. Diagnostic, clinical aspects and treatment / Calvode Mora J. et al. // J. Cranio-maxillofacial Surg. – 2006. – Vol. 34. – № 9. – P. 195.
47. Otto S., Hafner S., Mast G. et al. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: is pH the missing part in the pathogenesis puzzle? // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2010. –№ 68. – P. 1158-1161.
48. Petersen P. E. Global policy for improvement of oral health in the 21st century-implications to oral healthresearch of World Health Assembly 2007, World Health Organization / P.E. Petersen // Community Dent Oral Epidemiol. – 2009. – Vol.37, № 1. – P. 1-8.
49. Pitts N., Amaechi B., Niederman R. Global oral health inequalities: dental caries task group – research agenda // Adv. Dent. Res. – 2011. – Vol. 23 (2). – P. 211–220.
50. Pitts N. Preventive and minimal intervention dentistry in the undergraduate curriculum // J. Dent. – 2011. – Vol. 39 (suppl. 2). – P. 41–48.

**Анна Александровна Дрегалкина
Ирина Николаевна Костина
Мargarита Ефимовна Шимова
Ольга Леонидовна Шнейдер**

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО
ТЕЧЕНИЯ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

ISBN 978-5-89895-940-1



*Редактор Суворова Любовь Владимировна
Корректор Горбунова Елена Леонидовна
Оформление, верстка Амромин Илья Михайлович*

Оригинал-макет подготовлен:
Издательский Дом «ТИРАЖ»
г. Екатеринбург
Тел.: +7 (908) 920-84-78
E-mail: ps-press@mail.ru
www.dental-press.ru