ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«КОЛЛЕДЖ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И СЕРВИСА «ГАЛАКТИКА»

Специальность: 31.02.06 «Стоматология профилактическая»

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

на тему:
«Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Этиология, патогенез. Классификация. Лечение»

Студент: _____/
(подпись) (Ф.И.О.)

«____»_____201__г.

Руководитель: _____/ **Назарова Е Е**
(подпись) (уч. степень, уч. звание, Ф.И.О.)

«____»_____201__г.

«Допустить к защите»
_____Заместитель директора колледжа_____
_____
_____
(уч. степень, уч. звание, подпись, Ф.И.О.)

«____» _____ 201___ г.

Москва 2018 г.

Содержани

e

Введение----------3

Глава 1. Теоретические аспекты об одонтогенных воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области; пульпитах, их этиологии и патологии развития, классификации, профилактики и лечения----------5

1.1Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области----------5

1.1 Воспалительные процессы в челюстно-лицевой области----------7

1.2 Острый одонтогенный остеомиелит----------11

1.3 Гнойные периоститы----------15

1.4 Острый перикоронарит----------17

1.5 Одонтогенные флегмоны и абсцессы----------21

1.6. Способы профилактики и лечения----------27

Глава 2. Практическая работа в поликлинике----------28

2. 1. Характеристика стоматологического отделения поликлиники---------14

2.2 Стоматологический прием пациентов поликлиники, ведение и заполнение медицинских карт----------30

2.3 Распространенность одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и пульпитов----------32

Заключение----------33

Использованные источники----------34

ВВЕДЕНИЕ.

Актуальность данной темы дипломной работы связана со значительным распространением одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Кариозный процесс, разрушая коронковую часть зуба, распространяется на мягкие ткани зуба (пульпу) и далее поражает периодонт – ткани, окружающие зуб и распространяется на костную ткань челюстей, вызывая их остеомиелит и гнойное воспаление околочелюстных тканей – абсцессы и флегмоны.

Распространенность кариеса зубов в России составляет 90 – 98%, а в северо-западных регионах страны у детей к 12 – 14 годам достигает 100%. Среди воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области на одонтогенные процессы приходится 90—95%.

В последние годы число больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области значительно увеличилось, процессы отличаются разнообразием клинического течения, а также усугубилась их тяжесть. Основными возбудителями данных заболеваний являются золотистый и эпидермальный стафилококк. Интенсивный путь развития современной стоматологии с преимущественной ориентацией на увеличение объема лечебной работы не в силах решить главную задачу – снижение стоматологической заболеваемости населения. Одним из путей решения данной проблемы является профилактика, своевременная санация полости рта, профессиональная чистка полости рта.

Цель работы:

Изучить основные теоретические аспекты одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, а также способы профилактики и лечения.

Задачи:

- - проанализировать научную литературу по исследуемой теме.
- - изучить теоретические аспекты одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.
- - ознакомиться с понятиями, особенностями этиологии и патогенеза развития.
- - ознакомиться с классификацией.
- - изучить методы дифференциальной диагностики.
- - ознакомиться с методами и средствами лечения и профилактики.
- - сформулировать рекомендации по улучшению работы в стоматологическом отделении поликлиники.

Объектом изучения является стоматологическое отделение коммерческой клиники «Стом-Дом».

Предметом изучения являются пациенты стоматологической клиники «Стом-Дом».

Структура работы обусловлена предметом, целью и задачами исследования. Работа состоит из введения, двух глав и заключения. Введение раскрывает актуальность, определяет степень научной разработки темы, объект, предмет, цель, задачи и методы исследования, раскрывает теоретическую и практическую значимость работы.

В первой главе рассматриваются теоретические аспекты исследуемой темы, краткая характеристика одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, определение, этиология, патология, классификация, диагностика, способы профилактики и лечения.

Во второй главе идет описание стоматологической клиники «Стом-Дом», места прохождения преддипломной практики, также раскрываются особенности стоматологического приема и осмотра пациентов клиники, ведения и заполнения медицинских карт, работа с пациентами и

взаимодействие с коллективом, а также имеются рекомендации по улучшению работы клиники.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ; ИХ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОЛОГИИ РАЗВИТИЯ, КЛАССИФИКАЦИИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.

1.1. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.

Одонтогенные воспалительные заболевания — это большая группа специфических и неспецифических заболеваний инфекционно-воспалительной природы, затрагивающих кости челюстей, прилежащие к ним мягкие ткани и клетчаточные пространства, регионарные лимфатические узлы, причиной которых являются заболевания зуба либо тканей, непосредственно прилегающих к нему. Воротами инфекции в данном случае являются либо дефекты твердых тканей зуба, либо эпителиального покрова десны.Классификацияодонтогенных воспалительных заболеваний.



Рисунок 1. Классификация одонтогенных воспалительных заболеваний

I. С преимущественным поражением костных структур челюсти.

- Острый, обострившийся хронический периодонтит.
- Острый одонтогенный остеомиелит.

II. С преимущественным поражением околочелюстных мягких тканей.

- Острый одонтогенный периостит.
- Острый перикоронарит.
- Одонтогенный абсцесс.
- Одонтогенная флегмона.
- Одонтогенный воспалительный инфильтрат.

III. С преимущественным поражением регионарного лимфатического аппарата.

- Острый одонтогенный лимфаденит (серозный, гнойный).
- Одонтогенная аденофлегмона.

IV. Осложнения одонтогенных воспалительных заболеваний с поражением

отдаленно расположенных органов, анатомических образований, генерализацией инфекции.

- Медиастинит.
- Тромбофлебит лицевых вен, синусов твердой мозговой оболочки.
- Менингит, менингоэнцефалит, абсцесс головного мозга.
- Сепсис.

Среди хронических одонтогенных воспалительных заболеваний можно выделить хронические формы периодонтитов (фиброзный, гранулирующий, гранулематозный), хронический периостит, хронический остеомиелит, хронический лимфаденит.

1.1 Воспалительные процессы в челюстно-лицевой области

Воспалительные процессы в челюстно-лицевой области протекают в виде острых и хронических периодонтитов, абсцессов, флегмон, остеомиелитов и т. д. Вследствие ряда анатомотопографических и иммунологических особенностей пути проникновения микроорганизмов и распространения гнойной инфекции, воспалительные процессы в челюстно-лицевой области характеризуются высокой динамичностью и разнообразием клинической картины. Чаще всего в стоматологической практике встречаются острые инфекционные гнойные периодонтиты. Они бывают первичными (как осложнение острого гнойного пульпита) и вторичными (при генерализации гангрены пульпы или одной из форм хронических периодонтитов). Острые гнойные периодонтиты чаще всего развиваются вследствие проникновения микробов из воспаленной или некротизированной пульпы в периодонт. Чаще это происходит вследствие обострения хронического периодонтита. Клиническая картина характеризуется бурным течением и прогрессирующим развитием воспалительного процесса в периодонте и окружающих тканях. Заболевание начинается с появления спонтанных, острых и непрерывных болей в зубе, которые увеличиваются при механическом или термическом раздражении. Они сопровождаются недомоганием, головной болью, бессонницей, ознобом, повышением температуры, изменениями в гемограмме (лейкоцитоз, ускоренная СОЭ). В начале развития воспалительного процесса отмечается слабо выраженное покраснение и припухлость слизистой оболочки в периапикальной области. В дальнейшем эта припухлость увеличивается, слизистая оболочка становится очень болезненной при надавливании; образуются субпериостальные и субмукозные абсцессы. В отдельных случаях появляется сильная припухлость окружающих мягких тканей с образованием абсцессов или флегмон. Боли в зубе постепенно уменьшаются или полностью

исчезают. Острый периапикальный гнойный периодонтит может длиться от нескольких до 10—15 дней; в его развитии можно наблюдать 4 фазы, в зависимости от локализации процесса в периодонте, кости и окружающих мягких тканях. Клиническая дифференцировка фаз имеет важное значение, т. к. они имеют характерную картину и требуют различных терапевтических мероприятий.

Первая (периодонтальная) фаза возникает в результате несвоевременного или неправильного лечения острого гнойного пульпита. Вначале появляется слабая локализованная боль в зубе, усиливающаяся при перкуссии и уменьшающаяся при продолжительном слабом нажатии на зуб. При инфильтрации периодонта гнойным экссудатом боль в зубе усиливается, становится постоянной, часто пульсирующей. Больной ощущает тяжесть в зубе, который становится болезненным при перкуссии, но слизистая оболочка в периапикальной области остается неизмененной. Регионарные лимфатические узлы слабо увеличены и болезненны.

Вторая (эндостальная) фаза наступает при распространении гнойного экссудата в кость и инфильтрации костного мозга. В альвеолярной дуге появляются очаги деструкции. Больной чувствует, что зуб становится выше, чем окружающие зубы, чувствительным при соприкосновении с антагонистом, нажиме пальцем и при перкуссии. Слизистая оболочка в периапикальной области может быть слегка покрасневшей, припухшей и болезненной при пальпации. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Возникают головная боль, недомогание, бессонница, озноб; повышается температура.

В третьей (субпериостальной) фазе гной отслаивает и отодвигает периост, накапливается под ним, образуя субпериостальный абсцесс. Появляются сильные нестерпимые боли как в зубе, так и в периапикальной области, где обнаруживается покрасневшая и сильно припухшая слизистая оболочка. Когда инфильтрат расположен в преддверии рта, складка преддверия частично или полностью сглажена. Зуб шатается и сильно болезнен при вертикальной и горизонтальной перкуссии, нажатии и пальпации. Также сильно болезненна пальпация субпериостального инфильтрата. Подчелюстные лимфатические узлы еще больше увеличены и сильно болезненны. Общие явления выражены более сильно.

В четвертой (субмукозной) фазе гной прорывает периост и накапливается в субмукозном слое. Возникает выраженный отек окружающих мягких тканей.

Общее состояние больного значительно улучшается; зуб почти безболезнен при пальпации, перкуссии и нажатии. Субмукозный инфильтрат слабо болезнен, а при пальпации определяется хорошо выраженная флюктуация.

Независимо от субъективного чувства облегчения общее состояние больного остается плохим.__Клиническое обследование включает в себя осмотр, перкуссию и пальпацию. При осмотре обычно обнаруживают зуб измененного цвета с глубоким кариозным дефектом, который может быть обтурирован. Часто выявляют полость после незавершенного лечения корней. Иногда зуб может быть интактным, что затрудняет диагностику. Путем осмотра выясняют состояние мягких тканей (наличие или отсутствие воспалительного инфильтрата, фазу его развития и распространенность).

Зуб болит при вертикальной и (или) горизонтальной перкуссии, а сила боли зависит от фазы процесса.

При пальпации исследуют изменения в слизистых оболочках и окружающих мягких тканях. В первой фазе они отсутствуют, во второй могут быть обнаружены в виде слабо выраженного инфильтрата в периапикальной области, а в третьей и четвертой стадии они выражены сильно, плохо ограничены от здоровой ткани, сильно болезненны, имеется ясно определяемая флюктуация.

Параклинические исследования обычно включают рентгенографию, исследование электровозбудимости зуба, определение гемограммы.

Рентгенография при первичном остром гнойном периодонтите, выполненная через 2—3 дня после начала процесса, показывает легкое расширение периодонтальной щели и неясность костной структуры, что указывает на инфильтрацию костного мозга, а при большей длительности процесса — на резорбцию кости. В случае обострения хронического периодонтита выявляются изменения, характерные для его соответствующей формы. В связи с этим срочное рентгенологическое обследование показано как с дифференциально-диагностической целью, так и для определения вида и объема лечения.

Исследование электровозбудимости зуба позволяет определить сохранность и жизненность пульпы зуба. Результаты и исследования и картины крови указывают на умеренно выраженный лейкоцитоз (10—15000) и ускоренную СОЭ (15—20 мм) преимущественно в третьей и четвертой фазах.

Диагностика острого гнойного периодонтита не представляет особых трудностей. Сложнее выделить отдельные фазы его развития. Дифференциальный диагноз проводят между первичным и вторичным (экзацербация хронического периодонтита) острым гнойным периодонтитом, а такжесэкзацербацией пародонтоза. Иногда при неполном обследовании обострение хронического гранулирующего периапикального периодонтита с гнойной фистулой в слизистой оболочке или в коже рассматривают и лечат как специфический воспалительный процесс (актиномикоз, туберкулез). Особенно важно отдифференцировать в начале заболевания острый гнойный периодонтит

от начальной формы острого гнойного остеомиелита и острого гнойного синусита. Своевременная постановка правильного диагноза предохраняет от лечебных ошибок и возникновения осложнений.

Хирургическое лечение острых гнойных периодонтитов заключается в создании путей оттока гнойного экссудата и (или) предупреждении появления патологических изменений. Это достигается с помощью инцизии, экстракции зуба (когда нельзя провести консервативное лечение) и специальных оперативных методов (апикальная остеотомия) при обострении хронического периодонтита. Следует обязательно поставить дренаж. Зуб удаляется безотлагательно в тех случаях, когда его лечение невозможно или нецелесообразно или когда зуб не подлежит ортопедической реплантации. Это относится преимущественно к многокорневым зубам. Однокорневые зубы, особенно передние, всегда следует сохранять. Их экстракцию выполняют только в исключительно редких случаях, когда все возможные терапевтические методы исчерпаны.

Удаление периапикальных патологических изменений при обострении хронических периодонтитов производится с помощью кюретажа через альвеолу удаленного зуба или путем апикальной остеотомии (гранулемэктомия). При экстракции зуба по поводу обострения хронического периодонтита следует удалять с помощью кюретки все периапикальные изменения. Кюретаж проводить внимательно, атравматично. Апикальная остеотомия (гранулемэктомия) показана экстренно, если герметичное закрытие корневого канала приводит к обострению. В этих случаях заполнение корневого канала выполняется перед или во время проведения апикальной остеотомии. Показанием для срочной апикальной остеотомии является частое обострение хронического периодонтита, однако при условии, что не менее 2/3 корневого канала заполнены. Резекция верхушки корня может проводиться и с профилактической целью в случае перфорации корневого канала в апикальную область. Следует отметить, что стоматолог-терапевт при острых гнойных периодонтитах должен диагностировать вид периодонтита и фазу его развития, выполнить ряд малых оперативных вмешательств; экстракцию зуба и вскрытие субпериостальных или субмукозных абсцессов. В этих случаях он окажет неотложную хирургическую стоматологическую помощь еще в самом начале развития острой одонтогенной инфекции. В случаях затруднений в диагностике и лечении больного следует направить к хирургу-стоматологу. Так же следует поступить при необходимости срочного выполнения апикальной остеотомии.

1.2 Острый одонтогенный остеомиелит.

При остеомиелитах челюстей резко меняется симптоматология и клиническая картина общего и местного характера. Термин «остеомиелит» был предложен Nocard и обозначает воспаление костного мозга. Однако известно, что при этом

воспалительный процесс не ограничивается только костным мозгом. В него неизменно вовлекаются и кость, и надкостница, то есть одновременно воспаляются все элементы костной ткани. Это послужило причиной того, что некоторые авторы предлагали этот термин заменить таким, чтобы он более соответствовал сущности данного процесса. Так, Schuchardt, Lanneolonque, П. П. Львов и другие предлагали ввести термин «паностит», который больше соответствует анатомической характеристике данного процесса, так как в него вовлечены все элементы костного вещества. Тем не менее и поныне пользуются термином «остеомиелит», но под ним подразумевается воспаление всех костных тканей пораженного участка. Этот термин подчеркивает, что основной областью, где разыгрывается процесс, является костный мозг. Именно здесь инфекция часто находит благоприятные условия для проявления патогенных свойств.

Классификация остеомиелитов челюстей.

По поводу клинической классификации одонтогенных остеомиелитов необходимо отметить следующее: в соответствии с остротой клинических проявлений остеомиелиты, как и другие воспалительные одонтогенные заболевания, принято делить на **острые и хронические** .

Такое деление основывается на том, что одним воспалительным процессам свойственно по преимуществу короткое острое течение, другим — более длительное и вялое. Это деление условно ввиду того, что острый процесс может при определенных условиях протекать как субъективно, так и объективно легче, чем хронический, и наоборот. Кроме того, в процессе болезни одна форма может переходить в другую (либо внезапно, остро, либо медленно). С этой точки зрения, все старые классические формы одонтогенных заболеваний теряют свою стабильность и обозначаются как бы условными, ориентировочными терминами. Все же такие термины, как «острый», «подострый», «хронический», и поныне являются общепринятыми. Что же касается протяженности процесса, то в практической работе мы встречаемся с двумя формами остеомиелитов — ограниченными и разлитыми.

Разлитой (диффузный) остеомиелит отличается от ограниченного не только распространенностью процесса, захватом более значительных участков костных и окружающих мягких тканей, вовлечением в процесс множества зубов, но и тем, что клинически остеомиелит диффузной формы протекает тяжелее, чаще приводя к осложнениям и стойким деформациям. Изучая больного в динамике и тщательно следя за развитием воспалительного процесса, врач обычно может определить клиническое течение этого заболевания, наклонность к прогрессированию или, наоборот, наклонность к ограничению процесса, переход острого остеомиелита в подострый и хронический или появление периода выздоровления (реконвалесценции). Из

совокупности этих подробностей при их изучении складывается и предопределяется точность диагноза.

Острые остеомиелиты челюстей.

Одонтогенный остеомиелит — инфекционно-воспалительный процесс, характеризующийся признаками воспалительной реакции со стороны костных структур и прилежащих мягких тканей без клинически выраженных проявлений деструкции костной ткани. В его развитии можно выделить острую и подострую фазы; во время последней признаки воспалительного процесса постепенно ослабевают и исчезают. Эта форма является эквивалентом так называемого острого абортивного остеомиелита. По распространенности в кости она делится на ограниченный и диффузный остеомиелит.

Деструктивный одонтогенный остеомиелит — инфекционно-деструктивный процесс, при котором клинико-рентгенологически выявляется выраженная деструкция костной ткани, причем отторжение (секвестрация) погибших костных структур происходит в сроки, не превышающие 4—5 нед (при локализации процесса в области верхней челюсти и альвеолярного отростка нижней челюсти) либо 6—8 нед (при локализации его в области тела и ветви нижней челюсти). В развитии этой формы остеомиелита можно выделить острую и подострую фазы. Продолжительность подострой фазы определяется сроками формирования костных секвестров. По характеру деструкции кости различают остеомиелиты литической и секвестрирующей формы. При литической форме отторжение поврежденных костных структур происходит без формирования рентгенологически хорошо выраженных секвестров. Деструктивный остеомиелит может быть ограниченным или диффузным.

Гиперостозныйодонтогенный остеомиелит — клинико-рентгенологически отмечается резкое преобладание пролиферативных процессов над деструктивными, в результате чего наблюдается избыточное образование костной ткани. К этой форме отнесены лишь те, в которых клинические признаки воспаления полностью ликвидируются через 6—8 нед от начала заболевания; после этого у больного выявляется только деформация того или иного отдела челюсти. При диффузном гиперостозном остеомиелите может увеличиться в размерах половина челюсти, что ведет к развитию выраженной асимметрии лица.

Клиника острых остеомиелитов верхней челюсти.

Остеомиелиты верхней челюсти клинически протекают более благоприятно и имеют склонность к ограничению. Большую роль в этом играют особенности

анатомического строения верхней челюсти, состоящей почти на 80 % из компактного вещества, ее топографическое взаимоотношение с окружающими мягкими тканями и сравнительно обильная васкуляризация. Преимущественная локализация и динамика клинического проявления остеомиелита верхней челюсти определяются прежде всего тем, что губчатое вещество в ней располагается главным образом в альвеолярных отростках (между сравнительно тонкими и пронизанными множеством мелких отверстий кортикальными пластинками) Оно имеет средне- и мелкопетлистое строение и сравнительно мало выражено в нёбном, лобном и скуловом отростках. Очевидно поэтому на верхней челюсти остеомиелитический процесс чаще всего локализуется лишь в пределах альвеолярного отростка, где преимущественно расположена костномозговая ткань. Наши наблюдения и данные литературы показывают, что одонтогенный остеомиелит верхней челюсти взрослого больного протекает обычно в виде ограниченного поражения альвеолярного отростка либо в сочетании с поражением нёбного отростка.

В зависимости от тяжести процесса и реакции организма клиническое течение острого одонтогенного остеомиелита альвеолярного отростка проявляется различно. Больные чаще жалуются на острые боли в зубах верхней челюсти, иррадиирующие в соответствующую челюсть, висок, глаз и ухо. Температура поднимается до 38—39 °С и выше. Появляются общая слабость, бессонница, аппетит отсутствует. Объективно при этом отмечаются бледность кожи лица, черты заостряются, учащается пульс. Появляется выраженная в той или иной степени припухлость соответствующей половины лица с распространением к веку, виску, подбородку и т. д., увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов. Пальпаторно выявляется болезненность инфильтрированных участков мягких тканей лица и кости, вовлеченных в процесс. Перкуторно — острый периодонтит в нескольких рядом стоящих зубах; нарастает их подвижность. Десна в пораженном участке резко гиперемирована, отечна. Переходная складка сглажена или опущена вниз, резко болезненна. Если же инфекция имеет тенденцию к распространению, то в этих случаях может быть вовлечена в процесс передняя лицевая стенка челюсти и слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи. Это сравнительно часто приводит к возникновению одонтогенного гайморита. С такими осложнениями нередко приходится сталкиваться в лечебной практике.

Клиника острых остеомиелитов нижней челюсти.

Клиника острых остеомиелитов нижней челюсти

Остеомиелиты нижней челюсти клинически протекают тяжелее, чем остеомиелиты верхней челюсти. Правда, и здесь встречаются ограниченные формы, однако они чаще всего бывают в области переднего участка челюсти. В

области же заднего участка нижней челюсти, на уровне коренных зубов, особенно зубов мудрости, наряду с ограниченными формами наблюдаются и диффузные формы остеомиелитов с тяжелым клиническим течением.

Сравнительно более легкое клиническое течение остеомиелитов нижней челюсти в области передних зубов можно объяснить тем, что гнойный экссудат здесь, расплавляя более тонкую наружную кортикальную пластинку, прорывается в сторону преддверия рта, образуя субпериостальный абсцесс, или, что встречается значительно реже, прорывается через кожу лица, образуя кожный свищ (в подбородочной области).

При острых остеомиелитах в переднем сегменте нижней челюсти наблюдается следующая клиническая картина: нижняя губа, а иногда и подбородочная область, инфильтрированы, подбородочные лимфатические узлы увеличены, болезненны, довольно часто они вовсе не пальпируются, потому что включены в общий инфильтрат. Слизистая оболочка десны на протяжении зубов, вовлеченных в процесс, резко гиперемирована, отечна, болезненна, как и область переходной складки, которая может быть инфильтрирована, выпячена и резко болезненна. Зуб, вызвавший это заболевание, как и соседние зубы, вовлеченные в процесс, подвижен, резко болезнен, как и пораженный участок тела челюсти. Общее состояние может быть в той или иной степени тяжелым. Температура повышена, гемограмма отражает наличие воспалительного процесса. Обычно после прорыва гноя или в результате оперативного вмешательства острые явления ликвидируются сравнительно быстро, процесс заканчивается выздоровлением.

При остеомиелитах же, связанных с коренными зубами нижней челюсти, особенно молярами, клиническое течение обычно более тяжелое. В толще кости на этом уровне гной распространяется чаще на большем протяжении и более длительно, так как компактные пластинки дольше задерживают инфекцию в кости до ее прорыва. Здесь реже происходит прорыв гноя в преддверие рта, особенно при процессах, исходящих из зубов мудрости. В этих случаях чаще всего гной прорывается через внутреннюю поверхность кости, распространяется по клетчатке дна полости рта и другими путями. Поэтому клиническое течение болезни у таких больных более тяжелое и длительное. Процесс во многих случаях сопровождается острыми сверлящими болями в области тела челюсти, болезненным инфильтратом, затрудненным глотанием и выраженной интоксикацией. Температура носит постоянный или же ремиттирующий характер, может повышаться до 39 °С и более с нарастающим ухудшением общего состояния. При распространении процесса новый добавочный очаг поражения ведет к усиленной интоксикации организма со все и вытекающими отсюда последствиями.

1.3 Гнойные периоститы.

При периоститах инфицированная площадь увеличивается, всасывание микробов, токсинов и продуктов белкового распада усиливается; происходящее перемещение воспалительного процесса из периодонтальной щели больного зуба к надкостнице альвеолярного отростка влечет за собой и качественные изменения. Именно поэтому периоститы следует рассматривать как самостоятельную нозологическую единицу. Такой (одонтогенный) периостит является результатом еще больше изменившейся реакции организма, понижения его сопротивляемости к данной инфекции. Поэтому воспалительные явления при периоститах нарастают и сопровождаются явлениями общей интоксикации (повышение температуры, ухудшение общего состояния, изменения в гемограмме и т. д.), выраженной у разных больных по-разному, что редко бывает при периодонтитах. При периоститах можно наблюдать не только воспалительные явления в области десны больного зуба, но также коллатеральный отек мягких тканей и шеи, распространяющийся за пределы очага и локализующийся большей частью типично, в зависимости от расположения больного зуба. Если даже инфекция распространяется вдоль поверхности этих сосудов и проникает в стенки альвеол через точечные отверстия (cribra alveo-laria), «пробуравленные» этими же сосудами, то эти точечные отверстия истончают стенки альвеолы, создают пористость, а последняя способствует распространению инфекции. В лунках передних зубов обычно точечных отверстий больше на наружных стенках альвеол, а в области задних (коренных) зубов — на внутренней. Поэтому при периоститах, исходящих от верхних 1| 1 до 6|6, поражается чаще всего вестибулярная надкостница и прилежащая костная стенка, более тонкая и более пористая. Гнойный экссудат, распространяясь по линии наименьшего сопротивления, проникает большей частью к вестибулярной костной пластинке альвеолы и в силу своих ферментативных свойств частично расплавляет стенку; надкостница и прилежащая к ней слизистая оболочка воспаляются; постепенно экссудат отслаивает надкостницу, скапливается под ней. Так образуется поднадкостничный абсцесс; если при этом расплавляется и надкостница, что бывает позже, то образуется подслизистый абсцесс. Слизистая оболочка в этом месте резко гиперемирована, отечна, переходная складка сглажена или выпячена , резко болезненна. В области же верхних боковых резцов и нёбных корней первого моляра, а иногда и первого премоляра, экссудат большей частью распространяется в сторону твердого нёба, образуя нёбный абсцесс. Образование такого абсцесса между костью и надкостницей нёба сопровождается появлением шаровидной или овальной формы и резко гиперемированной припухлости на нёбе.

Отслойка плотной надкостницы по мере увеличения абсцесса в этом месте вызывает острые пульсирующие боли, которые усиливаются, когда язык во время разговора и приема пищи прикасается к воспаленному участку.

Периоститы в области зубов нижней челюсти в большинстве случаев протекают тяжелее и длительнее, чем в области верхней челюсти, и чаще имеют тенденцию к распространению. Гнойно-воспалительный процесс в области передних зубов нижней челюсти, расплавляя участки более тонкой и пористой наружной кортикальной пластинки альвеолы, проникает чаще всего в преддверье рта, образуя здесь субпериостальные абсцессы. Периоститы же, исходящие от коренных зубов, особенно зубов мудрости, как и перикоронариты, хотя и могут привести к формированию вестибулярного абсцесса, но гной может прорываться через внутреннюю (язычную) пластинку в полость рта. Это объясняется тем, что внутренняя пластинка на уровне моляров достаточно тонка и пориста. При распространении процесса на внутреннюю пластинку отмечаются воспалительные явления и в области челюстно-язычного желобка, слизистой оболочки задней части дна полости рта.

Наряду с воспалительными явлениями в области десен при периоститах также наблюдаются и коллатеральные отеки окружающих мягких тканей лица, подчелюстной области, а иногда и шеи. Появление их обусловлено обширной связью зубов и челюстных костей с окружающими мягкими тканями лица и поднижнечелюстной области. Например, при периоститах, исходящих от передних зубов верхней челюсти, отекает часто верхняя губа, иногда смещаются крылья носа. При периоститах в пределах передних зубов нижней челюсти отекает нижняя губа, а в некоторых случаях — ткани подбородка. При периоститах в зоне клыков и премоляров верхней челюсти отек верхней губы может распространяться на область клыковой ямки, подглазничную область, а при периоститах в области верхних моляров отекает щека, скуловая область, область жевательной мышцы и т. д При периоститах в области коренных зубов нижней челюсти отекает нижняя часть щеки, околоушно-жевательная и ретромолярная области. Отек может распространиться и на шею. Следует помнить, что размеры отека не всегда соответствуют тяжести поражения и что коллатеральный отек мягких тканей при периоститах, являясь только реактивным (то есть коллатеральным), сам по себе не имеет большого значения и зависит целиком от лимфостаза вокруг инфильтрата. Это подтверждается тем, что после устранения причинного фактора, например вскрытия абсцесса, удаления или лечения зуба и т. д., отек, как правило, самопроизвольно ликвидируется, если, конечно, воспалительный процесс локализовался и не прогрессирует. Таким образом, воспалительный процесс при периоститах локализуется только вблизи «виновного» зуба — в мягких тканях, непосредственно к нему прилегающих (в надкостнице альвеолярного отростка, в зоне «причинного» зуба, в слизистой оболочке десны этой области); костные ткани соответствующей челюсти при этом вовлекаются в воспаление лишь перифокально, не подвергаясь некрозу. Более отдаленные окружающие мягкие ткани (щек, губ, нёба, дна полости рта) отекают только реактивно из-за

затруднений оттока лимфы из области инфильтрата и зоны, располагающейся (на лице или в полости рта) выше инфильтрата.

Все это следует учитывать при клинических разборах больных и проведении дифференциальной диагностики. Мы считаем не только возможным, но и крайне необходимым стремиться строго дифференцировать острый одонтогенный периостит челюсти (как самостоятельное заболевание) от симптоматического периостита, который всегда сопутствует одонтогенному острому остеомиелиту. Необходимо это потому, что при самостоятельном периостите лечебная тактика резко отличается от тактики при симптоматическом остром периостите, то есть при остром остеомиелите.

Если же воспалительный процесс не ограничивается только лункой пораженного зуба, а распространяется на тело челюсти, вовлекая одновременно в зону соседние зубы, тогда, как правило, вовлекаются в процесс все костные ткани челюсти, в том числе и костный мозг; возникает картина острого остеомиелита.

2.2 Острый перикоронарит.

Перикоронарит (в некоторых источниках – «перикоронит») – это воспалительный процесс, проходящий в десневом капюшоне и мягких тканях вокруг прорезывающегося зуба мудрости, в основном на нижней челюсти. Осложняется гнойным процессом (гнойный перикоронарит), распространением инфекции в окружающие пространства, гнойным растворением костной ткани.

Перикоронарит возникает чаще всего при прорезывании зубов мудрости, в особенности, на нижней челюсти. Проблемы с ними возникают в 4 из 5 случаев. Поскольку зубы мудрости прорезываются в последнюю очередь, они доставляют людям больше всего дискомфорта, поскольку в челюсти располагаются по-разному (вертикально, под наклоном или горизонтально), часто вырастают не полностью (могут показаться на треть или половину величины коронки зуба) и повреждают окружающие мягкие ткани и соседние зубы.

Перикоронарит всегда появляется при скоплении зубного налета в пространстве между зубом мудрости и накрывающей его десной – десневым капюшоном. Зубной налет, включающий остатки пищи и скопления бактерий, самостоятельно полностью извлечь невозможно. Хроническая травма этого участка слизистой оболочки при жевании способствует возникновению

воспаления мягких тканей. Воспаление приводит к отечности и болезненности слизистой оболочки. Симптомы перикоронарита зависят от стадии развития воспаления. При начальном перикоронарите обнаружить симптомы непросто, но возможно. Эти симптомы следующие:

— Припухлость десны. Чаще всего этот признак появляется одним из первых. Вокруг зуба мудрости и над ним десна увеличивается в размерах. Это ощущается при закрывании рта, когда смыкаются зубы, и последние зубы верхней челюсти надавливают на припухшую десну.

— Боли при чистке зубов и при касании. При жевании и при активной чистке зубной щеткой задевается воспаленный десневой капюшон, что сопровождается неприятными или болевыми ощущениями.

— Неприятный запах изо рта. Остатки пищи, которые попадают под десневой капюшон, начинают перерабатываться бактериями. Продукты жизнедеятельности микроорганизмов дают характерный гнилостный запах.

Если боль в области прорезывающегося зуба мудрости стала постоянной, то можно утверждать о дальнейшем развитии процесса и переходе перикоронарита в следующую стадию. Также появляются новые симптомы:

— В месте прорезывания зуба возникает хроническая ноющая боль. Боль может отдавать в ухо или висок.

— Рот может открываться с затруднением, потому что отекает жевательная мышца.

— При глотании пищи также возникает боль за счет отека половины окологлоточного пространства и уменьшения просвета глотки.

— Отек мягких тканей становится больше, припухлость щеки заметна внешне.

— Подчелюстные лимфатические узлы увеличиваются, при касании болезненны.

— Общее состояние организма ослабленное, температура может повышаться до 37-38 градусов, возникает головная боль. Перикоронарит имеет две формы: **острую и хроническую**.

Острая форма перикоронарита характеризуется первичными, быстро развивающимися симптомами. За 2-3 дня боль или дискомфорт в области зуба мудрости по характеру становится не ноющей, а острой. Из-под воспаленного десневого капюшона, закрывающего зуб, выделяется гной с характерным

неприятным запахом. Прикосновение к десне вызывает острый приступ боли, отдающий в ухо, висок или верхнюю челюсть. Жевать на стороне прорезывающегося зуба становится сложно, поскольку открывание рта и глотание становится болезненным. Лимфатические узлы увеличиваются, при касании болезненны.

При неправильной тактике лечения, затянувшемся лечении в домашних условиях или отсутствии лечения, острый перикоронарит переходит в **хроническую форму**. Тогда воспаление периодически то стихает, то обостряется. В стадии ремиссии жалобы практически отсутствуют. Количество симптомов становится меньше. Присутствует увеличенный, болезненный при касании поднижечелюстной лимфатический узел. Рот открывается свободно, безболезненно. Десневой капюшон и окружающая зуб мудрости десна покрасневшая, однако, безболезненна или слабоболезненна. Периодически из-под десневого капюшона появляется некоторое количество серозной жидкости.

Для стадии обострения характерны признаки острого перикоронарита. Из-под капюшона регулярно выходит гноеродная жидкость, из-за которой чувствуется характерный запах изо рта. Зуб мудрости и соседний зуб становятся подвижными, так как из-за воспаления под ними рассасывается костная ткань. Слизистая оболочка вокруг зуба мудрости покрасневшая, припухшая. Из-за хронической травмы слизистой оболочки отток гноя из-под десневого капюшона может быть нарушен. Это часто становится причиной распространения гнойного воспаления в окружающие ткани и пространства.

Инфекция, находящаяся в слизистой оболочке десневого капюшона, при распространении в соседние пространства, может вызвать серьезные осложнения.

Лечение перикоронарита.

Лечение перикоронарита в условиях стоматологической клиники будет зависеть от стадии развития заболевания. При начальной стадии десневой карман под капюшоном промывают слабыми растворами антисептиков (Фурациллин, Перманганат калия, Хлоргексидина биглюконат, Мирамистин и другие), назначают полоскания, ротовые ванночки и аппликации противовоспалительных гелей и мазей. При более тяжелых стадиях перикоронарита необходимо стоматологическое вмешательство. Врач-стоматолог проводит осмотр и назначает рентген-обследование (прицельный

внутриротовой снимок, ортопантомограмму или компьютерную томограмму) для уточнения диагноза и исключения заболеваний зубов с похожими симптомами (хронический пульпит, хронический периодонтит, невралгия третьей ветви тройничного нерва). На рентген-снимке перикоронарит подтверждается, если воспалительные изменения вокруг корня зуба мудрости отсутствуют. Также рентген-диагностика необходима для определения направления прорезывания зуба. Если зуб мудрости прорезывается вверх, имеет антагониста на верхней челюсти и может участвовать в полноценном акте жевания, то врач-стоматолог проводит иссечение десневого капюшона. Эта манипуляция включает обезболивание и срезание участка слизистой оболочки, накрывающей зуб. Иссечение проводится скальпелем, лазерным аппаратом либо электрокоагулятором. При иссечении скальпелем нужно держать на ране марлевый тампон в течение 30-40 минут, чтобы остановить кровотечение. Предпочтительнее проводить иссечение лазером или электрокоагулятором, чтобы произвести запаивание кровеносных сосудов. Иссечение такими методами минимально травматично, и дискомфорта после процедуры пациент не испытывает. В результате открывается жевательная поверхность, а зубной налет и микроорганизмы перестают скапливаться под капюшоном. После этого назначаются рекомендации для снятия воспалительных явлений в окружающих мягких тканях – полоскания, ротовые ванночки и аппликации противовоспалительных мазей. Если зуб мудрости прорезывается не вверх, а под наклоном (упираясь в соседний зуб, в щечную, язычную сторону) или «лежит» в кости челюсти, что подтверждается рентгенологически, не участвует в акте жевания, не имеет достаточного места для прорезывания, то показано удаление зуба. Существует мнение, что зубы мудрости нужно оставлять в качестве резерва как опоры под ортопедическую конструкцию. Это всеобщее заблуждение, поскольку жевательная нагрузка, которую способны нести зубы мудрости – всего 2%. Если использовать зуб мудрости как опору для протеза при потере нижних жевательных зубов, то чрезмерная нагрузка приведет к увеличению подвижности опорных зубов, их последующей потере и замене протеза. Поэтому, оставляя зуб мудрости при показаниях к его удалению, следует помнить, что это является риском. После снятия симптомов острого перикоронарита проводится удаление зуба, очищение лунки и ее ушивание. Операция проводится под местным обезболиванием или общим наркозом, в зависимости от сложности операции и пожелания пациента. Зуб мудрости может быть удален полностью (например, при соответствующем положении корней) или по частям (при разветвленных корнях, горизонтальном или полугоризонтальном расположении зуба в лунке). После извлечения зуба в

лунку помещают костнопластический материал или тромбоцитарную плазму для быстрого восстановления костной ткани. В таких случаях часто необходимо ушивание лунки, но, при простом удалении зуба, возможно оставить ее для самостоятельного заживления. Закрытие лунки после удаления обычно происходит за две-три недели. После операции важно соблюдать рекомендации врача-стоматолога – прием антибиотиков, антигистаминных препаратов, ротовые ванночки и аппликации противовоспалительных мазей.

1.5 Одонтогенные флегмоны и абсцессы.

Одонтогенные абсцессы и флегмоны ЧЛО встречаются часто, так как они могут возникнуть при любом заболевании из группы одонтогенной инфекции — периодонтитах, периоститах, остеомиелитах, при ретенции и дистопии зубов, нагноившихся кистах, альвеолитах и др.

Абсцесс – ограниченное гнойное воспаление клетчатки с образованием полости (и грануляционного вала), гнойно-воспалительный процесс ограничен пределами какого-либо одного изолированного клетчаточного пространства.

Флегмона – острое разлитое гнойное воспаление клетчатки (подкожной, межмышечной, межфасциальной), характеризующееся тенденцией к дальнейшему распространению; разлитой гнойно-воспалительный процесс, распространяющийся на 2–3 и более смежных клетчаточных пространств.в широком вскрытии и дренировании гнойного очага, иногда приходится делать несколько разрезов в ЧЛО, ежедневное промывание гнойной раны растворами антисептиков, пассивную и активную иммунизацию, введение десенсибилизирующей терапии и гормонотерапии, проведение дезинтоксикационной инфузионной терапии. Производится нормализация водно-солевого обмена.

Этиология: эти два патологических процесса рассматриваются вместе в виду больших трудностей с дифференциальной диагностикой. Основные признаки топической диагностики гнойных околочелюстных флегмон одонтогенного происхождения:

- знак «причинного зуба». Имеется в виду зуб, в периапикальных или маргинальных тканях которого развивается или развилось воспаление,

явившееся результатом гангрены пульпы или следствием образования маргинального периодонтита. Такой зуб является «генератором инфекции», распространяющейся и поражающей прилежащие к нему ткани, поэтому он условно и назван причинным;

- признак «выраженность воспалительного инфильтрата» мягких тканей околочелюстной области. Этот признак резко выражен при поверхностных флегмонах и слабо выражен или отсутствует при глубоких флегмонах. Любая флегмона сопровождается интенсивной воспалительной инфильтрацией тканей. Здесь же речь идет лишь о видимых проявлениях инфильтрации и, как следствие, нарушении конфигурации лица или, наоборот, об отсутствии, асимметрии;

- признак «нарушение двигательной функции нижней челюсти». Любой воспалительный процесс в зоне локализации хотя бы одной из жевательных мышц в той или иной мере нарушает двигательную функцию нижней челюсти. Зная характер выполняемых жевательной мускулатурой функций и выяснив при обследовании больного степень их нарушения, можно с достаточной достоверностью предположить локализацию развития очага воспаления;

- признак «затруднение глотания». Проявление этого признака связано со сдавлением боковой стенки глотки образующимся воспалительным инфильтратом, и, следовательно, появлением боли, усиливающейся при попытке что-либо проглотить.

Классификации абсцессов и флегмон ЧЛО:

- по топографо-анатомическим признакам;

- по местонахождению клетчатки, в которой появляются флегмоны (деления их на флегмоны подкожной клетчатки и на флегмоны межмышечной клетчатки);

- по исходной локализации инфекционно-воспалительного процесса, выделяя остеофлегмоны и аденофлегмоны;

- по характеру экссудата (серозные, гнойные, гнилостно-геморрагические, гнилостно-некротические и т. д.).

Клиническая картина.

Клиническая картина: воспаление, как правило, начинается остро. Наблюдается быстрое нарастание местных изменений: инфильтрат, гиперемия, боль. У большинства больных наблюдается повышение температуры тела до 38–40 °С, в отдельных случаях появляется озноб, который сменяется чувством жара. Кроме того, отмечается общая слабость, что обусловливается явлением интоксикации. Выделяют следующие стадии воспалительного процесса:

- серозное воспаление;

- серозно-гнойное воспаление (с выраженными в той или иной степени признаками альтерации);

- стадия отграничения инфекционного очага, очищения операционной раны с явлениями пролиферации.

В зависимости от соотношения основных компонентов воспалительной реакции различают флегмоны с преобладанием явлений экссудации (серозной, гнойной) и флегмоны с преобладанием явлений альтерации (гнилостно-некротические).

Конечная цель лечения больных с абсцессами и флегмонами ЧЛО – ликвидация инфекционного процесса и полное восстановление нарушенных функций организма в максимально короткий срок. Достигается это проведением комплексной терапии.

При выборе конкретных лечебных мероприятий следует учитывать:

- стадию заболевания;
- характер воспалительного процесса;
- вирулентность инфекционного начала;
- тип ответной реакции организма;
- локализацию очага воспаления;
- сопутствующие заболевания;
- возраст больного.

Основная задача лечения больных в острой стадии заболевания сводится к тому, чтобы ограничить зону распространения инфекционного процесса, восстановить равновесие, существовавшее между очагом хронической одонтогенной инфекции и организмом больного. Абсцессы и флегмоны располагаются около верхней челюсти – в подглазничной области, скуловой области, орбитальной области, височной области, в области подвисочной и крылонебной ямок, твердого и мягкого неба. Вскрытие абсцесса подглазничной

области производят по переходной складке слизистой оболочки на уровне 1–2—3-его зубов, однако в отличие от периостотомии рекомендуется тупым путем (кровоостанавливающим зажимом) пройти кверху в клыковую ямку и раздвинуть мышцы. Кроме того, необходимо иметь в виду, что обычного дренирования резиновой или целлофановой полоской иногда бывает недостаточно, так как полость абсцесса, несмотря на дренирование, постоянно продолжает наполняться гнойным экссудатом. Это связано с тем, что дренажная полоска ущемляется сократившимися мимическими мышцами. Для достижения полноценного дренирования можно применить перфорированную узкую резиновую трубку, а иногда приходится производить вскрытие абсцесса через кожу. Если хирургическое вскрытие абсцесса скуловой области производят по нижнему краю наибольшего выстояния гнойника со стороны кожи, то вскрытие флегмоны чаще всего приходится производить в зависимости от распространения гнойника на соседние клетчаточные пространства. Наиболее рациональным методом является широкий разрез по проекции нижнего края гнойника со стороны кожи с одновременным наложением контрапертурывобласти наметившегося распространения процесса.

Лечение.

При первых признаках развития воспалительных явлений в мягких тканях челюстно-лицевой области еще до возникновения выраженного инфильтрата, при удовлетворительном состоянии больного следует провести консервативное лечение.
С этой целью назначают сухое тепло, соллюкс, полоскание полости рта теплым раствором, сульфаниламиды, 10% раствор хлорида кальция. Такое лечение бывает иногда достаточным для купирования и ликвидации воспалительных явлений. Для предупреждения рецидива заболевания необходимо выявить больной зуб, послуживший источником инфекции, и предпринять меры для его лечения или удаления. В случаях, когда воспалительный процесс в ближайшие 1-2 дня имеет тенденцию к нарастанию, несмотря на проводимое лечение, следует проводить хирургическоелечение. Аналогичная и единственно правильная тактика врача должна быть при уже развившейся флегмоне. Применение тепловых процедур и отсрочка операции в таких случаях могут усугубить течение процесса и способствовать распространению гноя. Проведение операции вскрытия флегмоны челюстно-лицевой области имеет следующие особенности по сравнению с вскрытием флегмоны другой локализации:- вскрытие должно не только опорожнить гнойник, но пересечь и дренировать пути возможного распространения гноя; - операция проводится не только при определении размягчения инфильтрата, но обязательно в тех случаях, когда имеется угроза миграции экссудата в соседние отделы, особенно нашею(даже приотсутстви флюктуации);-учитывая косметические особенности

лица, разрез для вскрытия производят по линии естественных складок, под краем нижней челюсти, иногда несколько в стороне от основного очага;
- наличие в оперируемой области ветвей лицевого нерва требует соблюдения мер осторожности (остро рассекаются кожа и клетчатка, дальнейший подход к гнойнику-осуществляется-тупо).

Наилучшим видом обезболивания при вскрытии флегмоны является наркоз (фторотан - закись азота - кислород либо закись азота - кислород, колипсол). Наркоз позволяет, не травмируя больного психически и физически, произвести обязательную пальцевую ревизию полости гнойника, ликвидировать карманы, перемычкии,еслинеобходимо,создатьконтрапертуру.

После опорожнения полости от гноя острой ложкой или скальпелем удаляют омертвевшую ткань, а затем вводят трубчатый дренаж или резиновую полоску. Если гной при вскрытии инфильтрата не выделяется или ткани в ране ареактивны, то рекомендуют вводить тампон с 0,9% изотоническим раствором хлорида натрия. Сверху накладывают ватно-марлевую повязку, удерживаемую ходамибинта.

В последнее время широко применяют введение на марлевом тампоне левомеколевой мази, обладающей способностью брать на себя жидкостное содержимое раны благодаря высокой осмотической активности. Это свойство левомеколевой мази в 40 раз превышает аналогичную возможность гипертонического раствора. Благодаря этой особенности мази очищение раны происходитзначительнобыстрее.

В отдельных случаях проведенной операцией не удается предупредить развитие нового воспалительного очага. В подобных случаях нужна повторная операция для ликвидации воспалительного процесса иной локализации. При сильном пропитывании повязки гноем ее смена производится чаще чем 1 раз в сутки. Полость гнойника очищается от гноя и омертвевшей клетчатки на 2-4-е сутки. Рана кожи заживает вторичным натяжением. При выраженном анаэробном характере флегмоны вскрытие гнойной полости производится широким разрезом, а иногда 2-3 разрезами. Рану многократно промывают 3% раствором перекиси водорода, перманганата калия (1-2%). При этом обязательно применяют антианаэробную сыворотку и гипербаротерапию. Доза антибиотиковзначительноувеличивается.

В последнее время с успехом используют ультразвук. Озвучивание полости гнойника, которая предварительно заполняется тем или иным раствором (фурацилин, 0,9% изотонический раствор хлорида натрия, «серебряная вода» и др.), приводит к уменьшению числа бактерий в ране, очищению ее от некротической ткани и способствует нормализации микроциркуляции. Применяется хронический диализ полости гнойника после ее вскрытия с использованиемантисептическогораствора.

Полость гнойника в самой ране облучают лучами гелий-неонового лазера для ускорения процесса очищения и заживления раны. Стимуляцию фагоцитоза обеспечивает интракорпоральное освещение крови светом лазера.

Протеолитические ферменты применяются как местно (на тампонах), так и в виде внутримышечных инъекций с целью очищения раны от омертвевшей клетчатки.

Общее лечение включает антибиотикотерапию (пенициллин, цепорин, олеандомицин, новобиоцин, канамицин). Однако различная чувствительность бактерий к тем или иным антибиотикам в отдельных случаях сводит на нет их лечебное значение. В связи с этим при вскрытии флегмоны необходимо брать гной для лабораторного определения чувствительности бактерий к антибиотикам. Если такой возможности нет, следует назначать больным препараты широкого спектра действия или комбинации 2-3 антибиотиков. Введение антибиотиков больным с флегмоной средней тяжести проводят через каждые3ч.

При явлениях непереносимости антибиотиков увеличивают дозы сульфаниламидов.

Тяжелые формы флегмоны челюстно-лицевой области (особенно при наличии анаэробов) лечат гипербаротерапией (3-4 сеанса). Влияние повышенного содержания кислорода на область острого гнойного воспаления способствует более быстрому выздоровлению больных, предупреждая активацию анаэробов, сокращая сроки продолжительности фаз течения гнойной раны. Режим сеансов гипербаротерапии обычен: давление в размере 2 атм, время компрессии и декомпрессии по 1 мин; время насыщения (сатурации) 45 мин. Больным рекомендуют поливитамины, молочно-растительную диету, тщательныйуходзаполостьюрта.

При сильных болях назначают анальгин, в отдельных случаях инъекции 1-2% раствора промедола.

В тяжелых случаях течения флегмоны, когда уровень интоксикации оказывается высоким, осуществляется детоксикационная терапия с применением гемосорбции, лимфосорбции (внутривенное введение 1000-1500 мл 0,9% изотонического раствора хлорида натрия).

С целью иммунотерапии больным вводят внутримышечно 0,5 мл стафилококкового анатоксина (1 раз), а также 100 мг раствора кристаллического лизоцима (заводской фасовки) по 3 раза в сутки в течение 5. дней,гамма-глобулинидр.

В случаях более тяжелого течения флегмоны дополнительно внутривенно или внутримышечно вводят по 4 мл 2 раза в день антистафилококковый гамма-глобулин (2-3 дня), гипериммунную плазму. Включение иммунокоррекции способствует ускорению выздоровления больных и уменьшает число тяжелых осложнений.

Большое значение в лечении имеет организация питания. Поскольку акт жевания у таких больных бывает нарушен, им нужна жидкая пища. Кроме того, из-за резких болевых ощущений при попытке произвести жевательное, глотательное движение больные едят крайне мало, следовательно, пища должна быть высококалорийной (сливки, сметана, яйцо, какао, масло, крепкий бульон,

сахарит.д.).
Специальный гигиенический уход за полостью рта заключается в 3-4-кратном ее промывании раствором фурацилина (1:5000) или бледно-розовым (0,1%) раствором перманганата калия с помощью резинового баллона. Заключительным и обязательным этапом лечения должна быть санация полости рта. При физиотерапии больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области в начальных стадиях чаще всего назначается УВЧ-терапия. После вскрытия абсцесса или флегмоны проводится консервативное лечение с включением физиотерапевтических методов. При вялом заживлении краев разреза лечение проводится так же, как и инфицированной раны. Показана и лазерная терапия, которая назначается на 3-й сутки после хирургического вмешательства. Воздействие проводится гелий-неоновым лазером ЛГ-75 или УФЛ-01 с длиной волны 0,63 мкм. Первые 2-3 дня в период острого воспаления применяют плотность мощности порядка 150-200 мВт/см2, время воздействия в зависимости от раневой поверхности 2 мин на каждое поле (суммарно 6-10 мин), а затем для стимуляции регенерации ткани и ускорения заживления раны применяют плотность мощности 50 100 мВт/см2 в тех же временных экспозициях. В среднем курс лечения состоит из 4 5 ежедневных процедур. Положительный клинический эффект достигается уже после первой процедуры. Уменьшаются боль, отек, инфильтрация тканей, количество раневого отделяемого, а в дальнейшем ускоряется эпителизация, что позволяет наложить отсроченные швы. Срок лечения сокращается на 2-5 дней.

1.6. Профилактика одогтогенных воспалительных заболеваний.

Профилактика одогтогенных воспалительных заболеваний.

Первоочередность проведения профилактических мероприятий диктуется прежде всего тем, что процент тяжелых осложнений в хирургической стоматологии, которые в ряде случаев могут привести к летальным исходам, достаточно высок. В возникновении воспалительных заболеваний лица и шеи особое значение имеют очаги одонтогенной инфекции. Поэтому предупреждение одонтогенных воспалительных процессов должно быть направлено на ликвидацию этих очагов при санации полости рта.

Особенностью одонтогенных очагов инфекции является то, что дефекты твердых тканей зуба, являющиеся входными воротами для микроорганизмов, не замещаются естественным путем. Это обусловливает постоянное дополнительное инфицирование тканей челюстно-лицевой области и способствуют формированию очагов хронической инфекции. Между таким очагом и организмом больного устанавливается динамическое равновесие, которое может быть нарушено при изменении обшей и местной резистентности организма, наличии сопутствующих заболеваний, повышении вирулентности

инфекционного начала или повреждении соединительно-тканевой капсулы, окружающей инфекционный очаг.

Одонтогенные воспалительные заболевания почти одинаково часто наблюдаются как у больных после санации полости рта, так и у лиц с несанированными зубами. Это еще раз подчеркивает то, что консервативные методы лечения различных форм осложненного кариеса — пульпитов, пиродонтитов — нельзя считать совершенными. Несмотря на внешнее благополучие, леченые зубы, в определенном проценте случаев, продолжают оставаться источниками хронической инфекции в течение ряда лет и являются причиной развития одонтогенных воспалительных процессов. Ликвидация хронических очагов воспаления при терапевтическом лечении периодонтитов происходит не сразу после завершения пломбирования каналов, даже в том случае, если лечение оказывается полноценным. У 22 % больных очаги хронического одонтогенного воспаления исчезают через 4—8 мес, в 68 % — через 1—2 года, а у остальных больных — в более поздние сроки. Нередко нарушаются определенные методы и сроки лечения заболеваний зубов. В результате этого очаги открытого инфицирования превращаются в закрытые, не дренируемые, которые служат одним из основных источников сенсибилизации больного. Для предупреждения гнойно-воспалительных осложнений одонтогенной инфекции следует уделить особое внимание роли санитарно-просветительной работы с широкими слоями населения. Считаем, что периодическое напоминание населению (выступление с лекциями, беседами, публикации брошюр) о причинах и возможных осложнениях острых одонтогенных воспалительных процессов повысит обращаемость людей к врачу-стоматологу.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В КЛИНИКЕ.

Стоматологическая клиника **«Стом -Дом»** успешно работает и развивается с 1994 года.За более чем 24 года работы стоматологической клиники **«Стом 1»** главным её достоинством являются высококвалифицированные специалисты с многолетним опытом работы в стоматологии под руководством бессменного руководителя врача-стоматолога хирурга, имплантолога и ортопеда Власова Дмитрия Львовича.

Доктора обучались в России и за рубежом, они освоили лучшие методики решения проблем с зубочелюстной системой. В среднем опыт у каждого врача нашей клиники более 10 лет. И за столь длительный период навыки оказания стоматологической помощи отточены до совершенства.
Между врачами налажена четкая система взаимодействия. В сложных и спорных случаях собирается консилиум. Часто на консультативном приеме

присутствуют несколько врачей разных профилей для определения этапности разных лечебных манипуляций. По результатам основных и дополнительных методов обследования утверждается диагноз и точный поэтапный план лечения, с указанием сроков лечения и финансовых затрат.

Главный врач **«Стом -Дом»** Власов Дмитрий Львович постоянно инвестирует в то, чтобы обеспечить самые современные методы лечения.

В клинике установлено оборудование лучших мировых производителей, мы работаем только с проверенными поставщиками и используем материалы и имплантаты ведущих мировых брендов.

Использование в клинике **«Стом -Дом»** ультрасовременных дентальных микроскопов создает уникальные возможности для спасения даже «безнадежных» зубов. С помощью 25-ти кратного увеличения стало возможным учесть мельчайшие нюансы анатомии корневых каналов и обеспечить надежный и долговременный результат при сложном эндодонтическом лечении. Это обеспечивает 100% идентификацию врачом-эндодонтистом анатомии полости зуба и гарантирует качество лечения.

Система «Vector» является изобретением лидера мирового стоматологического рынка - немецкой компании Durr Dental.

Наша стоматологическая клиника дает возможность ощутить преимущества инновационного подхода к гигиенической чистке полости рта. Предлагаем воспользоваться системой **«Air Flow»**. Суть процедуры **«Air Flow»**

состоит в очищении зубов струей специального состава на водной основе, подаваемой под давлением.

Технология плазмолифтинга **PRP** создает уникальную возможность заполнить пустоту полноценной костью. Это простой, доказавший свою эффективность процесс, позволяющий разделить минимальное количество крови на составляющие ее фракции и получить богатую тромбоцитами плазму. Использование системы позволяет восстановить кость, ускорить заживление и созревание мягких и твердых тканей после проведения хирургических вмешательств.

Стоматологическая клиника «Стом-Дом» проводят следующие виды услуг:

имплантация ,удаление зубов , лечение кариеса ,эндодонтия ,лечение кист зубов . В клинике проводится лечение кист как терапевтическим, так и

хирургическим путем. В каждом случае индивидуально подбирается узкий специалист – стоматолог-хирург или терапевт. Для диагностики и лечения используются современные технологии и оборудование (высококлассные дентальный компьютерный ортопантомограф, рентгенологический визиограф и дентальный микроскоп).

2.2Стоматологический прием пациентов поликлиники, ведение и заполнение медицинских карт.

Стоматологическая клиника всегда кипит жизнью, и это не только за счет своего персонала, но и большим количеством пациентов, которые ежедневно приходят для лечения и профилактики. Прием и осмотр пациентов является стандартной процедурой перед оказанием какой-либо услуги. При обследовании пациента на первичном приеме используются основные и дополнительные методы диагностики.

К основным методам относят:

Опрос нужен для точной постановки диагноза, в него входят: выяснения жалоб пациента, условий жизни, профессии, вредных привычек и др.

Осмотр нужен для детальной постановки диагноза, в него входят: внешний осмотр лица и прилежащих областей (цвет кожи, высыпания на коже, лимфотические узлы), после переходит к осмотру полости рта (состояние слизистых оболочек полости рта, зубы)

Пальпация (ощупывание челюстно-лицевой области) при этом исследовании определяется: консистенция тканей, их тургор, подвижность, рельеф, болезненность, также ощупывание лимфотических узлов, возможное их воспаление.

Перкуссия (постукивание по зубу ручкой зонда или пинцета) исследование проводится осторожно, при помощи зонда; при данном обследовании пациент сам определяет, какой зуб болит, сравнивая свои ощущения

Зондирование данное исследование проводится очень осторожно и определяет наличие кариозной полости, а также чувствительности эмали

К дополнительным методам относят:

ОПТГ (ортопантомограмма, или панорамный снимок), рентген данное исследование помогает при помощи снимка исключить кариес при дифференциальной диагностике

ЭОД (электроодонтодиагностика) данное исследование позволяет с помощью тока определить пороговую раздражимость пульпы зуба (N= 2,6 МА)

Термометрия

данное исследование помогает определить жизнеспособность пульпы

Кариес индикатор данное исследование окрашивает поврежденные кариесом денатурированные участки зуба в яркие контрастные цвета и повышает легкость их выявления, позволяет исключить кариес при дифференциальной диагностике

pH тесты данное исследование помогает определить кислотно-щелочной баланс в полости рта

Стоматологическое просвещение также играет важную роль в сохранении стоматологического здоровья людей. Необходимость ухода за зубами должна быть понятна каждому человеку.

Характер вмешательства зависит от клинического проявления.

В основном рекомендации врача-стоматолога пациент получает уже после лечения, либо до лечения, когда ещё не всё так плохо, и есть возможность не усугубить ситуацию.

К сожалению, в большинстве случаев пациенты обращаются к стоматологу уже с возникшей проблемой. Но всем известно, что заболевание легче предотвратить, чем лечить. Поэтому профилактика стоматологических заболеваний – играет важную роль в современной стоматологии, выделенная в специальный раздел такой как стоматологическое просвещение.

2.3Распространенность одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Если верить научной статистике, то распространенность одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области варьирует от 60 до 67%, так же распространенность пульпитов среди пациентов составляет примерно 70%. Это значит по почти каждый второй пациент, пришедший на прием или лечение, имеет либо само воспалительное заболевание, либо заболевание, сопутствующее с воспалительным процессом. Тот же самый пульпит чаще начинается с обычного кариеса, а значит важно посещать врача стоматолога и проводить своевременное лечение для предотвращения развития заболеваний.

Рекомендации по улучшению качества работы поликлиники

Когда пациент впервые приходит в медицинское учреждение, то первое, на что он обращает внимание – это отношение персонала. Отличное обслуживание гарантирует то, что пациент будет рекомендовать своим родственникам, друзьям и знакомым обратится именно в вашу поликлинику.

Для того, чтобы качество работы в медицинском учреждении улучшилось, руководителю нужно следовать ряду важных советов:

1. **Стратегия.** План необходим для того, чтобы четко сформулировать для сотрудников ваши ожидания от их работы. В этом документе должно быть подробное описание стратегии медучреждения в плане сервиса.

2. **Условия труда.** Ваши подчиненные должны комфортно чувствовать себя на рабочем месте и приходить в поликлинику с радостью. Создайте им удобные условия труда и предоставьте все необходимые инструменты для эффективной работы.

3. **Обучение персонала.** Сотрудники медучреждений должны понимать, что в профессиональном плане они не стоят на месте и их классификация

постоянно повышается. Предоставляйте им возможность периодически посещать тренинги, семинары, курсы и другие полезные мероприятия.

Задача для вас как руководителя в том, чтобы сотрудники полюбили свою работу и отлично ее выполняли.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Прохождение практики является неотъемлемым этапом при подготовке будущего специалиста. Практика дает возможность студенту применить полученные в процессе обучения знания и навыки на практике. Во время прохождения практики была востребована основная часть знаний, полученных мной во время занятий.

В процессе осуществления деятельности в стоматологическом отделении поликлиники были подробно рассмотрены профессиональные задачи, и возникала необходимость учета взаимосвязи симптомов и клинической картины пациента, проведение дифференциальной диагностики для подтверждения диагноза, составление плана лечения и подбор средств профилактики, а также ведение и заполнение медицинских карт. Правильная постановка диагноза с соответствующим лечением способствует скорейшему выздоровлению и эстетическому виду зубов.

При написании дипломной работы, по выбранной мною теме, была подобрана и изучена специальная литература, включающая научные статьи, учебные книги, видео, наглядные пособия и интернет ресурсы.

Подводя итоги можно сказать, что одной из задач врача-стоматолога является стоматологическое просвещение населения о способах профилактики и лечения поражений полости рта разного происхождения путем проведения бесед, лекций и на бумажных носителях: брошюр, плакатов, стенды.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Федеральный закон от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»
2. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
3. Федеральный закон от 04.05.2011 г. №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» // СПС «Консультант Плюс»
4. Закон Российской Федерации от 7 февраля 1992 № 2300-1 О защите прав потребителей
5. Федеральный закон от 17.07.1999г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»
6. Федеральный закон от 21.11. 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
7. Федеральный закон от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
8. Трудовой кодекс РФ (ст.21), в локальных нормативных актах (Правила внутреннего трудового распорядка организации, Положение о персонале и т.д.)
9. Приказ МЗиСЦ РФ от 07.12.2011 г. №1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях»
10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»
11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»
12. СанПин 2.1.3.2630-10, утвержденный постановлением Главного

государственного санитарного врача РФ «Об утверждении СанПин 2.1.3.2630-10»

13. «Санитарно – эпидемиологические требования к организациям, осуществ ляющим медицинскую деятельность»

14. ГБУЗ МО "Сергиево-Посадская районная больница". Учредитель - Министерство здравоохранения Московской области.

15. Устав ГБУЗ МО "Сергиево-Посадская районная больница", учредители.

16. Политика обработки персональных данных в ГБУЗ МО "Сергиево-Посадская РБ"

17. Положение об обработке персональных данных в ГБУЗ МО "Сергиево-Посадская РБ"

18. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. М., 2013.

19. Муравянникова Ж.Г. Стоматологические заболевания и их профилактика. Ростов-на-Дону, 2014.

20. Энциклопедия профилактической стоматологии / Под ред. С.Б. Улитовского. -СПб.: Человек, 2014.

21. Википедия, пульпит https://ru.wikipedia.org/wiki/Пульпит

22. Мой донтист, пульпит http://mydentist.ru/diseases/pulpit/

23. Медицинские статьи о костной хирургии, одонтогенные воспалительные заболевания http://bone-surgery.ru

24. Файловый архив студентов https://studfiles.net/preview/6059114/page:4/