

### **Задача № 1.**

Больной С., 25 лет, обратился с жалобами на неприятные ощущения в области нижней челюсти справа, которые ни с чем не связывает, либо с приемом пищи, пережевывая ее на этой стороне. Данные осмотра: внешний осмотр без особенностей. Открывание рта свободное, безболезненное. Все зубы полости рта интактны. В области 48 видны медиальные бугры, расположенные в проекции экватора 47, дистальные бугры прикрыты нависающим капюшоном, слизистая оболочка в области 48 гиперемирована, отечна, пальпация слабо болезненная, перкуссия безболезненная.

1. Опишите рентгенограмму.
2. Какое положение занимает 48 и какие положения 48,38 при затрудненном прорезывании Вы знаете.
3. Поставьте диагноз.
4. Наметьте план лечения.
5. Какие виды капюшонов Вы знаете?
6. Какое обезболивание необходимо провести, опишите технику?
7. В какие клетчаточные пространства возможно распространение инфекции от 48?

### **Задача №2.**

Больная В., 17 лет жалуется на безболезненное образование под кожей в нижнем отделе щеки справа.

Анамнез: Более года периодически во время еды возникала боль в 4.6 зубе. 2 месяца назад под кожей щеки справа появилось безболезненное образование, которое постепенно увеличивалось. Кожа над ним стала красной.

При осмотре: в нижнем отделе щечной области справа в подкожной клетчатке имеется плотный округлой формы, до 2,5см в диаметре малоболезненный инфильтрат. Кожа над ним истончена, имеет синюшно-багровый цвет. Открывание рта свободное. Коронковая часть 4.6 зуба сильно разрушена. От его альвеолы к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж.

На рентгенограмме: у верхушки переднего корня 46 зуба определяется очаг разряжения костной ткани, неправильной формы, без четких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Компактная пластинка альвеолы обнаруживается лишь в средней и верхней трети корня.

Вопросы:

1. Установите диагноз заболевания.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику?
4. Определите план лечения.
5. Прогноз заболевания?

Эталон ответов:

1. Подкожная одонтогенная гранулёма щёчной области справа. Хронический гранулирующий периодонтит 46 зуба.
2. На одонтогенную подкожную гранулёму указывает наличие тяжа, идущего от альвеолы зуба с хроническим гранулирующим периодонтитом в ткани щеки.
3. С хроническим лимфаденитом, актиномикозом, хроническим остеомиелитом нижней челюсти, доброкачественными опухолями: липомой, фибромой, атеромой.
4. Удаление 46 зуба и рассечение тяжа по переходной складке, с введением в рану йодоформной турунды. Разрез кожи над гранулёмой и удаление патологической грануляционной ткани.
5. Прогноз, как правило положительный. Неудовлетворительные результаты являются следствием нарушения техники операции.

### Задача №3.

Больной М., 33 года, жалобы: на припухлость и пульсирующую боль в области твердого неба слева, болезненность при приеме пищи. Плохой сон, слабость, повышение температуры тела. Анамнез: 2 недели назад почувствовал постоянную боль в 24 зубе.

Накусывание на зуб было болезненным. Полоскал рот настоем ромашки, принимал анальгин и бисептол внутрь. Боль в 24 зубе стала стихать, но через неделю она вновь усилилась. Три дня назад на твердом небе слева образовалась болезненная припухлость, которая постепенно увеличивалась, повысилась температура тела.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5 оС. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 88 уд./мин. АД 130/70 мм.рт.ст.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева подвижны, болезненны при пальпации. Открывание рта свободное. На твердом небе имеется выбухание, в проекции корней 23,24,25,26 зубов. Слизистая оболочка в этой области гиперемирована, отечна. При пальпации выбухания определяется болезненный инфильтрат и флюктуация. В коронковой части 2.4 зуба большая кариозная полость, зондирование ее безболезненно. 2.4 зуб и соседние зубы неподвижны, на перкуссию не реагируют.

На рентгенограмме определяется деструкция кости у верхушки небного корня 2.4 с неровными краями. Имеется обширный дефект коронки 2.4 зуба, сообщающийся с полостью зуба. Каналы корней не запломбированы.

#### Вопросы

1. Поставьте диагноз.2. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику? 3. Определите место, где будет проводиться лечение пациента.
4. Составьте план лечения.
5. Какие осложнения данного заболевания могут развиваться?

#### Эталон ответов

1. Острый гнойный периостит верхней челюсти с небной стороны слева (небный абсцесс). Хронический гранулирующий периодонтит 24 зуба.
2. Острый гнойный периодонтит 24 зуба. Острый остеомиелит верхней челюсти
3. В поликлинике.
4. 1) в зависимости от объема деструкции костной ткани принять решение о сохранении (эндодонтическое лечение) или удалении 24 зуба  
2) вскрытие гнойного очага с иссечением участка слизистой оболочки в центре инфильтрата, дренирование раны.  
3) удаление 24  
4) антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия, ротовые ванночки теплым раствором антисептика.
5. Вторичный кортикальный остеомиелит небного отростка.

### Задача № 4.

Пациентка А., 27 лет, обратилась к стоматологу-терапевту по поводу появившейся острой боли зуба 1.5 семь дней назад. Полость зуба 1.5 была раскрыта, из корневого канала удален распад пульпы. Пациентке врачом были даны рекомендации и назначен прием на следующий день, на который она не явилась. Пациентка обратилась к стоматологу-хирургу через семь дней из-за сильных болей в области верхней челюсти справа, ухудшения общего состояния и гнойных выделений из правой половины носа. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека в области околочелюстных мягких тканей верхней челюсти справа, распространяющегося и в подглазничную область. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены (0,8 × 1,2 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и

подлежащими тканями не спаяны. Пациентка открывает рот в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: ощущается неприятный гнилостный запах изо рта, слизистая оболочка в области зубов 1.4, 1.5, 1.6 гиперемирована, отечна и несколько цианотична как с вестибулярной, так и с небной стороны. Перкуссия указанных зубов болезненна. Патологически подвижны зубы 1.4, 1.5 (II степень), 1.6 (I степень). По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в области верхушки апекса корня зуба 1.5 определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими и неровными контурами в виде языков пламени. Данные УЗИ свидетельствуют об уровне жидкости в правой верхнечелюстной пазухе. Температура тела пациента 37,9 °С. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ (14 мм/ч), анизоцитоз и пойкилоцитоз, плазматические клетки, присутствие С-реактивного белка.

Вопросы:

1. На основании данных клинического обследования пациентки поставьте диагноз.
2. Какое осложнение основного заболевания развилось у пациентки и какие еще могут развиваться при неблагоприятном течении патологического процесса?
3. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга по отношению к причинному зубу 1.5?
4. В каком учреждении здравоохранения (поликлиника или стационар) должна оказываться специализированная помощь пациентке в указанной клинической ситуации?

Ответы:

1. На основании данных клинического обследования пациентке должен быть поставлен диагноз острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа от зуба 1.5.
2. По данным клинического обследования очевидно, что острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа от зуба 1.5 осложнился острым одонтогенным гнойным синуситом верхнечелюстной пазухи справа. Острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа от зуба 1.5 может осложниться: абсцессом, флегмоной, тромбозом вен лица, тромбозом кавернозного синуса, абсцессом головного мозга, менингитом, одонтогенным сепсисом.
3. В данной клинической ситуации причинный зуб 1.5 подлежит удалению.
4. Специализированная помощь пациентке в указанной клинической ситуации должна оказываться в условиях стационара в отделении септической челюстно-лицевой хирургии

### Задача № 5.

Пациент Р., 31 год, находится на лечении у стоматолога-хирурга. Три дня назад пациенту был удален зуб 4.6 и выполнена периостеотомия по поводу острого гнойного периостита нижней челюсти от зуба 4.6. Врач назначил пациенту местное лечение: гипотермию и ванночки с гипертоническим раствором натрия хлорида 5–6 раз в день. Через три дня пациент, придя на прием, отметил, что его беспокоят головные боли, бессонница, слабость, озноб, неоднократно повторяющийся в течение суток. Он указал, что боли в области нижней челюсти и отек мягких околочелюстных тканей сохраняются. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека в области нижней челюсти справа. Поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличены (1 × 1,2 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот с трудом из-за сильной боли в нижней челюсти справа. При осмотре полости рта: ощущается неприятный гнилостный запах изо рта, слизистая оболочка в области зубов 4.5, 4.7, лунки зуба 4.6 гиперемирована, отечна и несколько цианотична как с вестибулярной, так и с язычной сторон. Лунка удаленного зуба 4.6 выполнена серым фибринозным налетом. В

преддверии полости рта по переходной складке визуализируется рана протяженностью 1,5 см с дренажом из перчаточной резины, по которому выделяется гнойный экссудат. Перкуссия зубов 4.5 и 4.7 болезненна. Указанные зубы патологически подвижны (II степень). По данным лучевых методов исследования (ортопантомограммы) в области, вовлеченной в гнойно-воспалительный процесс участков костной ткани нижней челюсти, патологических изменений не выявлено. Температура тела пациента 38,2 °С. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ (16 мм/ч), анизоцитоз и пойкилоцитоз, тучные и плазматические клетки в периферической крови, С-реактивный белок (+).

Вопросы:

1. На основании данных клинического обследования пациента поставьте диагноз.
2. Укажите тактические ошибки хирурга-стоматолога при ведении данного пациента.

Ответы:

1. На основании данных клинического обследования в указанной клинической ситуации может быть поставлен диагноз острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти справа, ограниченный пределами лунки зуба 4.6.
2. Стоматологом-хирургом при ведении пациента были допущены следующие тактические ошибки: – не назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные (в данной клинической ситуации предпочтение следует отдавать антибактериальным препаратам, обладающим тропизмом к костной ткани), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства; – не назначены ежедневные перевязки с обязательной заменой дренажа и инстилляцией раны растворами антисептиков.

#### **Задача № 6.**

Пациентка Ш., 33 года, обратилась в выходной день к дежурному стоматологу-хирургу с жалобами на сильные боли в области лунки удаленного четыре дня назад зуба 1.4, неприятный запах изо рта, слабость. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека окологлазничных тканей в области верхней челюсти справа. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены (0,9 × 1 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациентка открывает рот в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: ощущается неприятный гнилостный запах изо рта, слизистая оболочка в области зубов 1.3, 1.5, лунки зуба 1.4 гиперемирована, отечна и несколько цианотична как с вестибулярной, так и с небной стороны, имеются ее разрывы с обнажением костной ткани альвеолярного отростка. Лунка удаленного зуба 1.4 выполнена серым фибринозным налетом. Перкуссия зубов 1.3 и 1.5 болезненна. Указанные зубы имеют патологическую подвижность (II степень). По данным лучевых методов исследования (ортопантомограммы) в области, вовлеченной в гнойно-воспалительный процесс участков костной ткани нижней челюсти, патологических изменений не выявлено. Температура тела пациента 37,8 °С. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ (12 мм/ч), анизоцитоз и пойкилоцитоз, плазматические клетки, присутствие С-реактивного белка.

Вопросы:

1. На основании данных клинического обследования пациентки поставьте диагноз.
2. Укажите тактические ошибки хирурга-стоматолога, которые привели к развитию данного заболевания.
3. Определите тактику лечения пациентки.

Ответы:

1. На основании данных клинического обследования в указанной клинической ситуации может быть поставлен диагноз острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа, ограниченный пределами лунки зуба 1.4.

2. Стоматолог-хирург при удалении зуба 1.4 и послеоперационном ведении пациентки допустил следующие тактические ошибки, которые привели к развитию острого одонтогенного остеомиелита верхней челюсти справа: – не выполнил или в недостаточной мере провел синдесмотомию;

– неправильно выбрал щипцы для удаления зуба 1.4;

– грубо и травматично обращался с окружающими мягкими тканями при удалении зуба 1.4;

– не сгладил острые костные края стенок лунки удаленного зуба 1.4;

– на разрывы слизистой оболочки не наложил швы;

– не сблизил края лунки удаленного зуба и не осуществил адекватный гемостаз;

– не назначил комплексную противовоспалительную терапию, включающую антибактериальные (в данной клинической ситуации предпочтение следует отдавать антибактериальным препаратам, обладающим тропизмом к костной ткани), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства;

– не назначил контрольный осмотр хирурга на следующий день после удаления.

3. В сложившейся клинической ситуации стоматологу-хирургу необходимо ежедневно осматривать лунку удаленного зуба 1.4. Под местным обезболиванием следует инстиллировать лунку удаленного зуба 0,05%-ным раствором хлоргексидина биглюканата или слабо розовым раствором перманганата калия. При этом вымываются остатки распавшегося сгустка крови и пищи. Требуется сгладить острые края лунки при помощи физиодеспенсора или бормашины, прямого наконечника, стоматологических фрез и боров. Кюретажной ложечкой Фолькмана осторожно, не выскабливая, необходимо удалить невымывшиеся остатки распада сгустка крови и инородные тела, если таковые имеются. Затем требуется повторно инстиллировать лунку растворами антисептиков и рыхло ввести препарат «Альвогель». Размозженные края слизистой оболочки следует удалить. Пациентке необходимо назначить комплексную противовоспалительную терапию, включающую антибактериальные (предпочтение следует отдавать остеотропным антибиотикам широкого спектра действия), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства. Пациентке следует выдать листок временной нетрудоспособности (больничный лист) и назначить контрольный осмотр и перевязку у стоматолога хирурга на следующий день.