

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии

С. А. ИВАНОВ, В. В. РОЖДАЕВ, Л. А. ЖДАНОВА

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Учебно-методическое пособие
для студентов 5 курса медицинских вузов лечебного факультета
и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран,
обучающихся по специальности «Лечебное дело»

Гомель
ГомГМУ
2010

УДК 616.31+617.52-089(076)

ББК 56.6+56.65

И 20

Рецензент:

доцент кафедры хирургических болезней № 1
Гомельского государственного медицинского университета,
кандидат медицинских наук

А. Г. Скуратов

Иванов, С. А.

И 20 Ситуационные задачи по стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: учеб.-метод. пособие для студентов 5 курса медицинских вузов лечебного факультета и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран, обучающихся по специальности «Лечебное дело» / С. А. Иванов, В. В. Рождаев, Л. А. Жданова. — Гомель: учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2010. — 40 с.
ISBN 978-985-506-324-8

Учебно-методическое пособие содержит ситуационные задачи по темам: «Гнойно-воспалительные заболевания», «Травматические повреждения», «Новообразования челюстно-лицевой области».

Данное пособие предназначено для студентов, врачей-стажеров, клинических ординаторов, аспирантов.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 05 мая 2010 г., протокол № 4.

УДК 616.31+617.52-089(076)

ББК 56.6+56.65

ISBN 978-985-506-324-8

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2010

Введение

До 90 % в структуре патологии челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) занимают гнойно-воспалительные заболевания, травматические повреждения и новообразования. Анатомические зоны головы и шеи хорошо доступны при применении физикальных методов обследования. При челюстно-лицевой травме нередко приходится оказывать первую врачебную помощь вне специализированного отделения. Многие гнойно-воспалительные заболевания и злокачественные опухоли ЧЛЮ имеют тенденцию к быстрому прогрессированию и могут угрожать жизни пациента. Своевременное установление диагноза и правильная диагностическая и лечебная тактика определяют успех лечения этой категории пациентов. Все это определяет ответственность врача общей практики в диагностике и оказании первичной помощи пациентам челюстно-лицевого профиля.

Пособие содержит ситуационные задачи по темам: «Гнойно-воспалительные заболевания», «Травматические повреждения» и «Новообразования ЧЛЮ». Каждая задача имеет условие, в котором приведены жалобы, данные анамнеза заболевания, сведения о результатах инструментальных и лабораторных исследований. После условия приведены по две подсказки. Первая подсказка (часть А) формулирует ответ на задачу в виде стратегической цели оказания помощи пациенту с описанным клиническим синдромом. Вторая подсказка (часть Б) формулирует тактические задачи по курации представленного пациента. Полные ответы к задачам приведены в конце пособия. Таким образом, составители попытались представить процесс решения задачи в идее пошагового анализа «от простого к сложному» в расчете на формирование тактического мышления практического врача.

**ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ.
ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ.
НОВООБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Задача 1

Пациент А., 35 лет. Доставлен реанимобилем в приемное отделение областной больницы, пострадал в ДТП. Объективно: состояние тяжелое, уровень сознания — кома 1 стадии, дыхание поверхностное, ЧД — 24/мин, тоны сердца ритмичные, ЧСС — 50/мин, АД 100/50 мм Hg. Ссадины на коже лба, во рту — рвотные массы, прикус не нарушен, признаков повреждения слизистой оболочки рта нет. Обзорная краниограмма: перелом теменной кости слева и нижней челюсти в области угла слева без смещения.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей и костных структур, выяснить степень компенсации витальных функций, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: приведение жизненно-важных функций в состояние компенсации, восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. На состояние пациента влияют 2 травматических повреждения. Каждое из них угрожает жизни и здоровью в разной степени и предполагает соответствующий план обследования и лечения. Коматозное состояние требует углубленного обследования жизненно-важных органов и анатомических зон, так как нет возможности выяснить анамнез. Первостепенные задачи лечения: обеспечить контроль функций внешнего дыхания, сердечно-сосудистой деятельности, выделения, провести мероприятия по устранению последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ) специалистами-реаниматологами и нейрохирургами. Объем мероприятий по поводу челюстно-лицевой травмы определяется, с одной стороны, необходимостью профилактики осложнений, а с другой стороны, допустимым травматизмом манипуляций в условиях тяжелой ЧМТ. Ожидаемы осложнения со стороны органов ЧЛО — травматический остеомиелит, нарушение консолидации отломков. Нарушение алгоритма оказания помощи тяжелому пациенту всегда приводит к нежелательному эффекту.

Задача 2

Больной К., 32 года. Час назад получил удар рукой в лицо. Беспокоит боль в верхней челюсти, незначительное кровотечение изо рта.

Объективно: состояние удовлетворительное. Отек верхней губы выражен умеренно. На слизистой оболочке верхней губы имеется рана 3×1 см, края раны неровные, отмечается поступление крови. Центральные верхние резцы подвижны в переднезаднем направлении. Перкуссия их болезненна. Из лунок 11 и 21 зубов отмечается незначительное кровотечение. При смыкании зубов центральные резцы-антагонисты не соприкасаются.

Рентгенограмма (рисунок).



Рисунок — Рентгенограмма

Вопросы:

1. Диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Лечение повреждений связочного аппарата зуба аналогично лечению вывихов костей. Обработка раны слизистой оболочки губы соответствует канонам общей хирургии. При описанной травме может быть поврежден не только связочный аппарат зуба, но и пульпа. Прогнозируемое осложнение — некроз пульпы с развитием периостита или остеомиелита, развивается спустя 2–4 недели после травмы.

Задача 3

Пациент В., 39 лет. Доставлен в приемное отделение областной больницы с жалобами на тошноту, однократную рвоту, сильную боль в лице,

нарушение прикуса и конфигурации лица. Из анамнеза — пострадал в ДТП. Объективно: состояние тяжелое. В сознании, возбужден. Бледен. Дыхание ритмичное, везикулярное, проводится во все отделы. ЧД — 16/мин. Пульс ритмичный, ЧСС — 82/мин., АД — 135/90 мм Hg. Выражен отек верхней губы, пальпация средней зоны лица резко болезненна, имеются гематомы век с обеих сторон, овал лица удлиннен, прикус патологический, открытый — контакт только на молярах; снижена чувствительность кожи в зоне иннервации 2-й ветви тройничного нерва. Слизистая оболочка рта — единичные подслизистые кровоизлияния по верхней переходной складке преддверия.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выяснить степень компенсации витальных функций, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Описанные симптомы могут быть характерны для травм различной степени тяжести. Для правильной оценки тяжести повреждений необходимо изучение областей анатомически близких к лицевому скелету (основание черепа, глазное яблоко). Гематомы век могут быть признаком симметричных ушибов. Общеклиническое обследование пациента с челюстно-лицевой травмой включает пальпацию лицевого скелета с проведением нагрузочных проб с целью выявления других патогномичных признаков повреждения костных структур. План лечения: мероприятия по репозиции, фиксации и иммобилизации отломков, профилактике осложнений. Лечение черепно-мозговой травмы без нарушения витальных функций проводится одновременно в соответствии со степенью тяжести.

Задача 4

Пациент Б., 43 года. Доставлен реанимобилем в приемное отделение областной больницы. Со слов бригады скорой медицинской помощи — пострадал в ДТП 30 минут назад. Объективно: состояние тяжелое, сознание ступорозное, диффузный цианоз, дыхание стридорозное, ЧД 13/мин, при выдохе изо рта отделяется умеренное количество пенистой мокроты с примесью крови. Пульс ритмичный, ЧСС — 120/мин, АД — 125/80 мм Hg. Нижний отдел лица деформирован, при пальпации определяется патологическая подвижность фронтального отдела нижней челюсти. В полости рта — кровь, пенистая мокрота, язык ограниченно подвижен, западает кзади.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. План оказания неотложной помощи?
3. План обследования.
4. План лечения?

А. Манипуляции по купированию угрожающих жизни синдромов должны соответствовать механизму их развития. Асфиксия при травме ЧЛЮ может быть вызвана различными причинами (дислокационная, обтурационная, аспирационная). Одновременно необходимо проводить мероприятия по контролю и компенсации других жизненно важных функций. Цель обследования: выяснить степень компенсации витальных функций, определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выявить возможные осложнения и сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: компенсация витальных функций, восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Устранение асфиксии может быть осуществлено мероприятиями по удалению инородных тел из верхних аэродигестивных (воздуховодных) путей, устранением западения языка, созданием обходного пассажа воздуха. Первоочередные задачи лечения: обеспечить контроль функций внешнего дыхания, сердечно-сосудистой деятельности, выделения. Задачи лечения челюстно-лицевой травмы: репозиция, фиксация и иммобилизация поврежденных костных структур, профилактика ожидаемых осложнений. Наиболее вероятные осложнения — травматический остеомиелит, пневмония, последствия устранения асфиксии.

Задача 5

Пациент Г., 27 лет. Упал на катке 1 час назад, ударился подбородком. Беспокоит боль в области подбородка. Объективно: состояние удовлетворительное. На коже подбородка — ссадины, пальпация в области подбородка болезненна, прикус не нарушен, определяется патологическая подвижность нижней челюсти на уровне 31–41 зубов, крепитация в области подбородка при выполнении нагрузочных проб. Симптом Венсана отрицателен с обеих сторон. Прикус не нарушен, слизистая оболочка рта не изменена.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выяснить степень компенсации витальных функций, выявить возможные ос-

ложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Общеклиническое обследование пациента с челюстно-лицевой травмой включает пальпацию лицевого скелета с проведением нагрузочных проб. Как наличие патогномичных признаков перелома, так и их отсутствие не является основанием для отказа от проведения рентгенологического исследования. Способ рентгенологического обследования должен соответствовать характеру предполагаемого повреждения. В силу сложной рентгенанатомии костей черепа не всегда возможно определить линию перелома при стандартных укладках. Такие случаи требуют уточняющей рентгенодиагностики (другие укладки, КТ). План лечения включает мероприятия по репозиции, фиксации и иммобилизации отломков, профилактике осложнений.

Задача 6

Пациентка Е., 35 лет. Беспокоят периодические ноющие боли в области козелка справа, отдающие в щеку и висок. Значительное усиление болей при жевательной нагрузке. Умеренное ограничение открывание рта (заметила случайно при зевании). Из анамнеза: в 15-летнем возрасте травма — ударилась подбородком во время катания на коньках. Болезненные явления прошли в течение 2 недель, за медицинской помощью не обращалась. Объективно: пальпация в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа болезненна, при открывании рта S-образное движение подбородка с максимальным отклонением вправо. Нагрузочные пробы отрицательные. Прикус не нарушен. На рентгенограмме по Шюллеру: минимальные остеосклеротические изменения верхушки суставного отростка нижней челюсти справа, сужение суставной щели справа.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Дисфункция сустава может быть вызвана воспалительным, дистрофическим и опухолевым процессом. Уточнение характера заболевания производится на основании анамнестических, клинических, инструментальных и лабораторных данных. Следует определить степень выраженности структурных изменений и функциональных нарушений.

Б. Термин «дисфункция ВНЧС» отображает лишь функциональную сторону заболевания. Морфологические изменения определяются инструментальными (рентгенография, артроскопия, денситометрия и т.д.) и инвазивными методами. Воспалительные заболевания могут иметь неспецифический или аутоиммунный характер, характеризуются определенной степенью активности по лабораторным показателям.

Задача 7

Пациент Ж., 18 лет. Из анамнеза: получил удар в подбородок при криминальных обстоятельствах. Беспокоит сильная боль в правом ухе, истечение крови из правого уха, боль в ухе при открывании и закрывании рта, отдающая в щеку и висок. Объективно: состояние удовлетворительное. Лицо симметрично, прикус физиологический; при открывании рта и нагрузочных пробах отмечается резкая боль в области ВНЧС справа. Осмотрен ЛОР-врачом: барабанная перепонка серая, разрыв передней стенки наружного слухового прохода. Рентгенограмма нижней челюсти в 2х проекциях + рентгенограмма височной кости по Шюллеру: травматических изменений костной ткани не выявлено.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Механизм травмы?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выявить степень компенсации витальных функций, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Синдром суставной боли в ВНЧС может быть вызван повреждением как костных, так и мягкотканых структур. Изменения мягкотканых образований при травме могут иметь характер разрыва, разможнения, растяжения, гематомы.

Задача 8

Пациент З., 36 лет. Из анамнеза: пострадал в ДТП 40 минут назад, ударился лицом о переднюю панель (не был пристегнут). Доставлен в приемное отделение областной больницы с жалобами на сильную головную боль, боль в лице, однократную рвоту, двоение в глазах, боль в орбитах при попытке смыкания зубов, нарушение прикуса. Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, дыхание везикулярное, ЧД — 16/мин. Пульс ритмичный, ЧСС — 90/мин., АД — 145/90 ммНг. Тотальный отек лица, выраженная подкожная эмфизема теменно-височных областей, тканей лица и верхних отделов шеи, массивная гематома век с двух сторон, прикус патологический, открытый. Верхняя челюсть подвижна при нагрузке в вертикальном и передне-заднем направлении. Рентгенограмма черепа в прямой и боковой проекциях + рентгенограмма скуловых костей, костей носа: множественный оскольчатый перелом костей носа, отмечает-

ся завуалированность теней скуловых костей из-за массивного отека мягких тканей лица и эмфиземы.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Механизм развития подкожной эмфиземы?
3. План обследования.
4. План лечения?

А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выяснить степень компенсации витальных функций, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Описанные симптомы могут быть характерны для травм различной степени тяжести. Для правильной оценки тяжести повреждений необходимо изучение областей анатомически близких к лицевому скелету (основание черепа, глазное яблоко). Механизм образования эмфиземы — поступление воздуха в ткани из резервуаров с более высоким давлением (воздуховодные пути) при образовании сообщения в результате травмы. Общеклиническое обследование пациента с челюстно-лицевой травмой включает пальпацию лицевого скелета с проведением нагрузочных проб. План лечения включает мероприятия по репозиции, фиксации и иммобилизации отломков, профилактике осложнений. Лечение черепно-мозговой травмы без нарушения витальных функций проводится одновременно в соответствии со степенью тяжести повреждения.

Задача 9

Больной Н., 37 лет. 25 минут назад был ранен бензопилой в правую подчелюстную область. Беспокоит боль, значительное кровотечение из раны. Догоспитальная помощь: давящая повязка. Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, сознание — ступор, дыхание везикулярное, ЧД — 26/мин, ритмичное, пульс ритмичный, слабого наполнения и напряжения, ЧСС — 124/мин, АД — 50/0 мм Нг. Периферические вены спавшиеся. При осмотре после снятия повязки: имеется раневой дефект 10×4 см в подчелюстной области, края раны рваные, в ране определяется разможенная подчелюстная слюнная железа, кровотечение продолжается, кровь алая, вытекает из раны сильной пульсирующей струей, мягкие ткани дна полости рта, шеи слева, подъязычной области, языка имбибированы кровью.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Дефекты догоспитальной помощи?

3. План оказания неотложной помощи?
4. План дообследования?
5. План дальнейшего лечения?

А. Оказание неотложной помощи при массивном кровотечении включает остановку кровотечения и противошоковые мероприятия. Цель обследования: выяснить степень компенсации витальных функций, определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выявить возможные осложнения и сопутствующие заболевания, которые могут существенно влиять на лечение. Цель лечения: компенсация витальных функций, восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Оказание неотложной помощи начинается непосредственно после принятия решения о ее необходимости. Методы остановки могут быть временными и окончательными. Следует выбрать наиболее надежный способ гемостаза и проконтролировать его эффективность. Оказание догоспитальной помощи проводится по тем же принципам. Первоочередные манипуляции направлены на поддержание функций внешнего дыхания, сердечно-сосудистой деятельности, выделения. Задачи последующего лечения: компенсация жизненно важных функций, обеспечение заживления раны, восстановление целостности утраченных покровных тканей, профилактика осложнений. Наиболее вероятны септические осложнения со стороны рваной раны и разможенного паренхиматозного органа.

Задача 10

Пациент Д., 29 лет. Из анамнеза: травму получил при участии в соревнованиях по боксу. Беспокоит боль в левой половине лица, двоение в глазах, онемение крыла носа и верхней губы слева. Объективно: состояние удовлетворительное. Конфигурация лица изменена за счет выраженного отека в скуловой, периорбитальной и щечной областях слева. Определяется гематома век левого глаза. Снижена тактильная чувствительность кожи в зоне иннервации 2-й ветви тройничного нерва слева, пальпация скуловой области слева резко болезненна; определяется ступенькообразная деформация нижнего края орбиты левого глаза, прикус не нарушен. На рентенограмме скуловых костей определяется линия перелома в области нижнего края орбиты, субтотальное затемнение верхнечелюстной пазухи слева. Передняя риноскопия: отек слизистой оболочки боковой стенки носа слева, нативная кровь в среднем носовом ходе слева.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента с травмой челюстно-лицевой области: определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выяснить степень компенсации витальных функций, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно влиять на лечение. Цель лечения: восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Описанные симптомы могут быть характерны для травм различной степени тяжести. Для правильной оценки тяжести повреждений необходимо изучение областей анатомически близких к лицевому скелету (параназальные синусы, глазное яблоко). Общеклиническое обследование пациента с челюстно-лицевой травмой включает пальпацию лицевого скелета с проведением нагрузочных проб, определение характера содержимого верхнечелюстной пазухи. План лечения включает мероприятия по репозиции, фиксации и иммобилизации отломков, профилактике осложнений. Наиболее вероятные осложнения связаны с инфицированием содержимого верхнечелюстной пазухи.

Задача 11

Пациент А., 29 лет. Беспокоит припухлость, сильная распирающая боль в околоушно-жевательной области справа, повышение температуры тела до 39°C, усиление боли при приеме пищи. Связывает начало заболевания с переохлаждением на рыбалке 2 дня назад. Объективно: состояние средней тяжести. Дыхание везикулярное, ЧД — 16/мин, пульс ритмичный, ЧСС — 90/мин, АД — 130/80 мм Нг. Умеренный отек тканей околоушной области справа, мягкие ткани инфильтрированы, пальпация болезненна. Per os: из устья стенонова протока справа — обильное отделение гноя. ОАК: лейкоциты — 12×10^9 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ — 15 мм/ч. При УЗИ околоушной слюнной железы полостных образований и конкрементов не выявлено, отмечается умеренное расширение протоков правой околоушной слюнной железы.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента при наличии признаков острого воспалительного заболевания: установить причину, определить распространенность патологического процесса, наличие осложнений, степень адекватности общей и местной реакции организма. План лечения: санация очага воспаления, обеспечение адекватного оттока патологического отделяемого; этиотропная терапия, мероприятия по созданию функционального покоя пораженного органа, лечение и/или профилактика осложнений.

Б. Острый гнойный воспалительный процесс в околоушной слюнной железе может вовлекать строму органа, паренхиму или внутрижелезистые лимфоузлы, что определяет направления дифференциальной диагностики. Необходимость хирургической обработки очага определяется возможностью оттока экссудата через протоковую систему, наличием замкнутых гнойных полостей. Этиотропное лечение предполагает соблюдение принципов антибактериальной терапии. Функциональный покой достигается путем назначения лечебного режима и диеты.

Задача 12

Пациент Б., 37 лет. Переведен в областную больницу из центральной районной больницы в тяжелом состоянии. Из анамнеза — 5 суток назад амбулаторно удален 38 зуб. Через 2 дня обратился в ЦРБ в связи с ухудшением состояния. Прооперирован по поводу флегмоны подчелюстной области слева. Состояние продолжало ухудшаться, в связи с чем переведен для дальнейшего лечения в областную больницу. Объективно: состояние тяжелое, уровень сознания — сопор, температура тела 39,9°C, положение вынужденное — на боку (на спине лежать не может), в положении лежа на спине при поколачивании по пяткам — боль за грудиной, в положении сидя — подбородок приведен к груди, разогнуть шею не может, дыхание везикулярное, ослабленное, ЧД — 26/мин, пульс ритмичный, ЧСС — 120/мин, АД — 100/60 ммHg. Выражен отек и инфильтрация мягких тканей в подчелюстных областях, шеи слева до средней трети грудины, рана в подчелюстной области слева — 1,5 см с мутным отделяемым. Рентгенограмма органов грудной клетки — средостение расширено, срединная тень смещена вправо. ОАК: гемоглобин — 106 г/л, эритроциты — $2,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты — 18×10^9 /л, выраженный нейтрофильный сдвиг влево, токсическая зернистость лейкоцитов, СОЭ — 52 мм/ч; БАК: мочевины — 14 ммоль/л, креатинин — 170 мкмоль/л, билирубин — 34 ммоль/л, общий белок — 42 г/л. ОАМ: протеинурия, цилиндрурия.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Дообследование?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента при наличии признаков острого воспалительного заболевания: установить причину, определить распространенность патологического процесса, наличие осложнений, степень адекватности общей и местной реакции организма. План лечения: санация очага воспаления, обеспечение адекватного оттока патологического отделяемого; этиотропная терапия, лечение и/или профилактика осложнений.

Б. Тяжесть пациента обусловлена общетоксической реакцией, локальные признаки указывают на поражение органов грудной клетки. Диагностический поиск проводится с учетом закономерности распространения гнойных процессов по клетчаточным пространствам. У пациента имеется несанированный гнойный очаг. Современная формулировка диагноза должна характеризовать: 1) первичный гнойный очаг; 2) септические осложнения; 3) синдром полиорганной недостаточности; 4) нарушение витальных функций. Лечение проводится с учетом патогенеза заболевания и подразумевает ликвидацию входных ворот инфекции, устранение токсинов, микробных тел, продуктов их жизнедеятельности из крово- и лимфотока, компенсацию витальных функций, коррекцию общей и местной реакции организма на повреждение.

Задача 13

Пациент В., 37 лет. Беспокоят постоянные ноющие боли в щечной области слева, иррадиирующие в зубы верхней челюсти слева, периодическое истечение гноя из лунки 26 зуба, попадание жидкой пищи в нос во время приема пищи. Из анамнеза — зуб 26 удален 10 дней назад, заживления лунки не произошло, в связи с чем направлен на консультацию. Объективно: лунка 26 зуба выполнена грануляционной тканью. При зондировании лунки инструмент «проваливается» на глубину 3–4 см, не встречая сопротивления, при этом из лунки появляется гной.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента при наличии признаков нарушения целостности стенок ротовой полости: установить локализацию дефекта, причину его появления, наличие осложнений. План лечения: санация очага воспаления, устранение дефекта оптимальным способом в оптимальных для заживления условиях.

Б. Анатомические соотношения высоты альвеолярного отростка и высоты корней премоляров и моляров верхней челюсти таковы, что, чаще всего, верхушки корней указанных зубов находятся в полости верхнечелюстной пазухи и покрыты лишь слизистой оболочкой. При консервативном лечении грануляционный процесс практически никогда не приводит к формированию рубца в области соустья. Открытое соустье приводит к развитию периодически обостряющегося хронического синусита. Порочный круг замыкается. Задача лечения — разобщение полости рта и верхнечелюстной пазухи. Неэффективность хирургического вмешательства может быть связана с обострением воспалительного процесса, который нарушает заживление раны.

Задача 14

Пациент Г., 29 лет. Беспокоят сильные распирающие боли в щечной области слева, иррадиирующие в зубы верхней челюсти слева и нос. Из анамнеза — зуб 26 заболел 3 дня назад. За медицинской помощью не обращался. Объективно: состояние средней тяжести. Температура 37,6°C. Дыхание везикулярное, ЧД — 17/мин, пульс ритмичный, ЧСС — 86/мин, АД — 120/85 мм Нг. Выражен отек в щечной области слева, пальпация болезненна, зуб 26 разрушен кариозным процессом, перкуссия болезненна, переходная складка сглажена. Определяется патологическая подвижность зубов 24-25-26-27. Мягкие ткани в области клыковой ямки уплотнены, костная ткань недостижима при пальпации. Отмечается снижение чувствительности кожи верхней губы слева. Рентгенограмма околоносовых пазух — левая верхнечелюстная пазуха субтотально затемнена, определяется горизонтальный уровень жидкости, костно-деструктивных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента при наличии признаков острого воспалительного заболевания: установить причину, определить распространенность патологического процесса, наличие осложнений, степень адекватности общей и местной реакции организма. План лечения: санация очага воспаления, обеспечение адекватного оттока патологического отделяемого; этиотропная терапия, мероприятия по созданию функционального покоя пораженного органа, лечение и/или профилактика осложнений.

Б. Диагностический поиск проводится с учетом закономерности распространения гнойных процессов по анатомическим зонам. Следует помнить о закономерностях клинической и рентгенологической эволюции одонтогенных воспалительных процессов. Уточняющая диагностика проводится на основании инвазивных и лабораторных методов. План лечения: санация очага воспаления, обеспечение адекватного оттока патологического отделяемого; этиотропная и патогенетическая терапия, лечение и/или профилактика осложнений.

Задача 15

Пациентка К., 52 года. Из анамнеза: 5 дней назад амбулаторно удален 38 зуб по поводу обострения хронического периодонтита, через 3 дня боль в области удаленного зуба усилилась, появилось повышение температуры до 37,9°C. Сегодня почувствовала резкое ухудшение самочувствия, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение областной больницы. Жалобы на сильную боль, припухлость в подчелюст-

ной области слева, повышение температуры тела, боль при глотании, затрудненное, болезненное, резко ограниченное открывание рта. Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, кожные покровы бледноваты, дыхание везикулярное, ЧД — 19/мин, пульс ритмичный, ЧСС — 94/мин, АД — 130/70 мм Нг. Умеренный отек в подчелюстной области слева, мягкие ткани в этой области инфильтрированы, инфильтрат муфтообразно охватывает кость, пальпация умеренно болезненна. Открывание рта до 1,5 см, болезненное. Положительный симптом Венсана слева. Per os: лунка удаленного 38 зуба выполнена серым фибриновым сгустком, крыло-челюстная складка слева выбухает медиально, гиперемирована, напряжена. Симптом флюктуации положительный. При пункции парафарингеального пространства в месте флюктуации получен сливкообразный гной. Температура тела 38,6°C. ОАК: гемоглобин — 117 г/л, лейкоциты крови 19×10^9 /л, нейтрофильный сдвиг формулы влево, СОЭ — 17 мм/ч.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План дообследования?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента при наличии признаков острого воспалительного заболевания: установить причину, определить распространенность патологического процесса, наличие осложнений, степень адекватности общей и местной реакции организма. План лечения: санация очага воспаления, обеспечение адекватного оттока патологического отделяемого; этиотропная терапия, мероприятия по созданию функционального покоя пораженного органа, лечение и/или профилактика осложнений.

Б. Выставить правильный диагноз помогает знание этапов заживления лунки удаленного зуба и изучение эволюции болезненных проявлений у пациента. При этом клиническая картина осложнений может наслаиваться на основное заболевание. При выборе способа лечения важно установить степень выраженности местной компенсаторно-приспособительной реакции (неспецифического воспаления), чтобы определить объем адекватного вмешательства и консервативной терапии. Этот же фактор определяет и прогноз заболевания.

Задача 16

Пациентка И., 31 год. В течение 6 месяцев беспокоят периодические ноющие боли в зубе 36. Отмечает, что за последние 2 месяца боли стали сильнее. 2 недели назад появился свищ на слизистой оболочке нижнего альвеолярного отростка с вестибулярной стороны, периодически из отверстия отходит незначительное количество гноя, после чего, боль ослабевает. Объективно: зуб 36 на 2/3 коронки разрушен кариозным процессом. Перкуссия болезненна. На слизистой оболочке нижнего альвеолярного отрост-

ка с вестибулярной стороны в проекции 36 зуба имеется точечный свищ со скудным гнойным отделяемым. Дентальная рентгенограмма — расширение периодонтальной щели, периапикальное разрежение костной ткани с нечеткими очертаниями.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Механизм развития воспаления?
3. Вероятные осложнения?
4. План лечения?

А. Цель обследования пациента при наличии признаков хронического воспалительного заболевания: установить причину, распространенность фокуса воспаления, наличие осложнений, степень адекватности общей и местной реакции организма. План лечения: санация очага воспаления, устранение причины заболевания; этиотропная терапия, создание условий для предотвращения рецидива, лечение и/или профилактика осложнений.

Б. Хроническое неспецифическое воспаление в челюстно-лицевой области обычно является следствием наличия кариозной полости, несостоятельностью общей и/или местной резистентности, неадекватного самодрежирования очага. Роль каждого из этих факторов определяется данными общеклинического, инструментального и лабораторного обследования.

Задача 17

Пациент Ж., 48 лет. 2 года назад появилось безболезненное уплотнение на коже правой щеки. Образование увеличивалось в размерах, через 3 месяца появились свищи с жидким гноем, периодически заживающие и открывающиеся вновь. Считает себя больным около 2 лет, связывает начало заболевания со случайной бытовой травмой (царапина). Объективно: конфигурация лица не изменена, при пальпации определяется хрящевидной плотности инфильтрат, занимающий часть щечной и подчелюстной области слева до 4 см в диаметре. Имеются 2 точечных свища со скудным отделяемым и рубцовые атрофические втяжения (следы заживших свищей). Per os: полость рта санирована, слизистая щеки слева застойной, синюшной окраски. Подчелюстные лимфатические узлы справа уплотнены, увеличены до 2 см в диаметре, смещаемы, безболезненны.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Механизм развития заболевания?
3. Дообследование?
4. План лечения?

А. Цель обследования пациента при наличии признаков хронического специфического воспалительного заболевания: установить возбудителя,

распространенность фокуса воспаления, провести дифференциальную диагностику с новообразованиями. План лечения: специфическая и неспецифическая этиотропная терапия, создание условий для предотвращения рецидива, лечение и/или профилактика осложнений.

Б. Большая часть хронических воспалительных заболеваний вызывается специфическими возбудителями, не только бактериями, но и паразитами, простейшими, грибковой флорой. Наиболее распространенных возбудителей идентифицируют лабораторными методами, путем посевов и/или микроскопии патологического отделяемого. Наиболее надежные методы верификации опухолей основаны на инвазивной диагностике.

Задача 18

Пациент Е., 18 лет. Болен двое суток. Обратился самостоятельно в поликлинику к хирургу с жалобами на сильную боль, припухлость верхней губы, озноб, температуру 39°C. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное, кожные покровы бледно-розовые, дыхание везикулярное, ЧД — 17/мин, пульс ритмичный, ЧСС — 90/мин, АД — 115/70 мм Hg. Выражен отек, асимметрия верхней губы, инфильтрация верхней губы, пальпация резко болезненна, кожа левой половины верхней губы гиперемирована, имеется пустула 1 см с желтоватым содержимым. В подкожной клетчатке по ходу носогубной складки слева до внутреннего угла глаза пальпируется плотный болезненный тяж толщиной до 1 см.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента при наличии признаков острого воспалительного заболевания: установить причину, определить распространенность патологического процесса, наличие осложнений, степень адекватности общей и местной реакции организма. План лечения: санация очага воспаления, обеспечение адекватного оттока патологического отделяемого; этиотропная терапия, мероприятия по созданию функционального покоя пораженного органа, лечение и/или профилактика осложнений.

Б. Существуют заболевания-маски острых хирургических состояний. Обычно такие заболевания не требуют хирургического лечения и поддаются адекватной консервативной терапии (пиодермии, специфические бактериальные и вирусные инфекции). Опорные пункты в постановке диагноза и определении хирургической тактики: стадия острого неспецифического воспаления, клинические признаки тяжелых осложнений. Обязательно исключить заболевания со сходной клинической картиной, при которых оперативное вмешательство противопоказано.

Задача 19

Пациентка Д., 34 года. Обратилась в приемное отделение областной больницы с жалобами на боль, чувство распирания в подчелюстной области слева, усиливающиеся во время приема пищи, горький вкус во рту. Из анамнеза: считает себя больной в течение 2-х недель, болевые ощущения нарастали постепенно. Около 2 лет назад отмечала подобные симптомы, которые прошли самостоятельно. Объективно: умеренный отек подчелюстной области слева, пальпируется увеличенная слабоболезненная подчелюстная слюнная железа слева, из вартонова протока слева при массаже железы выделяется скудное количество мутной слюны с примесью гноя. При бимануальной пальпации — уплотнение по ходу протока на уровне 36 зуба. Рентгенограмма дна полости рта — тень конкремента на уровне 36 зуба.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента при наличии признаков хронического воспалительного заболевания: установить причину, распространенность фокуса воспаления, провести дифференциальную диагностику с новообразованиями, оценить функциональную состоятельность пораженного органа, выявить возможные осложнения. План лечения: устранение причины заболевания, создание условий для предотвращения рецидива, лечение и/или профилактика осложнений.

Б. Наличие конкремента позволяет объяснить основную причину воспаления — механическое препятствие для оттока слюны. Возникновение конкрементов в слюнных железах могут обуславливать как общие, так и местные факторы. Механизм образования конкрементов на бактериальной матрице-слежке такой же, как для желчевыводящей системы. Удаление конкремента (литотомия) приводит к устранению препятствия, но не факторов, вызвавших его появление. Условие правильного лечения — установление причин, вызвавших сиалолитиаз и их устранение.

Задача 20

Пациент С., 38 лет. 1 год назад появилось узловое образование в тканях шеи слева. Узел постепенно увеличивается, 4 месяца назад появились аналогичные узлы ниже первого. Периодически возникает припухлость и болезненность в области образований, которая купируется после противовоспалительного лечения. Объективно: в верхней трети шеи слева у переднего края кивательной мышцы пальпаторно определяется лимфатический узел 2,5 см в диаметре, плотноэластический, округлый, очертания нечеткие, смещаемый, слегка болезненный, кожа над ним интактна, ниже него — 3 узла с аналогичными характеристиками, до 1,5 см.

Вопрос:

1. План обследования?

А. Симптом увеличения лимфатического узла встречается при нескольких группах заболеваний. Для каждой из этих групп характерны определенные анамнестические данные и другие проявления, выявляемые общеклиническими, инструментальными, лабораторными и инвазивными методами.

Б. Группы патологических процессов, манифестирующие увеличением лимфатического узла: воспалительные заболевания — острые и хронические, специфические и неспецифические; опухоли — с первичным поражением лимфатической системы и вторичным (метастатическим); лимфаденопатии. Если данные анамнеза и общеклинического обследования позволяют с большой степенью вероятности отнести патологический процесс к одной из этих групп, то последующий диагностический поиск должен это подтвердить или исключить, а также установить конкретную нозологическую форму. В любом случае, требуется исключить некоторые инфекционные заболевания.

Задача 21

Пациентка Т., 62 года, сельский житель. В течение 2 лет периодически появляются эрозии на красной кайме нижней губы, сопровождаются жжением, мокнутием. Обострение длится 2–3 недели. В период ремиссии эрозии эпителизируются, но сохраняется шелушение, легкая болезненность красной каймы нижней губы. После обострения 2 месяца назад полной эпителизации не наступило. Обратилась к врачу. Объективно: состояние удовлетворительное. Шейные и подчелюстные лимфатические узлы пальпаторно не определяются. В средней трети красной каймы нижней губы парамедианно справа имеется эрозия 0,5 см в диаметре. Очертания фестончатые, края нечеткие, поверхность гладкая, цвет красный, консистенция мягкая. Слизистая оболочка рта розовая, гладкая, чистая. Отмечается значительное отложение зубного камня в области шеек 41–42.

Вопросы:

1. План обследования.
2. Какие заболевания могут быть выявлены у пациентки?
3. Вероятные причины их развития?
4. Варианты лечения?

А. При обнаружении патологического процесса с признаками новообразования главная задача врача — доказать наличие или отсутствие злокачественной опухоли.

Б. Наиболее информативные методы верификации (подтверждения) опухоли: цито- или гистологическое исследование патологического материала. Лечебная тактика определяется клиническими, анамнестическими и

морфологическими данными. План обследования при обнаружении злокачественной опухоли включает уточнение распространенности новообразования на локальном, регионарном и организменном уровне. План лечения предопухолевого заболевания включает устранение причин, консервативные и хирургические методы.

Задача 22

Пациент К., 67 лет. В течение 6 лет наблюдается по поводу поверхностной лейкоплакии слизистой оболочки правой щеки. Контроль у онколога и стоматолога каждые 6 месяцев. Выполнена санация кариозных зубов, коррекция прикуса. Постоянно осуществляется орошение рта антисептиками, стимуляторами регенерации. 7 месяцев назад в центре очага лейкоплакии появилось веррукозное (бородавчатое) образование 0,5 см в диаметре, безболезненное, белесое, слегка уплотненное. 5 месяцев назад осмотрен стоматологом, выполнена биопсия, гистологическое заключение — веррукозная лейкоплакия с дисплазией эпителия 3 степени. Назначен контроль через 6 месяцев. За последние 3 месяца образование увеличилось до 0,8 см, появилась незначительная болезненность при контакте.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Составьте план обследования?
3. Укажите на ошибки в обследовании пациента?

А. Цель диспансеризации пациентов с предопухоловой патологией (Ib клиническая группа) — своевременное выявление признаков злокачественной трансформации; назначение углубленного обследования при подозрении на малигнизацию; коррекция лечебных мероприятий соответственно динамике заболевания.

Б. Гистологическое исследование — наиболее информативный метод верификации опухоли. И все же он не обеспечивает 100 %-ю надежность. Коррекция диагностической схемы может включать сокращение интервалов между контрольными осмотрами, назначение курсов противовоспалительной, иммунокорригирующей терапии, активную хирургическую тактику.

Задача 23

Пациент А. 59 лет. 2 месяца назад появилась боль в области 36 зуба, постоянная, ноющая с усилением при механической нагрузке. Обращался к стоматологу, осмотрен, выполнена дентальная рентгенограмма. Визуально — кариозное разрушение коронки 36 зуба, локальная припухлость и незначительная гиперемия десны. На снимке — очаговая резорбция альвеолярного отростка в области верхушки 36 зуба. Диагноз: хронический гранулирующий периодонтит. Выполнено удаление 36 зуба, кюретаж лунки, удалены фрагменты грануляционной ткани, проведено противовоспалительное ле-

чение. С 6–7 суток после удаления — постепенное нарастание боли. При осмотре — в лунке фибринозный сгусток, незначительная локальная припухлость. Назначено противовоспалительное лечение — без эффекта. Еще через 2 недели появилась ипсилатеральная (на стороне поражения) оталгия, через 4 недели — для купирования боли потребовался ежедневный прием анальгетиков. Повторное обращение к стоматологу, осмотр — незначительное усиление припухлости в области 34-35-36 зубов, в лунке 36 зуба — разрастание грануляционной ткани, локальная болезненность при пальпации, увеличение подчелюстного лимфатического узла слева до 1,5 см, узел округлый, смещаемый, плотноэластический, слегка болезненный.

Вопросы:

1. План обследования?
2. Предположительный диагноз?
3. Укажите на ошибки обследования пациента?

А. Принцип онкологической настороженности заставляет трактовать случаи атипичного или осложненного течения заболеваний как подозрительные на злокачественные опухоли. В такой ситуации необходимо включить в перечень обследования мероприятия по исключению или подтверждению новообразования соответствующей локализации.

Б. Санация очага при лечении хронического периодонтита в фазе обострения должна приводить к быстрому (до 3 суток купированию воспалительных явлений). Если этого не происходит, то, как правило, развивается одонтогенный остеомиелит. Иные варианты эволюции заболевания следует считать атипичными или осложненными.

Задача 24

Пациент Е. 64 года. В течение 1 месяца — боль в области 11-12-13 зубов, постоянная, ноющая, постепенно нарастает. Обращался к стоматологу, выполнен осмотр, дентальный снимок, ортопантограмма. Визуально и рентгенологически определяемой патологии не выявлено. Диагноз — невралгия II ветви тройничного нерва. Назначенное медикаментозное лечение дало временный эффект, через 2 недели боль возобновилась. При повторном осмотре обнаружена гипестезия кожи и слизистой оболочки в зоне иннервации II ветви n. trigemini справа, других патологических изменений не выявлено. Лечение дополнено физиопроцедурами, иглорефлексотерапией. Через 10 дней эффекта не наступило, появилась припухлость в области собачьей ямки справа.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. Укажите на ошибки обследования пациента?

А. Диагноз «Невропатия II ветви тройничного нерва» предполагает обследование с целью выявления всех возможных органических причин заболевания.

Б. Должны быть обследованы с использованием инструментальных методов все анатомические зоны по ходу пораженного нервного ствола: средняя черепная ямка, височная кость, крылонебная ямка, верхнечелюстная пазуха, полость носа. Если по каким-то причинам до начала лечения не удалось обследовать пациента в полном объеме, то в случае неэффективности лечения необходимо назначить дообследование. Наличие же клинических признаков опухолевого роста обязывает верифицировать новообразование цито- или гистологически.

Задача 25

Пациент Ш., 56 лет. В течение 1 месяца пациента беспокоит ощущение инородного тела в мягких тканях в области угла нижней челюсти справа. Периодически появляется умеренная ноющая боль в этой проекции. Объективно: слизистая оболочка рта — без визуально определяемых изменений. ЛОР-осмотр — признаки хронического простого фарингита. Пальпаторно — незначительная болезненность мягких тканей в верхней трети шеи справа, узловых образований, изменения консистенции не выявлено. Пациент настаивает на направлении в онкологический диспансер, так как 3 месяца назад его знакомый умер от рака глотки.

Вопрос:

1. Какие обследования следует выполнить при направлении в онкологический диспансер?

А. Онколог-консультант должен получить объективные данные о заинтересованной анатомической зоне на основании инструментальных методов исследований. Методы должны охватить все структуры, изменения в которых могут сопровождаться указанными симптомами.

Б. К упомянутым жалобам могут привести как структурные изменения в ряде анатомических образований, так и функциональные нарушения, обусловленные патологией центральной нервной системы. Хотя анамнез (связь со стрессовым фактором) позволяет с большой долей вероятности предположить психогенный характер заболевания, в первую очередь следует исключить органическую патологию.

Задача 26

Пациент Д., 30 лет. В течение 12 лет персистирует узловое образование в левой околоушной области. За это время его диаметр увеличился с 1,5 до 2 см. При профилактических осмотрах пациент обращал внимание врачей на наличие этого образования. Выставлялся диагноз «Аденома левой околоушной слюнной железы». Был информирован о возможности удаления опухоли (резекция околоушной слюнной железы), но в связи с отсутствием

тенденции к росту и риском повреждения лицевого нерва было рекомендовано динамическое наблюдение. Объективно: в левой околоушной области пальпаторно определяется опухоль, безболезненная, 2 см в диаметре. Консистенция плотноэластическая, очертания полициклические, поверхность гладкая. В верхней трети шеи слева — плотноэластический смещаемый лимфатический узел 1 см в диаметре, округлый, безболезненный.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. Укажите на ошибки обследования пациента?

А. Аденома околоушной слюнной железы — предраковое заболевание с частотой малигнизации 10–30 %. Первым признаком малигнизации не всегда является быстрое изменение первичной опухоли, озлокачествление может проявиться метастазированием в регионарные лимфатические узлы и отдаленные органы. Динамическое наблюдение оправдано при невозможности радикального удаления опухоли.

Б. Главные задачи диагностического этапа — морфологическая верификация опухоли и уточнение ее распространенности.

Задача 27

Пациент О., 49 лет. 2 месяца назад появилась боль в области 47 зуба. 1,5 месяца назад обратился к стоматологу. В связи с кариозным разрушением коронки удален 47 зуб. Боль сохранялась и постепенно усиливалась. Повторный визит к стоматологу через 2 недели. Выявлено уплотнение в области челюстно-язычного желобка справа до 2 см в диаметре, болезненное, с нечеткими очертаниями. Ортопантомография — без признаков патологических изменений костной ткани. Диагноз: инфильтрат челюстно-язычного желобка. Назначено противовоспалительное лечение. В течение 2 недель эффекта не наступило, боль усилилась, появилась оталгия справа, дизартрия (нарушение речи). Объективно: ограничение подвижности правой половины языка, в области правого челюстно-язычного желобка — болезненный инфильтрат до 3 см в диаметре, очертания его нечеткие, на поверхности — щелевидный язвенный дефект 1,5×0,5 см с неровными краями. В правой подчелюстной области пальпаторно определяется плотноэластический лимфатический узел 1,5 см в диаметре, округлый, безболезненный, смещаемый.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. Укажите на ошибки обследования пациента?

А. Принцип онкологической настороженности заставляет трактовать случаи атипичного или осложненного течения заболеваний как подозритель-

ные на злокачественные опухоли. При обнаружении патологического процесса с признаками новообразования необходимо верифицировать опухоль.

Б. Общеклиническое обследование пациента с зубной болью включает не только осмотр и перкуссию зубов, но и осмотр слизистой оболочки рта, пальпацию подчелюстных и шейных лимфатических узлов. Обследование пациента с подтвержденной злокачественной опухолью направлено на уточнение ее распространенности на локальном (соседние с первичной опухолью анатомические зоны), регионарном (шейные и подчелюстные лимфатические узлы) и организменном (наиболее вероятные органы-объекты отдаленного метастазирования) уровне.

Задача 28

Пациент С., 53 года. 3 месяца заметил пятно на языке. Лечение не проводилось. Объективно: на слизистой оболочке боковой поверхности подвижной части языка в средней трети слева имеется пятно красноватого цвета 1,5×2,5 см, поверхность бархатистая с фибринозным налетом в центре, очертания нечеткие, слегка болезненное, консистенция мягкоэластическая. Отмечается кариозное разрушение коронок 35-36 зубов, значительное отложение зубного камня в области шеек 34-35-36-37 зубов. Шейные и подчелюстные лимфатические узлы пальпаторно не определяются. Выполнены мазки-отпечатки с поверхности пятна, заключение цитолога: многослойный плоский эпителий с признаками атипии, элементы воспаления.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План диспансеризации?

А. При обнаружении патологического процесса с признаками новообразования необходимо верифицировать опухоль цито- или гистологически. Любое сомнение в трактовке результатов обследования требует применения более информативного метода.

Б. Более информативным методом по отношению к цитологическому исследованию мазков-отпечатков с поверхности патологического с признаками воспаления (болезненность, фибринозный налет) является гистологическое исследование материала, предпочтительно после противовоспалительного лечения. План лечения предопухолевого заболевания включает устранение причин, консервативные и хирургические методы. Вопрос о хирургическом лечении решается в зависимости от риска малигнизации, предполагаемой эффективности (например, при заболеваниях с диффузным поражением хирургическое лечение менее целесообразно, чем при очаговых процессах) и травматичности операции. Задачи диспансеризации пациентов с предопухоловой патологией (Ib клиническая группа) — своевременное выявление признаков злокачественной трансформации; коррекция лечебных мероприятий соответственно динамике заболевания.

Задача 29

Пациент С., 46 лет. 2 месяца назад заметил узловое образование в тканях шеи слева. Узел постепенно увеличивается. Не лечился. Объективно: в верхней трети шеи слева у переднего края кивательной мышцы пальпаторно определяется лимфатический узел 2,5 см в диаметре, плотноэластический, бугристый, смещаемый, безболезненный, кожа над ним интактна, другие периферические лимфатические узлы не изменены.

Вопрос:

1. План обследования?

А. Симптом увеличения лимфатического узла встречается при нескольких группах заболеваний. Для каждой из этих групп характерны определенные анамнестические данные и другие проявления, выявляемые общеклиническими, инструментальными, лабораторными и инвазивными методами.

Б. Группы патологических процессов, манифестирующие увеличением лимфатического узла: воспалительные заболевания — острые и хронические, специфические и неспецифические; опухоли — с первичным и вторичным (метастатическим) поражением лимфатической системы; лимфаденопатии. Если данные анамнеза и общеклинического обследования позволяют с большой степенью вероятности отнести патологический процесс к одной из этих групп, то последующий диагностический поиск должен это подтвердить или исключить, а также установить конкретную нозологическую форму. В любом случае требуется исключить некоторые инфекционные заболевания.

Задача 30

Пациент В., 66 лет. 6 месяцев назад проводилось лучевое лечение по поводу рака слизистой оболочки тела языка. Лучевая терапия не дала эффекта, опухоль продолжает рост, от операции пациент отказался, проводится симптоматическое лечение. В течение 1 месяца нарастает тризм, боль в языке, оталгия, снижение массы тела. Несколько часов назад появилось выделение крови изо рта. Доставлен в стационар бригадой скорой помощи. Объективно: состояние средней тяжести. В сознании, кожные покровы бледноватые, с землистым оттенком. Кахексия 2 степени. Дыхание везикулярное, ЧД — 19/мин, пассаж воздуха через верхние дыхательные пути свободный. Пульс ритмичный, ЧСС — 110/мин, АД — 95/50 мм Hg. Шейные лимфатические узлы пальпаторно не определяются. Тризм 2–3 степени. Изо рта поступает кровь. При осмотре полости рта эндоскопом — во рту нативная кровь и сгустки, в задней части тела языка и боковой стенки ротоглотки имеется инфильтративно-язвенная опухоль 5×6 см с продолжающимся кровотечением.

Вопросы:

1. План оказания неотложной помощи пациенту?

2. План обследования?

А. Симптоматическая помощь включает мероприятия по устранению угрожающих жизни проявлений онкологического заболевания. К таковым относится кровотечение из опухоли. Существуют методы временной и окончательной остановки кровотечения. Некоторые из них могут быть применены только в условиях общей анестезии. Кроме того, пациенту потенциально угрожает аспирационная асфиксия.

Б. Тризм (вследствие инвазии опухоли в крыловидные мышцы) резко затрудняет адекватный доступ к полости рта. Это исключает из арсенала хирурга часть способов остановки кровотечения и делает невозможной интубацию трахеи через рот для выполнения анестезиологического пособия.

ОТВЕТЫ

Задача 1. План обследования. Ввиду коматозного состояния пациента и невозможности выяснения у него жалоб необходимо обследование всех жизненно важных органов для исключения их повреждений (измерение ЧСС, АД, определение функции внешнего дыхания, рентгенограмма черепа, шейного отдела позвоночника, исследование органов грудной клетки, брюшной полости, забрюшинного пространства, тазовых органов).

План лечения: в первую очередь, необходимо провести коррекцию витальных функций. Для профилактики асфиксии необходимо санировать верхние дыхательные пути. При неадекватном спонтанном дыхании — интубация, по показаниям — перевод на ИВЛ. Катетеризация центральной и/или периферической вены, при невозможности — венепункция. Катетеризация мочевого пузыря. Специализированное лечение челюстно-лицевой травмы проводят только при стабилизации гемодинамических показателей, так как ранние активные действия могут привести к усугублению состояния пациента. После стабилизации состояния пациента — рентгенологический контроль зоны перелома (возможно появление смещения отломков в период реанимации). Репозиция отломков при отсутствии смещения не проводится. Фиксация методом назубного двучелюстного шинирования. Иммобилизация методом межчелюстного эластического вытяжения, шиноподбородочной пращой. Антибактериальная терапия. Иммунопрофилактика столбняка по показаниям.

Задача 2. Диагноз: неполный вывих 11, 21 зубов. Рваная рана слизистой оболочки верхней губы.

План лечения: репозиция вывихнутых зубов с последующей иммобилизацией в течение 4 недель (шина-скоба, лигатурное связывание). При подобной травме существует высокий риск некроза пульпы. Клинические проявления наступают по истечении 2–3 недель, как правило, в виде острого гнойного периостита. Жизнеспособность пульпы в латентном периоде может быть определена путем электроодонтометрии (ЭОД). Поэтому, при иммобилизации необходимо выбрать такой способ, при котором будет обеспечен доступ к коронкам с целью проведения ЭОД. В первые дни после травмы электровозбудимость пульпы может быть снижена, поэтому ЭОД-контроль проводится в динамике: сразу после травмы и в течение недели после нее. Если при повторных обследованиях электровозбудимость пульпы остается низкой, то это указывает на гибель пульпы и необходимость эндодонтического лечения. Клиническими признаками гибели пульпы являются потускнение и потемнение коронки. При наличии хронического воспалительного процесса (хронический пульпит, периодонтит и др.) измененная пульпа изначально является источником инфицирования зоны травмы и способствует развитию септических осложнений. В таком случае проводится удаление зуба.

Рану слизистой оболочки губы подвергают первичной хирургической обработке, которая включает ревизию раны, иссечение краев и перевод ее в резаную, гемостаз и ушивание. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия. Иммунопрофилактика столбняка по показаниям.

Задача 3. Сочетанная травма: закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Перелом верхней челюсти по Ле-Фор II (по средней линии слабости, среднего типа) со смещением. Дообследование: попытка пальпаторно выявить патологическую подвижность и боль при осевой нагрузке; краниография — обзорная и в дополнительных проекциях, по показаниям — компьютерная томография средней зоны лица, черепа; общеклинические лабораторные исследования, консультация нейрохирурга, офтальмолога, оториноларинголога. Контроль нарастающей внутричерепной гематомы с выполнением КТ по показаниям. Лечение: холод местно (1 сутки), одномоментная репозиция и фиксация двучелюстной на зубной шиной, иммобилизация теменно-подбородочной пращой. При значительном смещении, интерпозиции мягких тканей, многооскольчатом переломе — открытая репозиция с металлоостеосинтезом. Лечение сочетанных повреждений смежных областей специалистами по профилю. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия. Иммунопрофилактика столбняка по показаниям.

Задача 4. Диагноз: двусторонний перелом нижней челюсти со смещением центрального отломка, механическая асфиксия, острая дыхательная недостаточность 2 стадии. Алгоритм действий по устранению асфиксии у пациента с челюстно-лицевой травмой: санация полости рта и достижимых аэродигестивных путей вручную или электроотсосом, тракция языка кпереди вручную или языкодержателем, коникотомия, трахеотомия. Переход к последующей манипуляции осуществляется при неэффективности предыдущей. После восстановления внешнего дыхания проводится интенсивная терапия для компенсации жизненно важных функций. У пациента следует предполагать наличие дислокационной асфиксии вследствие двустороннего перелома нижней челюсти из-за смещения центрального отломка и массива тканей дна рта и языка кзади. Репозиция отломков, способ фиксации: двучелюстное шинирование, или остеосинтез при невозможности шинирования (отсутствие зубов, значительное смещение, интерпозиция мягких тканей), иммобилизация теменно-подбородочной пращой. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия, бронхолитики, коррекция КЩС.

Задача 5. Диагноз: открытый травматический перелом нижней челюсти во фронтальном отделе без смещения. У пациента имеется патогномичный признак перелома (крепитация в области подбородка при выполнении нагрузочных проб). Сохранение адекватного прикуса в данной си-

туации объясняется динамически и статически равной тягой мышц левой и правой стороны. Методы уточняющей рентгенодиагностики — ортопантомография, КТ. Репозиция при отсутствии смещения не проводится. Способы фиксации: моношина на нижнюю челюсть, двучелюстная шина (при небольшом смещении), теменно-подбородочная повязка (при отказе от шинирования), остеосинтез (при отсутствии зубов, значительном смещении, интерпозиции мягких тканей, патологическом заживлении), иммобилизация: межчелюстное эластическое вытяжение, теменно-подбородочная праща. Рентгенологический контроль консолидации через 4 недели. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия.

Задача 6. Диагноз: артроз височно-нижнечелюстного сустава, 1 стадия (минимальные рентгенологические изменения), функциональный класс 1 (минимальное нарушение функции сустава). План обследования: компьютерная томография, денситометрия, пункция сустава, артроскопия, по показаниям — биопсия патологической ткани, ОАК, БАК (маркеры острого воспаления и коллагенозов). Лечение: лечебный режим (механически щадящая диета), противовоспалительная терапия, при отсутствии эффекта и прогрессировании — глюкокортикоиды периартикулярно.

Задача 7. Диагноз: острый травматический артрит височно-нижнечелюстного сустава справа. Травматический разрыв наружного слухового прохода. Свободная полость височно-нижнечелюстного сустава, где могла бы скапливаться синовиальная жидкость, стремится к нулю. Термин «гемартроз» не будет соответствовать действительности, так как кровь не сможет накопиться в полостях височно-нижнечелюстного сустава. Передняя стенка слухового прохода имеет мембранозное строение. При описанном механизме травмы головки суставных отростков нижней челюсти движутся вверх и назад, вызывая разрыв слухового прохода. Диагноз выставлен на основании отсутствия травматического повреждения барабанной перепонки, височной кости и нижней челюсти. Анатомическая близость головки суставного отростка к передней стенке наружного слухового прохода определяет повреждение последней при подобном механизме травмы, когда головка суставного отростка движется спереди-снизу вверх-назад. План лечения: щадящий режим, холод местно, нестероидные противовоспалительные средства, антисептики местно в наружный слуховой проход, антибактериальная терапия, физиотерапевтическое лечение. Имунопрофилактика столбняка по показаниям.

Задача 8. Диагноз: Сочетанная травма. Закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Травматический открытый перелом верхней челюсти по Ле-Фор 2 (по средней линии слабости, среднего типа) со смещением отломков и повреждением придаточных пазух носа. Подкожная эмфизема лица и шеи. Дообследование: попытка пальпаторно выявить патологическую подвижность и боль при осевой нагрузке; кранио-

графия — обзорная и в дополнительных проекциях, по показаниям — компьютерная томография средней зоны лица, черепа; общеклинические лабораторные исследования, консультация нейрохирурга, офтальмолога, оториноларинголога. Механизм образования эмфиземы — поступление воздуха в ткани через травматический дефект в стенке околоносовых пазух по типу работы клапана. Лечение: холод местно (1 сутки), одномоментная репозиция и фиксация двучелюстной шиной, при значительном смещении, интерпозиции мягких тканей, многооскольчатом переломе — открытая репозиция с металлоостеосинтезом, иммобилизация: межчелюстное эластическое вытяжение, теменно-подбородочная праща. Лечение сочетанных повреждений смежных областей специалистами по профилю. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия. Иммунопрофилактика столбняка по показаниям. Подкожная эмфизема чаще в специальном лечении не нуждается. Иногда можно прибегнуть к введению в подкожную клетчатку толстых игл (пункционных, инъекционных).

Задача 9. Диагноз: рваная рана правой подчелюстной области, продолжающееся артериальное кровотечение (из лицевой или наружной сонной артерии). Геморрагический шок III степени. Методы временной остановки артериального кровотечения: пальцевое прижатие сосуда в ране, пальцевое прижатие сосуда на протяжении, наложение жгута, наложение давящей повязки, наложение кровоостанавливающего зажима, холод местно. В ряде случаев допустимо пренебрежение правилами асептики и антисептики для спасения жизни пациента. Эффективность гемостаза при наружном кровотечении определяется визуально. Если в ране определяется кровоточащий артериальный сосуд, то начать следует с пальцевого прижатия сосуда в ране, при неэффективности используют прижатие на протяжении. Прижимать следует общую сонную артерию на уровне поперечного отростка VI шейного позвонка. Наложение жгута на шею не практикуется, так как чревато развитием асфиксии и ишемических осложнений со стороны головного мозга. Наложение давящей повязки в анатомической зоне со сложным рельефом не является методом приоритетного выбора (основная ошибка догоспитальной помощи наряду с отсутствием контроля гемостаза), так как не позволяет обеспечить надежную компрессию сосуда. В данной ситуации точно установить источник кровотечения и выполнить окончательную остановку можно только в ходе первичной хирургической обработки. Метод выбирается в зависимости от характера ранения и калибра поврежденного сосуда — лигирование (для язычной и наружной сонной артерии), атравматическое ушивание стенки сосуда или пластика (для общей и внутренней сонной артерии). Параллельно оказываемое анестезиологическое пособие включает противошоковые мероприятия (выполнение ОЦК и восстановление транспортной функции крови). При первичной хирургической обработке раны следует удалить нежизнеспособные

и потенциально опасные в отношении септических осложнений ткани, если это не вызовет значительных функциональных и эстетических расстройств. С учетом этого допустимо выполнение экстирпации разможенной подчелюстной слюнной железы. Рана ушивается и дренируется активно. По показаниям одномоментно выполняется пластическое замещение дефекта покровных тканей. Щадящая диета. Туалет раны. Обезболивание. Антибактериальная терапия. Иммунопрофилактика столбняка по показаниям.

Задача 10. Диагноз: травматический перелом скуловой кости слева с незначительным смещением. Ушиб мягких тканей периорбитальной области слева, гематома век левого глаза, тупая травма левого глаза. Травматический неврит 2-ой ветви тройничного нерва слева. В данной ситуации точно установить диагноз при помощи рентгенологического исследования затруднительно ввиду завуалированности костных структур отечными мягкими тканями. Уточняющим методом диагностики является компьютерная томография. Для установления характера содержимого верхнечелюстной пазухи — пункция через нижний носовой ход с аспирацией. При наличии гемосинуса — решение вопроса о радикальной операции на верхнечелюстной пазухе. Оперативное лечение (репозиция скуловой кости) показано только после уменьшения отека, так как существенно уменьшается риск кровотечения и вторичного инфицирования. Лечение: холод местно (1 сутки), одномоментная репозиция репонатором (крючком) Лимберга с декомпрессией 2-й ветви тройничного нерва, при значительном смещении, интерпозиции мягких тканей, многооскольчатом переломе — открытая репозиция с металлоosteосинтезом. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия. Иммунопрофилактика столбняка по показаниям.

Задача 11. Диагноз: острый гнойный паренхиматозный паротит справа, сиалодохит. Дообследование включает посев отделяемого железы для выявления возбудителя и его чувствительности к антибиотикам. Отсутствие полостных образований в железе исключает наличие абсцесса. Выделение гноя через проток железы свидетельствует о преимущественном поражении паренхимы железы. При проведении дифференциального диагноза следует помнить о наличии около- и внутрижелезистых лимфоузлов, паротитах вирусного происхождения. План лечения: полупостельный режим, диета с исключением слюногонных продуктов. В данном случае хирургическая обработка очага не показана в связи с адекватным дренированием через протоковую систему и отсутствием ограниченного гнойного очага. Для улучшения оттока секрета — массаж железы, физиотерапевтическое лечение — ультразвуковое «озвучивание железы», электрофорез с йодистым калием, спазмолитики, муколитики. Антибактериальная терапия: эмпирическая (препараты широкого спектра действия) до получения результатов посева, после получения результата — коррекция по показаниям. Обезболивающие, жаропонижающие.

Задача 12. Диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева, флегмона подчелюстной области, шеи слева, медиастинит, сепсис, септический шок. Дифференциальная диагностика медиастинита проводится с пневмонией по данным перкуссии, аускультации, рентгенографии и КТ грудной клетки. Лечение комплексное, должно проводиться в условиях отделения интенсивной терапии. Включает активное хирургическое лечение гнойных очагов и общую интенсивную многокомпонентную терапию. Хирургическое лечение должно быть выполнено сразу после достижения гемодинамической стабилизации, невзирая на то, что операция и анестезия ухудшают состояние септических больных посредством нарушения гемодинамики и микроциркуляции. Интенсивная терапия сепсиса включает введение антибиотиков и антисептических средств с учетом чувствительности к ним выделенной микрофлоры. Проводят дезинтоксикационную терапию (гемосорбция, форсированный диурез, плазмаферез), лечение глюкокортикоидами (гидрокортизон, преднизолон), коррекцию белково-энергетических потерь (высококалорийное питание, зондовое и парэнтеральное питание), инфузионную терапию (переливание электролитов, поли- и реополиглобулина, жировых и белковых эмульсий), используют прессорные амины (допамин, добутамин, норадреналин) при сохраняющейся гипотензии, кислородную терапию, осуществляют коррекцию нарушенных функций различных органов и систем, по показаниям назначают гепарин, переливают тромбоцитарную массу и свежезамороженную плазму. Важное место в лечении сепсиса занимает иммунотерапия (антиэндоксинная, антицитокиновая, терапия иммуноглобулинами).

Задача 13. Диагноз: хронический одонтогенный синусит левой верхнечелюстной пазухи, стадия обострения. Синус-оральное соустье в области 26 зуба. В диагностике кроме клинической картины на первый план выходит лучевая диагностика (обзорная рентгенограмма параназальных синусов, фистулография, компьютерная томография параназальных синусов). При установленном диагнозе определяющим фактором в выборе тактики лечения является наличие воспалительного процесса. Для успешной операции по устранению синус-орального соустья необходимо купировать явления синусита. Даже при отсутствии клинических признаков острого воспаления пазуха расценивается как потенциальный источник инфицирования. Выполняется радикальная операция на верхнечелюстной пазухе. Пренебрежение описанными принципами приводит к большой вероятности повторных вмешательств.

Задача 14. В. Диагноз: острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти слева (от 26 зуба), субпериостальный абсцесс на уровне 26 зуба. Острый одонтогенный синусит верхнечелюстной пазух слева. Данный пациент нуждается в неотложном оперативном вмешательстве (хирургическая обработка гнойного очага), которое будет заключаться в: 1) удалении

причинного 26 зуба; 2) периостотомии, хирургической обработке субпериостального абсцесса; 3) санации и дренировании верхнечелюстной пазухи (посредством пункции либо постановки постоянного синус-катетера); 4) при возникновении синус-орального соустья использовании лунки 26 зуба для санации верхнечелюстной пазухи, а после купирования воспаления в обязательном порядке — в оперативном устранении соустья. Антибактериальная терапия: эмпирическая (антибиотик широкого спектра действия + антисептик местно + химиопрепарат — метронидазол) до получения результатов посева, после получения результата — коррекция по показаниям. Обезболивание. Дезинтоксикационная терапия по показаниям. Десенсибилизирующая терапия. Физиотерапевтическое лечение.

Задача 15. Диагноз: острый одонтогенный остеомиелит слева. Абсцесс крылочелюстного пространства слева. Санация очага при лечении хронического периодонтита с обострением должна приводить к быстрому (до 3 суток) купированию воспалительных явлений. У пациентки же сначала появились признаки остеомиелита, затем — острого воспаления клетчатки крылочелюстного пространства. Наличие сливкообразного гноя указывает на отграниченный процесс, как результат относительно адекватной местной компенсаторно-приспособительной реакции, — абсцесс. В связи с наличием у пациента осложнения, создающего угрозу для жизни (абсцесс крылочелюстного пространства может привести к развитию флегмоны шеи и медиастиниту) показана срочная хирургическая обработка гнойного очага (вскрытие, дренирование абсцесса крылочелюстного пространства внутривидовым доступом через крыловидную складку) и адекватное дренирование широким резиновым выпускником. Дообследование включает контроль ОАК, ОАМ, БАК, тесты свертывающей системы крови для оценки ее реологических свойств (коагулограмма, агрегатограмма, ПТИ), рентгенографию нижней челюсти для оценки объема деструкции кости. Лечение: антибактериальная терапия — эмпирическая (препараты широкого спектра действия) до получения результатов посева, после получения результата — коррекция по показаниям. Десенсибилизирующие препараты, анальгетики. Обезболивание. Физиотерапевтическое лечение — электрофорез йодистого калия, димексида. Ежедневные санации с растворами антисептиков (хлоргексидина биглюконат 0,05 %). Дезинтоксикационная терапия.

Задача 16. В. Диагноз: хронический гранулирующий периодонтит нижней челюсти от 36 зуба. У пациента отсутствуют клинические и рентгенологические признаки отграничения фокуса воспаления. Наиболее вероятная причина — неадекватная локальная резистентность, необходимо обследование на предмет сахарного диабета, хронических инфекций, коллагенозов и других заболеваний. Вероятные осложнения — одонтогенный остеомиелит (длительная сенсibilизация и инфицирование костной ткани), флегмоны челюстно-лицевой области (распространение воспаления на

клетчаточные пространства). Лечение направлено на создание условий, предупреждающих проникновение микроорганизмов из инфицированного канала корня зуба в периодонт. Консервативное лечение хронического гранулирующего периодонтита возможно при хорошей проходимости корней и заключается в механической и антисептической обработке кариозной полости, полости зуба и корневого канала с последующей пломбировкой. Хирургическое лечение показано при облитерации корней, а также при неэффективности консервативного лечения, и заключается в удалении зуба и выскабливании грануляций из лунки.

Задача 17. Диагноз: актиномикоз. Кожно-подкожная форма. Точная диагностика возможна только при установлении возбудителя. В данном случае к забору отделяемого для исследования предъявляются жесткие требования, исключающие лизис возбудителя. Гной для исследования должен быть нативным, температура его не должна быть ниже 37°C. Выявление друз мицелия подтверждает диагноз. В ряде случаев для дифференциальной диагностики с опухольями, туберкулезом кожи, неспецифическими гранулемами проводится гистологическое исследование. Глубокие микозы поддаются не только специфической терапии (актинолизат), как считалось ранее, но и неспецифической противогрибковой терапии (флуконазол). Объяснить торпидность течения и обширность поражения может только теория сенсбилизации макроорганизма. При условии излечения и сохранении косметического или функционального дефекта возможно выполнение пластических и косметических операций.

Задача 18. Диагноз: фурункул верхней губы, стадия абсцедирования. Флебит глубоких вен лица слева. При указании на сибирскую язву — хирургическое лечение противопоказано. В данном случае показана срочная хирургическая обработка гнойного очага в связи с наличием у пациента осложнения, создающего угрозу для жизни (флебит вен лица может привести к тромбозу кавернозного синуса). Дообследование включает общий анализ крови, тесты свертывающей системы крови для оценки ее реологических свойств (коагулограмма, агрегатограмма, ПТИ), определение уровня глюкозы крови. Лечение: антибактериальная терапия эмпирическая (препараты широкого спектра действия) до получения результатов посева, после получения результата — коррекция по показаниям. Дезагреганты, антикоагулянты прямого действия (аспирин, гепарин, фраксипарин). Десенсибилизирующие препараты, ненаркотические анальгетики. Физиотерапевтическое и местное лечение в зависимости от фазы раневого процесса.

Задача 19. Диагноз: калькулезный сиалоаденит подчелюстной слюнной железы. Дообследование включает: лабораторные методы диагностики нарушений минерального обмена (кальциевого), так же могут быть использованы УЗИ, КТ для уточнения локализации конкремента. Лечение: при расположении камня в протоке показано его удаление. При выявлении

патологических состояний, способствующих камнеобразованию (нарушение минерального обмена, гиповитаминоз А, гипофункция паращитовидных желез и пр.) показана их коррекция.

Задача 20. Описанная клиническая картина более всего соответствует хроническому продуктивному лимфадениту. Тщательный сбор анамнеза, орофарингоскопия (возможные очаги хронической инфекции), пальпаторное исследование покровных тканей челюстно-лицевой области и лимфоузлов шеи, ультразвуковое исследование лимфоузлов шеи, пункция лимфоузлов с цитологическим исследованием. При цитологической картине воспаления — дообследование для исключения специфических инфекционных заболеваний (токсоплазмоз, туберкулез, бруцеллез, фелиноз и др.). При неинформативном цитологическом заключении — открытая эксцизионная биопсия. Независимо от данных цитологического исследования — УЗИ щитовидной железы, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенография органов грудной клетки, кровь на RW, ВИЧ, проба Манту.

Задача 21. План обследования: сбор анамнеза, орофарингоскопия, пальпаторное исследование покровных тканей челюстно-лицевой области и лимфоузлов шеи, мазки-отпечатки с последующим цитологическим исследованием. Общеклинические лабораторные и инструментальные обследования (ОАК, ОАМ, БАК, ЭКГ, сахар крови, RW, рентгенография грудной клетки). При описанной клинической картине цитологически может быть выявлен хронический хейлит или рак губы. При выявлении рака обследование следует дополнить ультразвуковым исследованием шейных лимфоузлов и больших слюнных желез (наиболее вероятные объекты метастатического поражения при раке губы). При выявлении патологически измененных лимфоузлов — пункционная или эксцизионная биопсия. Лечение лучевое или хирургическое.

Вероятные причины развития хейлита: механическая травма отложениями зубного камня, воздействие продуктов жизнедеятельности микроорганизмов зубного налета.

План лечения хронического хейлита: санация кариозных зубов, коррекция прикуса, отказ от вредных привычек, лечение сопутствующих заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, местно — антисептики, кератопластики, иммуномодуляторы. При неэффективности консервативного лечения, выявлении выраженной дисплазии (2–3 степени) показано хирургическое лечение.

Задача 22. Предварительный диагноз: рак слизистой оболочки щеки.

План обследования включает: орофарингоскопию, пальпаторное исследование покровных тканей челюстно-лицевой области и лимфоузлов шеи, ларингоскопия, ультразвуковое исследование лимфоузлов шеи, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, повторную биопсию опухоли, возможно полное удаление с гистологическим исследованием.

Ошибка: при выявлении тяжелой дисплазии в патологическом очаге небольших размеров следует решить вопрос о хирургическом лечении или повторе биопсии через непродолжительное время (3–4 недели). Это связано с тем, что малигнизация нередко возникает в основании патологического очага и не выявляется при заборе материала с поверхности при инцизионной (частичной) биопсии.

Задача 23. План обследования: тщательный сбор анамнеза, орофарингоскопия, пальпаторное исследование покровных тканей челюстно-лицевой области и лимфоузлов шеи, рентгенография органов грудной клетки, рентгенография нижней челюсти, биопсия и мазки-отпечатки с последующей морфологической верификацией; пункция измененного лимфоузла.

Предположительный диагноз: злокачественная опухоль нижней челюсти.

Диагностическая ошибка: не было назначено повторное рентгенологическое исследование при отсутствии эффекта от проводимого лечения, не было выполнено гистологическое исследование удаленных тканей, не была выполнена биопсия из патологического очага на фоне атипичного течения заболевания.

Задача 24. Предположительный диагноз: злокачественная опухоль верхней челюсти.

Диагностическая ошибка: не было проведено полное обследование с целью выявления причин нарушения функции нерва.

План обследования: орофарингоскопия, риносинусоскопия, рентгенологическое исследование костей черепа, ультразвуковое исследование лимфоузлов шеи и больших слюнных желез, компьютерная томография средней черепной ямки, парафарингеального пространства, параназальных синусов, морфологическая верификация новообразования.

Задача 25. Орофарингоскопия, пальпаторное исследование покровных тканей челюстно-лицевой области и лимфоузлов шеи, ОАК (с целью исключения опухолей кроветворной системы), УЗИ щитовидной железы, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгеноскопия пищевода, ФЭГДС, рентгенография шейного отдела позвоночника, органов грудной клетки, кровь на RW.

Задача 26. План обследования: ультразвуковое исследование железы, ультразвуковое исследование лимфоузлов шеи, пункция лимфоузлов, рентгенография органов грудной клетки, биопсия околоушной слюнной железы, пункция увеличенного лимфоузла. УЗИ печени и забрюшинного пространства, сцинтиграфия костей скелета (наиболее вероятные объекты метастатического поражения при раке слюнных желез). Орофарингоскопия.

Предположительный диагноз: рак околоушной слюнной железы, метастатическое поражение лимфоузлов шеи.

Ошибка: пациент не был информирован о риске малигнизации, что повлекло ошибочный выбор выжидательной тактики (при размере опухоли ме-

нее 2 см риск травмы лицевого нерва намного ниже, чем риск озлокачествления опухоли). Не выполнялось исследование пунктата новообразования.

Задача 27. Предположительный диагноз: рак слизистой оболочки рта.

План обследования: отофарингоскопия; пальпаторное исследование покровных тканей челюстно-лицевой области и лимфоузлов шеи, рентгенологическое исследование органов грудной клетки; рентген нижней челюсти; биопсия опухоли и мазки-отпечатки для цитологического исследования; пункция увеличенного лимфоузла с последующим цитологическим исследованием; лабораторные методы исследования: ОАК, ОАМ. Ошибки: при первичном обследовании не выполнен осмотр и пальпация слизистой оболочки рта, то есть неполное обследование пациента.

Задача 28. Предположительный диагноз: эритроплакия слизистой оболочки языка с воспалением. План обследования: отофарингоскопия, пальпаторное исследование покровных тканей челюстно-лицевой области и лимфоузлов шеи, пальпация и ультразвуковое исследование шейных лимфоузлов, рентгенологическое исследование органов грудной клетки; санация зубов, противовоспалительное лечение, при отсутствии полного эффекта от лечения — биопсия или полное удаление образования.

Задача 29. Описанная клиническая картина более всего соответствует метастатическому поражению лимфоузлов шеи. Тщательный сбор анамнеза, отофарингоскопия, пальпаторное исследование покровных тканей челюстно-лицевой области и лимфоузлов шеи, ультразвуковое исследование лимфоузлов шеи, пункция лимфоузла с цитологическим исследованием. При подтверждении метастаза — посистемное обследование для выявления первоисточника опухоли. При неинформативном цитологическом заключении — открытая эксцизионная биопсия. Независимо от данных цитологического исследования — УЗИ щитовидной железы, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенография органов грудной клетки, кровь на RW, проба Манту.

Задача 30. Наиболее эффективный способ остановки кровотечения в представленной ситуации — перевязка сосуда на протяжении (наружная сонная артерия). Обезболивание — общая комбинированная анестезия с искусственной вентиляцией легких. Интубация трахеи из-за тризма может быть выполнена только через трахеостому. Дооперационное обследование: ОАК, ОАМ, БАК, ЭКГ, группа и резус крови, глюкоза крови. План операции: трахеостомия под местной анестезией, перевязка наружной сонной артерии выше отхождения щитовидной ветви и до отхождения язычной артерии, санация трахеи и бронхов, полости рта, глотки и гортани. После операции: посиндромная интенсивная терапия, контроль витальных функций, консервативная гемостатическая терапия, антибактериальная терапия, обезболивание, по показаниям — гемотрансфузия; уход за раной, туалет полости рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бажанов, Н. Н.* Стоматология / Н. Н. Бажанов. — М.: Медицина, 1990. — 336 с.
2. *Бернадский, Ю. И.* Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. — М.: Медицинская литература, 2003. — 416 с.
3. *Бернадский, Ю. И.* Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области / Ю. И. Бернадский. — М.: Медицинская литература, 2003. — 456 с.
4. Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области: справ. / А. С. Артюшкевич [и др.]; сост. А. С. Артюшкевич. — Минск: Беларусь, 2001. — 254 с.
5. Ортопедическая стоматология / А. С. Щербаков [и др.]. — СПб.: «Фолиант», 1999. — 512 с.
6. *Пачес, А. И.* Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. — М.: Медицина, 1971. — 388 с.
7. *Пеккер, Р. Я.* Болезни зубов и полости рта / Р. Я. Пеккер. — М.: Медицина, 1986. — 208 с.

Учебное издание

Иванов Сергей Анатольевич
Рожаев Виктор Викторович
Жданова Лилия Александровна

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО СТОМАТОЛОГИИ
И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ**

Учебно-методическое пособие
для студентов 5 курса медицинских вузов лечебного факультета
и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран,
обучающихся по специальности «Лечебное дело»

Редактор *О. В. Кухарева*
Компьютерная верстка *А. М. Елисеева*

Подписано в печать 08.09.2010
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 2,33. Уч.-изд. л. 2,5. Тираж 50 экз. Заказ № 256

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009

