

**Тема:** Одонтогенный верхнечелюстной синусит (гайморит) у детей (острый, хронический). Фурункулы лица у детей. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

**Общее время занятия:** 6 часов.

**Мотивационная характеристика темы:** При одонтогенных верхнечелюстных синуситах входными воротами инфекции являются: воспалительный очаг, который находится около верхушки корня «причинного» зуба, остеомиелиты и кисты верхней челюсти и др. У детей это заболевание сравнительно редкое, а лечение связано с немалыми трудностями. Преимущественным методом лечения хронического верхнечелюстного синусита в детском возрасте является консервативный, операция гайморотомии применяется в редких случаях: при наличии полипозных разрастаний в верхнечелюстной пазухе. Для оказания квалифицированной помощи пациентам каждый стоматолог должен хорошо разбираться в клинической картине, дифференциальной диагностике и лечении больных с воспалением верхнечелюстной пазухи.

Фурункулы челюстно-лицевой области у детей встречаются очень часто, особенно в подростковом возрасте. Факторами, предрасполагающими к возникновению фурункулов, могут быть неблагоприятные метеорологические условия, охлаждение, перегревание организма, заболевания нервной, эндокринной систем, интоксикация. Особое значение имеет нарушение углеводного обмена. Исходя из вышеизложенного врач-стоматолог на амбулаторном приеме должен своевременно диагностировать это заболевание и своевременно оказать ребенку соответствующую помощь.

**Цель:** Изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику и лечение детей с одонтогенным гайморитом и фурункулами лица.

#### **Задачи занятия**

В результате теоретического изучения и освоения темы данного занятия студент должен **знать:**

1. Клинические, рентгенологические признаки и методы диагностики острого и хронического верхнечелюстных синуситов, клиническую картину фурункулов лица у детей.
2. Показания к госпитализации детей с острыми и хроническими верхнечелюстными синуситами и фурункулами лица.

В результате выполнения практической части данного занятия студент должен овладеть следующими практическими навыками, т.е. **уметь**:

1. Обследовать ребенка с одонтогенным верхнечелюстным синуситом и фурункулом и сформулировать диагноз.
2. Читать рентгенограмму придаточных пазух носа.
3. Определить показания к госпитализации детей с одонтогенным верхнечелюстным синуситом и фурункулом лица.
4. Составить индивидуальный план лечения ребенка с одонтогенным верхнечелюстным синуситом и фурункулом лица.
5. Оказать первую помощь больному при перфорации дна верхнечелюстной пазухи при операции удаления зуба.

**Требование к исходному уровню знаний.** Для лучшего усвоения темы студенту необходимо повторить

- *Из анатомии* - анатомию и функции верхнечелюстной пазухи.
- *Отоларингологии, лучевой диагностики* - специальные методы исследования и диагностики заболеваний верхнечелюстной пазухи (риноскопия, пункция верхнечелюстной пазухи, рентгенография), клиническую картину и лечение неodontогенного воспаления верхнечелюстной пазухи
- *Из фармакологии и челюстно-лицевой хирургии* - схему антибактериальной терапии воспалительных процессов ЧЛЮ.

#### **Контрольные вопросы из смежных дисциплин**

1. Рентгенологические признаки заболеваний верхнечелюстной пазухи.
2. Клиническая картина и лечение одонтогенного верхнечелюстного синусита у взрослых.
3. Этиология, патогенез, клиника и лечение верхнечелюстных синуситов неodontогенной природы (риногенных).
4. Этиология, патогенез, клиника и лечение фурункулов и фурункулеза у взрослых.

#### **Контрольные вопросы по теме занятия**

1. Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит у детей. Этиология, клиника, диагностика и лечение.
2. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит у детей. Этиология, клиника, диагностика и лечение.

3. Клинические проявления и тактика врача-стоматолога при вскрытии дна верхнечелюстной пазухи во время удаления зуба. Показания к госпитализации.
4. Фурункулы лица у детей. Этиология, патогенез, клиника и диагностика фурункулов в стадии инфильтрации и абсцедирования.
5. Лечение фурункулов лица у детей. Осложнения и их профилактика. Показания к госпитализации.

## УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

### Одонтогенный верхнечелюстной синусит

Воспаление верхнечелюстной пазухи возникает чаще всего при остром и хроническом рините, респираторных заболеваниях, а также в результате инфицирования через пораженные кариесом зубы. В последнем случае оно называется *одонтогенным*. Одонтогенные верхнечелюстные синуситы встречаются значительно реже, по сравнению с риногенными.

Развитию одонтогенных верхнечелюстных синуситов чаще всего способствуют хронический периодонтит в области 17, 16, 15, 14, 24, 25, 26, 27 зубов, перфорация дна верхнечелюстной пазухи при удалении этих зубов, периостит и остеомиелит верхней челюсти, нагноившиеся околокорневые и фолликулярные кисты верхней челюсти.

При этом наиболее частой причиной возникновения одонтогенного гайморита является хронический периодонтит 16 и 26 зубов.

Инфицирование верхнечелюстной пазухи со стороны одонтогенных патологических очагов связано с анатомо-топографическими особенностями этой области. Обычно одонтогенный верхнечелюстной синусит чаще развивается у лиц с хорошо пневматизированной пазухой, для которой характерно развитие всех ее бухт, особенно альвеолярной. При возникновении одонтогенного верхнечелюстного синусита имеет значение и расстояние между корнями зубов и слизистой оболочкой верхнечелюстной пазухи, которое у детей достаточно большое и колеблется от 0,2 до 12 мм.

Воспаление пазухи может быть обусловлено прямым распространением воспалительного процесса на соседние участки кости и дно пазухи или гематогенным инфицированием по кровеносным и лимфатическим путям. Еще большая вероятность инфицирования пазухи возникает при эндодонтическом лечении хронического периодонтита постоянных зубов указанных выше, при котором возможны проникновение конца инструмента в пазуху и проталкивание туда инфекции.

Одонтогенные верхнечелюстные синуситы наиболее часто вызываются гноеродной кокковой флорой, среди которой превалирует патогенный стафилококк. При остром одонтогенном верхнечелюстном синусите чаще обнаруживается мономикрофлора, при хроническом — смешанная. Отмечается возрастание роли грамм-отрицательной микрофлоры в возникновении этого заболевания. В возникновении одонтогенных верхнечелюстных синуситов немаловажную роль играет аллергия организма.

Дети болеют одонтогенными верхнечелюстными синуситами значительно реже, чем взрослые, что связано с анатомо-физиологическими особенностями строения этой области. Верхнечелюстная пазуха у детей меньших размеров, менее пневматизирована, временные зубы верхней челюсти отделены от слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи значительным слоем костной ткани, в которой находятся зачатки постоянных зубов, что уменьшает вероятность ее инфицирования при лечении и удалении временных зубов. С возрастом, когда строение верхнечелюстной пазухи приближается к «взрослому» варианту, вероятность возникновения одонтогенного верхнечелюстного синусита увеличивается.

У детей как причина возникновения одонтогенных верхнечелюстных синуситов на первый план выступают острые и хронические одонтогенные воспалительные процессы в кости верхней челюсти (хронический периодонтит постоянных зубов, остеомиелит, нагноившиеся одонтогенные кисты). По клиническому течению различают острые и хронические одонтогенные верхнечелюстные синуситы, по характеру патоморфологических изменений — катаральные, гнойные, полипозные, гнойно-полипозные.

Клиническое течение верхнечелюстных синуситов у детей отличается разнообразием, связанным с возрастными и анатомо-физиологическими особенностями, а также этиологическими и патогенетическими факторами.

У детей грудного и младшего дошкольного возраста для течения синуситов характерна выраженная общая симптоматика, в связи с чем, диагностика затруднена. В воспаление могут вовлекаться другие придаточные пазухи носа, могут быть орбитальные осложнения и др.

Наиболее частой причиной острого одонтогенного гайморита у детей младшего и среднего возраста (в молочном и смешанном прикусе) является острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти.

У детей старшего возраста наличие осложненного кариеса постоянных зубов и его осложнений приводят к острым и хроническим одонтогенным воспалительным процессам в

кости, которые могут обуславливать развитие одонтогенных верхнечелюстных синуситов. В воспалительный процесс вовлекается преимущественно верхнечелюстная, редко — другие пазухи носа.

При остром одонтогенном верхнечелюстном синусите заболевание начинается с головной боли, повышения температуры, затруднения носового дыхания, появления слизисто-гнойного или гнойного отделяемого из соответствующей половины носа, отека мягких тканей щечной и подглазничной областей. Характерны чувство давления и напряжения в области пораженной пазухи, резкие боли, иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва. Отмечаются болезненность при пальпации клыковой ямки, краснота и мацерация кожи и в области носовых отверстий.

Риноскопически выявляется: отечность слизистой оболочки носа, слизисто-гнойные выделения в среднем носовом ходу.

В полости рта имеются признаки острого остеомиелита верхней челюсти («причинный» зуб, боль, подвижность, флюктуация и др.) или клиническая картина острого или обострения хронического периодонтита зубов на верхней челюсти с соответствующей стороны.

Рентгенологически (рис.15,16) для острого одонтогенного верхнечелюстного синусита характерны равномерное малой или средней интенсивности снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи и сохранение четкости контура костных стенок.

Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит у детей может осложняться образованием абсцессов и флегмон глазницы. Распространение инфекции в глазницу чаще всего происходит контактным путем, а также через мелкие кровеносные сосуды, которые пронизывают костную стенку, отделяющую верхнечелюстную пазуху от глазницы.

Диагноз одонтогенного верхнечелюстного синусита ставят на основании анамнеза, указывающего на связь с обострением хронического периодонтита, удалением зуба и одонтогенным костным воспалительным процессом в верхней челюсти, и объективных данных — болезненности при пальпации области бугра верхней челюсти, наличия воспалительных изменений по переходной складке полости рта, данных рентгенологических исследований, риноскопии и пункции.

При нагноении одонтогенной кисты, проросшей в верхнечелюстную пазуху - имеются клиничко-рентгенологические признаки одонтогенной кисты в стадии воспаления.

Острые одонтогенные верхнечелюстные синуситы приводят к выраженному утолщению слизистой оболочки синуса, ее отеку; часто выявляется жидкость с горизонтальной или менискообразной формой уровня. При стихании острой фазы количество жидкости в синусе постепенно уменьшается, но утолщение слизистой оболочки, особенно дна синуса, сохраняется длительный период.

Лечение одонтогенного верхнечелюстного синусита у детей заключается в снятии острых воспалительных явлений. Поскольку у детей заболевание часто развивается на фоне обострения хронического периодонтита постоянных зубов, периостита и остеомиелита, то лечение следует начинать с лечения основного заболевания. Проводят удаление зуба — источника инфекции, вскрывают субпериостальные абсцессы и др. Назначают антибактериальную, десенсибилизирующую, общеукрепляющую и физиотерапию. Параллельно с этим проводят орошение полости носа сосудосуживающими препаратами. В ряде случаев проводится пункция верхнечелюстной пазухи с промыванием ее и введением антибиотиков. Дренажирование пазухи лучше осуществлять полихлорвиниловой трубкой на несколько дней до купирования гнойного воспаления. Дренажную трубку вводят при проколе толстой иглой передней стенки гайморовой пазухи. При формировании абсцессов и флегмон орбиты их также вскрывают совместно с окулистом. Обычно вышеуказанные мероприятия позволяют купировать гнойный воспалительный процесс в кости и в пазухе.

Гайморотомия при остром гнойном верхнечелюстном синусите проводится редко и только при эмпиеме гайморовой пазухи и нарастании воспалительного процесса и угрозе глазных, внутричерепных и др. осложнений.

Одонтогенный верхнечелюстной синусит отличается от риногенного рядом признаков. Одонтогенный верхнечелюстной синусит проявляется чаще как изолированное, одностороннее первично-хроническое воспаление в пазухе, патогенетически связанное с очагом острого или хронического воспаления в полости рта. Жалобы и клинические проявления в полости носа выражены слабее, чем при риногенном. На рентгенограмме, помимо затемнения верхнечелюстной пазухи, всегда обнаруживаются очаги воспаления в области зубов, периодонта, костной ткани.

Одонтогенные верхнечелюстные синуситы обычно являются первично-хроническими заболеваниями. Поэтому клинические признаки поражения длительное время отсутствуют, больные не предъявляют каких-либо существенных, а тем более специфических жалоб. Головная боль, нарушение дыхания и обоняния встречаются при одонтогенных воспалениях реже, чем при риногенных. Болезненность при пальпации

области передней стенки верхнечелюстной пазухи, односторонние невралгии также неспецифичны и при одонтогенных верхнечелюстных синуситах появляются нечасто. Только в небольшом числе наблюдений, чаще всего при синусите, возникающем при лечении хронического периодонтита зуба или осложненного кариеса одонтогенный процесс с самого начала принимает острый характер. В этих случаях клиническая картина, в отличие от риногенного синусита, характеризуется болью в области зуба, болью при перкуссии его, асимметрией лица и болезненностью при пальпации переднелатеральной стенки пазухи, наличием зловонных гнойных выделений из носа, в промывной жидкости, появлением перфоративного отверстия в области дна синуса (после удаления зуба), изолированным поражением одной пазухи, рентгенологическими изменениями периодонта «причинного» зуба, как источника инфекции. Не все указанные признаки постоянны, но они позволяют дифференцировать одонтогенные и риногенные поражения.

*Хронический одонтогенный* верхнечелюстной синусит может возникнуть как следствие острого процесса, но чаще это первично-хроническое заболевание, а одонтогенные причины служат толчком к обострению хронического процесса в верхнечелюстной пазухе.

Как любое хроническое заболевание, хронический гайморит может протекать в стадии ремиссии и стадии обострения заболевания.

При хроническом одонтогенном верхнечелюстном синусите в стадии ремиссии иногда могут быть: (общие признаки заболевания) нарушение общего состояния, субфебрильная температура, снижение аппетита, повышенная утомляемость и др.

Местные симптомы воспаления при хроническом процессе выражены в меньшей степени, чем при остром. Жалобы больных неопределенны, иногда больные отмечают головные боли, тяжесть в голове, одностороннее нарушение носового дыхания, снижение обоняния, выделения из носа, нередко со зловонным запахом.

При риноскопии могут определяться гной в средненосовом ходу, гипертрофия слизистой оболочки, гипертрофия или атрофия нижней носовой раковины.

В полости рта на больной стороне есть разрушенные «причинные» зубы с клиничко-рентгенологической картиной хронического периодонтита. Изменения слизистой оболочки пазухи при одонтогенных верхнечелюстных синуситах, часто остаются в пределах ее нижних отделов (дна пазухи). Воспаление проявляется выраженной десквамацией всех рядов эпителия, разрушением их базальной мембраны, гнойным расплавлением соединительно-тканной основы слизистой оболочки и

деструкцией костной ткани вокруг корня «причинного» зуба. На остальных стенках синуса воспалительный процесс может быть выражен слабо или вообще отсутствовать.

Рентгенограмма околоносовых пазух в подбородочно-носовой проекции является исходной и обязательной для оценки пневматизации всех синусов, выявления содержимого в пораженной пазухе и др. Для оценки состояния зубов и кости альвеолярного отростка используют также ортопантомографию. В тяжелых для диагностики случаях полезна и компьютерная томография.

Для определения состояния зубов и кости в области альвеолярного отростка рекомендуют проводить ортопантомографию, так как на обзорных рентгенограммах область альвеолярной бухты видна плохо. В тяжелых для диагностики случаях возможна компьютерная томография.

Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит необходимо дифференцировать, прежде всего, с одонтогенными кистами, проросшими в гайморовую пазуху и новообразованиями верхней челюсти.

Одонтогенные кисты, проросшие в пазуху, оттесняют костную пластинку дна верхнечелюстной пазухи, деформируют, истончают ее стенки (чаще передненаружную и нижнюю), что клинически проявляется симптомами пергаментного хруста и флюктуации, чего не наблюдается при синусите. Для кисты верхней челюсти характерен куполообразный контур на рентгенограмме. Однако следует помнить, что при нагноении кисты могут появляться общие и местные симптомы верхнечелюстного синусита.

При злокачественных новообразованиях в начальных стадиях присутствует симптоматика, характерная для хронического синусита. Распространение опухоли проявляется деформацией стенок пазухи, экзофтальмом, при риноскопии — разрастаниями в полости носа.

На рентгенограмме, помимо нарушения прозрачности верхнечелюстной пазухи, наблюдается обширная деструкция костных стенок. Необходимы цитологическое и патоморфологическое исследования для постановки диагноза.

Лечение хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита может быть консервативным и хирургическим. Как и в случае острого синусита, лечение начинают с ликвидации одонтогенного очага воспаления. «Причинные» зубы удаляют. Далее большинство авторов рекомендует щадящие методы лечения детей с верхнечелюстными синуситами. Лечение заключается в назначении сосудосуживающих средств (капли в нос), проведении пункции пазухи и (или) ее дренировании с промыванием антибиотиками, ферментами, антисептиками и др. Параллельно назначается антибактериальная терапия, физиолечение и др.



Радикальная операция на верхнечелюстной пазухе проводится редко, преимущественно при отсутствии эффекта от консервативной терапии, наличии свища верхнечелюстной пазухи, в случае полипозных и пристеночно-гиперпластических форм.

При этом во время операции удаляют только патологически измененную слизистую (обычно на дне пазухи) с обязательным сохранением неизмененных участков слизистой оболочки пазухи. При наличии одонтогенной кисты - лечение начинают с операции цистэктомии и далее по вышеуказанной схеме.

Основными причинами *повреждения дна верхнечелюстной пазухи* являются: 1) разрушение тканей над верхушкой корня зуба патологическим процессом; 2) анатомо-топографическая близость дна пазухи к корням зубов; 3) грубое нарушение правил удаления зуба.

Внезапное появление сообщения полости рта с верхнечелюстной пазухой сопровождается субъективными и объективными признаками.

*Субъективные признаки:* жалобы на необычные ощущения попадание воздуха в полость носа; изменение тембра голоса, признаки ринолалии.

*Объективные признаки:* выделение крови из носа после удаления зуба; выделение из лунки удаленного зуба крови с пузырьками воздуха; выделение большого количества гноя из лунки; при зондировании пуговчатый зонд проникает гораздо выше, чем длина лунки зуба, при промывании через лунку жидкость попадает в нос.

*Ротовая проба:* при зажатии пальцами ноздрей и попытке надуть щеки воздух со свистом выходит в рот через лунку, выделяется кровь с пузырьками газа.

*Носовая проба:* при попытке надуть щеки воздух выходит через нос и щеки надуть не удается.

Полученные клинические данные подтверждают наличие перфорации дна верхнечелюстной пазухи.

### *Лечение*

Для постановки диагноза и составления плана лечения больных с перфорацией дна гайморовой пазухи в обязательном порядке следует провести рентгенологическое исследование пазухи.

- При отсутствии в верхнечелюстной пазухе воспалительных явлений и инородных тел следует немедленно устранить перфорацию хирургическим путем: провести первичную пластику слизисто-надкостничным лоскутом или наглухо закрыть лунку удаленного зуба, несколько скусив костные стенки альвеолы.

- При наличии противопоказаний к операции над устьем лунки помещают йодоформный тампон, прикрепив его к соседним зубам проволокой на 8-10 дней. При отсутствии зубов лунку удаленного зуба закрывают защитной пластинкой, изготовленной из пластмассы на модели
- При наличие в верхнечелюстной пазухе инородного тела и перфорационного отверстия выполняют операцию по Колдуэллу-Люку с одномоментным удалением инородного тела и устранением перфорационного отверстия путем пластики местными тканями.
- При наличии воспалительного процесса в пазухе (хронический гайморит) ее промывают через лунку до купирования воспаления. Для предупреждения попадания пищи в пазуху изготавливают защитную пластинку. Во многих случаях воспаление купируется и свищ заживает самостоятельно, а рентгенологически пневматизация пазухи восстанавливается.
- Если же перфорационное отверстие самостоятельно не закрывается, формируется свищ и при наличии в верхнечелюстной пазухе гиперпластических изменений, выявленных на рентгенограмме, после консервативной терапии проводят пластику свища со щадящей гайморотомией.

### **Фурункулы лица**

**Фурункул** — острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей соединительной ткани.

Возбудителями заболевания чаще всего являются золотистый, реже белый стафилококк. К предрасполагающим факторам в возникновении фурункулов лица относят загрязнение кожи и выдавливание угрей, неблагоприятные метеорологические условия, охлаждения, перегревание организма, нарушения нервной, эндокринной систем, авитаминоз, интоксикация. Установлено, что более 20% больных сахарным диабетом страдают фурункулезом.

Фурункулы лица обычно локализуются в области губы, подбородка, носа, реже на коже лба и щек. В развитии фурункулов различают три стадии.

Вначале возникают нерезко ограниченная краснота и припухание, сопровождающиеся незначительной болезненностью. В течение 1-2 дней в области устья волосяного фолликула формируется ограниченный узелок, подлежащие ткани инфильтрируются, гиперемия кожи в области инфильтрата увеличивается, появляется резкая болезненность. Характерной особенностью фурункулов лица у детей является

выраженная отечность прилегающих мягких тканей. Это *стадия инфильтрации* (рис.17).

Вторая стадия развития фурункула — *абсцедирования*, характеризуется нагноением и некрозом (рис.18). Через 3-4 дня от начала заболевания происходит гнойное расплавление тканей, клинически проявляющееся флюктуацией. После самопроизвольного или искусственного вскрытия фурункула из раны выделяется небольшое количество гноя с примесью крови, кусочки некротизированной жировой клетчатки. Стадия абсцедирования фурункула лица у детей сопровождается выраженными общими реакциями организма (гипертеремия, интоксикация, лейкоцитоз и др.) В дальнейшем после операции инфильтрация и отечность пограничных с фурункулом тканей уменьшается.

Для третьей стадии *рубцевания* характерно заживление раны с образованием, слегка втянутого рубца.

Фурункулы лица нередко сопровождаются регионарным лимфаденитом, однако нагноение лимфатических узлов происходит редко. Особенно тяжелое клиническое течение характерно для фурункулов верхней губы, в области носогубного треугольника.

Фурункул лица может осложниться образованием карбункула, при котором одновременно поражается несколько волосяных фолликулов. В отличие от фурункула карбункул является разлитым гнойно-некротическим воспалением нескольких волосяных фолликулов глубоких отделов кожи и подкожной жировой клетчатки.

К осложнениям фурункулов лица относят: тромбофлебит лицевых вен и пищеристого синуса, сепсис, менинго-энцефалиты др. Они чаще возникают, если фурункул локализуется в области носо-губного треугольника.

Лечение фурункулов в первой стадии проводится консервативно и амбулаторно: следует устранить любые внешние раздражители — малейшее травмирование тканей в области фурункула. Кожа лица, окружающая фурункул, обрабатывается 2% салициловым спиртом, 70<sup>0</sup> этиловым спиртом, затем накладывают асептическую повязку. Дерматологи до вскрытия очага рекомендуют лечить фурункулы чистым ихтиолом, обладающим бактерицидным, кератопластическим и обезболивающим действием. Для купирования воспаления в стадии инфильтрации возможна криотерапия.

Хороший эффект дает блокада с новокаином и антибиотиками, нередко ее повторяют 2-3 раза. Вводить новокаин в окружающие инфильтрат ткани следует медленно, равномерно. При необходимости осуществляют блокаду из 2-3 мест. Вводить

анестетик и антибиотики в инфильтрированные ткани нецелесообразно из-за резкой болезненности.

При фурункулах во вторую фазу воспаления (абсцедирования) проводят хирургическую обработку гнойного очага с последующим дренированием (рис.19), а также активную терапию антибиотиками, сульфаниламидами по общепринятым схемам. Для профилактики тромбозов назначают аспирин, как антиагрегант.

Важное значение в комплексной терапии фурункулов имеют физические методы. В начальных стадиях развития фурункула эффективны УФ-лучи, электрическое поле УВЧ. Особенно действенно лечение фурункулов лица методом гипотермии, которая осуществляется хлорэтилом после обработки кожи этиловым спиртом. Кроме того, эффективно использование гелий-неонового лазера, поскольку метод безболезненный, атравматичный и бесконтактный.

Профилактика фурункулов — это, прежде всего, предотвращение гнойничковых заболеваний кожи, санация полости рта и носа, являющихся основным резервуаром патогенных стафилококков в организме ребенка, повышение защитных сил организма, лечение заболеваний, связанных с нарушением углеводного обмена (сахарный диабет).

#### **Задание для самостоятельной работы студентов**

Для самостоятельного изучения темы студенту вначале следует ознакомиться с контрольными вопросами по теме занятия, а также внимательно изучить методические рекомендации для студентов (Учебный материал или содержание занятия) для того, чтобы знать предварительные ответы на контрольные вопросы по теме занятия. В дальнейшем, для более углубленного изучения темы, студенту необходимо изучить соответствующие разделы основной литературы и, по возможности, ознакомиться (прочсть) с соответствующими разделами дополнительной литературы, указанной в пособии.

На практическом занятии студент самостоятельно курирует не менее одного тематического больного: собирает жалобы и анамнез заболевания, проводит клиническое обследование ребенка (осмотр, пальпация, перкуссия и др.), анализирует данные рентгенологического и других методов исследования (анализ крови, мочи, бактериограмма и др.) и формулирует ориентировочный (предварительный) диагноз заболевания. После обсуждения полученных данных с преподавателем студент формулирует клинический диагноз заболевания и составляет план лечения (или дообследования) курируемого ребенка. При наличии возможностей студент участвует (в качестве ассистента) в лечении больного (перевязки, промывания ран, удаление зубов,

шинирование зубов, выписка рецептов и др.) дает рекомендации родителям по дальнейшему лечению и уходу за ребенком и т.д.

Проведенную работу студент, под контролем преподавателя, заносит в историю болезни (амбулаторную карту) курируемого больного, операционный журнал, журнал приема больных и др., а также в свою рабочую тетрадь (дневник) по общепринятой схеме (жалобы, анамнез, клиника, лечение и др.). Все вышеизложенное позволяет выполнить целевые задачи занятия, т.е. овладеть необходимыми практическими навыками.

**Самоконтроль усвоения темы.** После изучения темы для контроля качества усвоения материала и выявления неясных моментов предлагается ситуационные решить задачи

**Задача 1.** Ребенку 13 лет. Во время профилактического осмотра в школе врачом-стоматологом был поставлен диагноз хронический периодонтит 16 зуба.

Объективно: 16 разрушен до уровня десны, перкуссия его безболезненная, слизистая оболочка без патологических изменений. В стоматологической поликлинике при экстракции корней 16 (удаление сложное) обнаружилось сообщение с верхнечелюстной пазухой справа.

1. Охарактеризуйте признаки, подтверждающие перфорацию дна верхнечелюстной пазухи.
2. Составьте план дообследования и лечения ребенка.

**Задача 2.** Ребенку 14 лет. Жалобы на гнойные выделения из правой половины носа.

*Из анамнеза:* периодически в течение полугода возникает заложенность правой половины носа, нарушение обоняния, иногда гнилостно-зловонный запах из носа.

Внешний осмотр без особенностей.

Со стороны полости рта 16 разрушен на 2/3. Перкуссия его безболезненна.

При передней риноскопии: гнойное отделяемое через ostium maxillarae справа; слизистая оболочка носа не изменена. На рентгенограмме придаточных пазух носа в верхнечелюстной пазухе справа имеется очаг затемнения в нижних отделах ее.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план лечения ребенка.

**Задача 3.** Ребенку 13 лет 6 мес.

Из анамнеза: 26 был лечен по поводу осложненного кариеса более года тому назад, после чего, зуб периодически беспокоил. К врачу не обращался. Три дня тому назад вновь

появилась боль в этом зубе и в других зубах верхней челюсти слева, иррадиирующая в височную область. Появилась заложенность левой половины носа, гнойные выделения из ноздри слева (особенно при наклоне головы вперед), общая вялость, повышение температуры тела до  $37,8^{\circ}\text{C}$ .

Объективно: мягкие ткани щеки слева отечны, болезненна при пальпации. Перкуссия 26 резко положительная. Зуб подвижен. Болезненность при перкуссии 23, 24, 25 и 27 интактных зубов. Слизистая оболочка слегка цианотична. В крови — лейкоцитоз, СОЭ увеличена, увеличено число палочкоядерных лейкоцитов.

1. Укажите возможные дополнительные методы обследования больного.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Задача 4.** Ребенку 9 лет. Заболел 4 дня тому назад. Родители указывают на повышение температуры тела у ребенка до  $38^{\circ}\text{C}$ , общее недомогание. Педиатр патологии со стороны внутренних органов не выявил.

Объективно: В области верхней губы слева пальпируется резко болезненный инфильтрат, кожные покровы над ним гиперемированы, определяется флюктуация. В центре инфильтрата — некротический стержень, есть отек век левого глаза, подглазничной области. В подподбородочной области пальпируются увеличенные болезненные лимфатические узлы,

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план лечения ребенка.
3. Укажите на возможные осложнения заболевания.

**Задача 5.** Ребенку 12 лет. 2 дня назад в области подбородка появились нерезко ограниченные краснота и припухлость мягких тканей, сопровождающиеся незначительной болезненностью. Лечились компрессами самостоятельно. В день обращения к врачу-стоматологу в подбородочной области у ребенка сформировался ограниченный узелок, с некротическим стержнем внутри. Подлежащие ткани инфильтрированы, кожа над ним гиперемирована. Появилась резкая болезненность при пальпации. В подбородочной области пальпируются увеличенные, плотные, слабоболезненные лимфатические узлы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план лечения ребенка.

### *Литература основная*

1. Боровский Е.В. и соав. Стоматология М., Медицина, 1987.
2. Хирургическая стоматология. /Под ред. В.А. Дунаевского. М., Медицина, 1979.
3. Лекционный материал.

### *дополнительная*

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Витебск, 1998. — С. 404.
2. Сукачев В.А. и др. Лечение перфораций и свищей верхнечелюстной пазухи. Метод. рекомендации. М., 1997.
3. Заусаев В.И. Хирургическая стоматология. М., Медицина, 1981.
4. Козлов В.А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь. Л., Медицина, 1988.
5. Кручинский Г.В., Филиппенко В.И. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Минск, 1991.
6. Кручинина И.Л., Лихачев А.Г. Синуситы в детском возрасте. М., 1989.
7. Руководство по хирургической стоматологии. / Под ред. А.И.Евдокимова. М., Медицина, 1972.
8. Стручков В.И., Стручков Ю.В. Общая хирургия. М., Медицина, 1988.

