

ЗАДАЧИ ПО ЧЛХ

№1.

В приемный покой многопрофильной больницы к челюстно-лицевому хирургу обратился пациент Ф., 30 лет, с жалобами на боль при глотании, разговоре, движениях языком. Он сообщил, что три дня назад ему был удален зуб 4.7, который до удаления беспокоил в течение двух суток. После удаления зуба пациент облегчения не испытал. Сегодня, отметив резкое ухудшение состояния, он вызвал скорую помощь и был госпитализирован. Объективно: отмечается выраженный отек и инфильтрация мягких тканей подподбородочной и поднижнечелюстной областей. Кожа в указанных областях гиперемирована, отечна, напряжена, в складку не собирается. Отек распространяется на шею и достигает до ключицы и яремной впадины. При пальпации определяется плотный, резко болезненный инфильтрат.

Рот пациента полуоткрыт, из него исходит неприятный запах.

Язык сухой, покрытый налетом грязно-серого цвета, его движения ограничены.

Слизистая оболочка дна полости рта гиперемирована, отечна. Температура тела 38,8 °С.

Пациент отмечает, что испытывает некоторое облегчение в положении сидя с опущенной головой. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ, анизоцитоз и пойкилоцитоз, тучные и плазматические клетки в периферической крови, С-реактивный белок (+++).

У пациента констатируются изменения кислотно-щелочного состояния крови, наличие щелочной и пировиноградной кислот, электролитного баланса.

Симптомы на задний медиастинит положительные. На компьютерной томографии отмечается наличие выпуклых изогнутых теней в заднем средостении.

1 Укажите диагноз, с которым пациент обратился к дежурному челюстно-лицевому хирургу.

2 К какой группе в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данное заболевание?

3 Какой путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса имеет место у пациента в данной клинической ситуации?

4.Тактика лечения

№2.

Пациент В., 52 года, обратился к челюстно-лицевому хирургу с жалобами на припухлость лица справа в области носогубной складки, повышенную температуру тела (37,8–38 °С), боли в области припухлости, головную боль, слабость, плохой сон. Пациент отмечает, что боли в области припухлости носят пульсирующий характер и иррадиируют в ухо, висок, глаз. Он считает себя больным в течение последних трех дней, когда в области носогубной складки справа после бритья появилось покраснение кожных покровов, чувство дискомфорта и покалывания. Из анамнеза пациента известно, что он в течение 10 лет страдает сахарным диабетом. Объективно: конфигурация лица изменена за счет инфильтрата и отека в области носогубной складки справа, распространяющегося на прилежащие ткани. Инфильтрат болезненный при пальпации. Кожа в области инфильтрата гиперемирована, отечна, спаяна с подлежащими тканями. В области инфильтрата определяются три некротических стержня. Констатируется отек щечной и подглазничной областей справа с распространением на внутренний угол правого глаза. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы справа увеличены (0,5 × 0,8 см), болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Общее состояние пациента средней тяжести. Температура тела 37,9 °С. Пациент бледный, вялый, апатичный. Тоны сердца глухие. Пульс учащен, ритмичен. В легких прослушивается везикулярное дыхание.

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. В каком учреждении здравоохранения (поликлиника или стационар) должна оказываться специализированная помощь пациенту в указанной клинической ситуации?
3. Какое обследование должно быть назначено пациенту в указанной клинической ситуации?

№3

Больной, 27 лет, обратился в клинику с жалобами на покраснение кожи и припухлость в нижнем отделе щечной области слева, болезненность в этой области, онемение кожи левой половины губы и зубов на нижней челюсти слева, боли в области нижней челюсти при приеме пищи, общее недомогание, слабость, плохой аппетит. Из анамнеза выяснено, что месяц назад больной получил травму в области нижней челюсти справа и лечился в течение 10 дней в стационаре по поводу 31 перелома нижней челюсти справа в области ментального отверстия, затем амбулаторно лечился и в поликлинике по месту жительства. Через 3 недели после шинирования сняли бимаксилярные шины, выписали на работу. Через неделю после этого появилась припухлость в области нижней челюсти слева, болезненность, обратился к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. При местном осмотре: лицо несколько асимметрично за счет припухлости в нижнем отделе щечной области слева. Кожа над припухлостью гиперемирована, уплотнена, пальпация несколько болезненна. Клинически подвижность фрагментов нижней челюсти слева в области предшествовавшего перелома не определяется. При рентгенологическом исследовании определяется тень в верхней трети линии перелома нижней челюсти слева в области ментального отверстия в стадии консолидации, по краю нижней челюсти слева определяется тень секвестра, размером 0,8x0,9 см, свободнолежащего и с окружающей костной тканью неспаивающегося.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

№4

Больной, 34 лет, обратился в клинику с последствиями полуторагодовой травмы. Имеется выраженная рубцовая деформация в области угла рта слева, распространяющаяся на кожу подбородочной области слева. Угол рта опущен.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой необходим вид местной пластики?

№5

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на боли и чувство тяжести в области верхней челюсти, затруднение носового дыхания, гнойное отделяемое из носа, наличие свищевого хода в подглазничной области слева. Из анамнеза выявлено, что полтора месяца назад получил огнестрельное ранение лица, в госпитале проведена первичная хирургическая обработка и репозиция скуловерхнечелюстного комплекса, послеоперационный период осложнился присоединением вторичной инфекции, была вскрыта флегмона подглазничной области. При местном осмотре отмечается инфильтрат в подглазничной области слева со свищевым ходом в центре с гнойным отделяемым, кожа гиперемирована, несколько болезненна при пальпации. При рентгенологическом исследовании наблюдается значительное понижение прозрачности верхнечелюстной пазухи слева. При передней риноскопии обнаружена гипертрофия носовых раковин, гнойное отделяемое под средней носовой раковиной слева.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.