

(слайд 1) Здравствуйте, уважаемые члены аттестационной комиссии!

Тема моей ДИПЛОМНОЙ РАБОТЫ (ПРОЕКТА) – «Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Этиология, патогенез. Классификация. Лечение».

(слайд 2) Цель работы – изучить основные теоретические аспекты одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, а также способы профилактики и лечения.

Для решения поставленной цели необходимо решить задачи, представленные на слайде.

(слайд 3) Одонтогенные воспалительные заболевания — это большая группа специфических и неспецифических заболеваний инфекционно-воспалительной природы, затрагивающих кости челюстей, прилежащие к ним мягкие ткани и клетчаточные пространства, регионарные лимфатические узлы, причиной которых являются заболевания зуба либо тканей, непосредственно прилегающих к нему. Воротами инфекции в данном случае являются либо дефекты твердых тканей зуба, либо эпителиального покрова десны. Классификация одонтогенных воспалительных заболеваний представлена на слайде.

(слайд 4) Воспалительные процессы в челюстно-лицевой области протекают в виде острых и хронических периодонтитов, абсцессов, флегмон, остеомиелитов и т. д. Вследствие ряда анатомопографических и иммунологических особенностей пути проникновения микроорганизмов и распространения гнойной инфекции, воспалительные процессы в челюстно-лицевой области характеризуются высокой динамичностью и разнообразием клинической картины. Клиническая дифференцировка фаз имеет важное значение, т. к. они имеют характерную картину и требуют различных терапевтических мероприятий. Различают следующие фазы:

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

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

болезненны. Возникают головная боль, недомогание, бессонница, озноб; повышается температура.

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

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

(слайд 5) Параклинические исследования обычно включают в себя:

- Рентгенографию;
- Исследование электровозбудимости зуба;
- Определение гемограммы.

(слайд 6) При остеомиелитах челюстей резко меняется симптоматология и клиническая картина общего и местного характера. Пользуясь термином «остеомиелит», под ним подразумевают воспаление всех костных тканей пораженного участка. Этот термин подчеркивает, что основной областью, где разыгрывается процесс, является костный мозг. Именно здесь инфекция часто находит благоприятные условия для проявления патогенных свойств. По поводу клинической классификации одонтогенных остеомиелитов необходимо отметить следующее: в соответствии с остротой клинических проявлений остеомиелиты, как и другие воспалительные одонтогенные заболевания, принято делить на острые и хронические. Это деление условно ввиду того, что острый процесс может при определенных условиях протекать как субъективно, так и объективно легче, чем хронический, и наоборот. Кроме того, в процессе болезни одна форма может переходить в другую. С этой точки зрения, все старые классические формы одонтогенных заболеваний теряют свою стабильность и обозначаются как бы условными, ориентировочными терминами. Все же такие термины, как «острый», «подострый», «хронический», и поныне являются общепринятыми. Что же касается протяженности процесса, то в практической работе мы встречаемся с двумя формами остеомиелитов — ограниченными и разлитыми.

(слайд 7) Острые остеомиелиты челюстей:

Одонтогенный остеомиелит — инфекционно-воспалительный процесс, характеризующийся признаками воспалительной реакции со стороны костных структур и прилежащих мягких тканей без клинически выраженных

проявлений деструкции костной ткани. В его развитии можно выделить острую и подострую фазы.

Деструктивный одонтогенный остеомиелит — инфекционно-деструктивный процесс, при котором клинико-рентгенологически выявляется выраженная деструкция костной ткани, причем отторжение погибших костных структур происходит в сроки, не превышающие 4—5 нед, либо 6—8 нед. В развитии этой формы остеомиелита можно выделить острую и подострую фазы.

Гиперостозный одонтогенный остеомиелит — клинико-рентгенологически отмечается резкое преобладание пролиферативных процессов над деструктивными, в результате чего наблюдается избыточное образование костной ткани.

(слайд 8) Перикоронарит всегда появляется при скоплении зубного налета в пространстве между зубом мудрости и накрывающей его десной — десневым капюшоном. Зубной налет, включающий остатки пищи и скопления бактерий, самостоятельно полностью извлечь невозможно. Хроническая травма этого участка слизистой оболочки при жевании способствует возникновению воспаления мягких тканей. Воспаление приводит к отеку и болезненности слизистой оболочки. Симптомы перикоронарита зависят от стадии развития воспаления. При начальном перикоронарите обнаружить симптомы непросто, но возможно. Эти симптомы следующие:

- Припухлость десны.
- Боли при чистке зубов и при касании.
- Неприятный запах изо рта.

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

- В месте прорезывания зуба возникает хроническая ноющая боль.
- Рот может открываться с затруднением, потому что отекает жевательная мышца.
- При глотании пищи также возникает боль за счет отека половины окологлоточного пространства и уменьшения просвета глотки.
- Отек мягких тканей становится больше, припухлость щеки заметна внешне.
- Подчелюстные лимфатические узлы увеличиваются, при касании болезненны.
- Общее состояние организма ослабленное, температура может повышаться до 37-38 градусов, возникает головная боль.

Перикоронарит имеет две формы: острую и хроническую.

(слайд 9) Стоматологическая клиника всегда кипит жизнью, и это не только за счет своего персонала, но и большим количеством пациентов, которые ежедневно приходят для лечения и профилактики. Прием и осмотр

пациентов является стандартной процедурой перед оказанием какой-либо услуги. При обследовании пациента на первичном приеме используются основные и дополнительные методы диагностики.

К основным методам относят:

- Опрос нужен для точной постановки диагноза, в него входят: выяснения жалоб пациента, условий жизни, профессии, вредных привычек и др.
- Осмотр нужен для детальной постановки диагноза, в него входят: внешний осмотр лица и прилежащих областей.
- Пальпация при этом исследовании определяется: консистенция тканей, их тургор, подвижность, рельеф, болезненность, также ощупывание лимфотических узлов, возможное их воспаление.
- Перкуссия исследование проводится осторожно, при помощи зонда; при данном обследовании пациент сам определяет, какой зуб болит, сравнивая свои ощущения
- Зондирование данное исследование проводится очень осторожно и определяет наличие кариозной полости, а также чувствительности эмали.

(слайд 10) К дополнительным методам относят:

- ОПТГ
- ЭОД
- Термометрия
- Кариес индикатор
- pH

(слайд 11) Когда пациент впервые приходит в медицинское учреждение, то первое, на что он обращает внимание – это отношение персонала. Отличное обслуживание гарантирует то, что пациент будет рекомендовать своим родственникам, друзьям и знакомым обратиться именно в вашу поликлинику. Для того чтобы качество работы в медицинском учреждении улучшилось, руководителю нужно следовать ряду важных советов:

1. Стратегия. План необходим для того, чтобы четко сформулировать для сотрудников ваши ожидания от их работы.
2. Условия труда. Ваши подчиненные должны комфортно чувствовать себя на рабочем месте и приходить в поликлинику с радостью.
3. Обучение персонала. Сотрудники медучреждений должны понимать, что в профессиональном плане они не стоят на месте и их классификация постоянно повышается.

(слайд 12) Таким образом, Цель работы достигнута.

Спасибо за внимание! Доклад окончен.