Теоретическое занятие 5

Основные симптомы и синдромы хирургических заболеваний головы лица,полости рта

Неодонтогенные заболевания

Флегмона лица

Фурункул

Абсцесс

Раны

Флегмона языка

Заглоточный абсцесс

Сиалоденит

Врожденная патология твердого неба и верхней губы

Одонтогенные(причина разрушенные зубы)

Одонтогенная флегмона

Перикоронит

Гнойный периодонтит

Периостит

Остеомиелит челюстей

Одонтогеннвй сиалоденит

Флегмона дна полости рта

Осложнения всех заболеваний в этой области

Тромбоз венозного синуса

Сепсис

Лимфаденит(аденофлегмона)

Медиастинит

Менингит

Все осложнения практически заканчиваются гибелью пациента так как

особенность заключается в том, что близкое расположение жизненно

важных органов, больная цепь кровеносных сосудов, небольшая

площадь анатомическая

Основные методы обследования стоматологического больного относят:

- опрос пациента;

- осмотр пациента;

- прощупывание (пальпация) мягких тканей лица и полости рта;

- зондирование;

- перкуссия.

1.1. Опрос больного

Обследование начинается с беседы, во время которой врач выясняет жа-

лобы больного и получает данные анамнеза. При необходимости некоторые

вопросы уточняются в беседе с родственниками и близкими людьми, а также

по медицинской документации, относящейся к больному (объективный

анамнез).

Полученные данные представлены в виде трёх разделов:

1) жалобы больного;

2) анамнез жизни;

3) анамнез настоящего заболевания.

В процессе беседы устанавливается также психологический контакт меж-

ду больным и врачом, который необходим для дальнейшего обследования и

лечения.

Жалобы на состояние здоровья, которые предъявляет сам больной, опре-

деляются как активные. В ряде случаев больные по тем или иным причинам

не сообщают весьма важные проявления заболевания, их следует выявлять

прицельно, используя данные объективного анамнеза. Уточняются время,

когда появились первые признаки настоящего заболевания, характер их

возникновения и дальнейшее течение. Важно выяснить обстоятельства, при

которых началось заболевание, и возможные этиологические факторы.

Кроме выявления жалоб, указывающих на признаки заболевания, рас-

спрос пациента позволяет дать оценку течения болезни и проводимого

лечения.

Обычно врач спрашивает, что беспокоит больного, наводящими вопросами

направляет рассказ пациента. При опросе необходимо расспросить о первых

проявлениях заболевания, о динамике ее развития, что беспокоит пациента

на данный момент времени, проводилось ли лечение ранее и каковы

результаты проведенного лечения.

Также выясняются общее самочувствие больного, состояние других орга-

нов и систем, жалобы на изменение их деятельности, сроки давности общих

заболеваний. Уточнение этих сведений позволяет установить причинно-

следственную связь с изменениями в полости рта.

В связи со значительным увеличением числа заболеваний, в основе кото-

рых лежит повышенная чувствительность к препаратам, продуктам или

бытовым предметам, в процессе анализа необходимо уточнить

аллергологический анамнез.

При опросе устанавливается не только анамнез заболевания, но также ус-

ловия жизни и труда. Бытовые профессиональные факторы могут

способствовать повышенной стираемости тканей зубов (пары кислот),

увеличению кариозного поражения зубов (углеводы при работе на

кондитерской фабрике). Выясняются вредные привычки,

благоприятствующие поражению органов полости рта (курение).

Важную роль в постановке диагноза играет болевой симптом, который

чаще всего заставляет больного обращаться к врачу.

Знаменитый русский врач Т.А. Захарьин считал опрос больного искусст-

вом.

Необходимо выяснить причины и время возникновения болей (ночные

приступы характерны для пульпитов; отсутствие болей ночью и наличие

болей при нажатии на триггерные зоны). Большое значение при постановке

диагноза имеет определение локализации, характера боли (ноющие,

дергающие, пульсирующие), продолжительности (приступообразные,

постоянные), сконцентрированности боли (локализованные или

генерализованные). Боль может возникать

под влиянием внешних раздражителей (термического, механического,

химического), а также без воздействия указанных раздражителей.

Подробное изучение болевого симптома позволяет врачу при постановке

диагноза определить исходные данные заболевания.

**1.2. Объективное обследование – осмотр пациента**

Складывается из внешнего осмотра и обследования полости рта. Осмотр

проводится при хорошем дневном или искусственном освещении, с

помощью набора стоматологических инструментов (стоматологическое

зеркало, зонд угловой, прямой, пуговчатый или с насечками, пинцет,

марлевые салфетки). Врач

должен надеть перчатки, маску, защитные очки или щиток.

1.3. Внешний осмотр

Осмотр лица:

- состояния кожных покровов лица (цвет, тургор, сыпь, рубцы и т.д.) и

видимых слизистых (красная кайма губ, глаз, носа);

- линию смыкания губ;

- линию улыбки;

- симметричность половин лица;

- высоту нижней части лица;

- выраженность подбородочной и носогубной складок (сглажены, уме-

ренно сглажены, выражены, углублены).

Каждый пациент, обращающийся к стоматологу любого профиля, должен

быть исследован на выявление опухолевого или предопухолевого поражения

органов полости рта.

**Обследование ВНЧС и жевательных мышц.**

Пальпация – это использование пальцев (как правило, подушечек конце-

вых фаланг большого, указательного и среднего пальцев, реже мизинца).

С помощью пальпации определяют резистентность, конфигурацию, под-

вижность тканей и органов, болевую реакцию, наличие флюктуации, размеры

и границы патологического очага.

Различают пальпацию:

- поверхностную;

- глубокую;

- вне - и внутриротовую.

Пальпацию ВНЧС проводят путем наложения пальцев на кожу спереди

козелка ушной раковины или введения пальцев в наружный слуховой

проход.

При пальпации сустава может появиться боль, часто ощущаются толчки,

щелканье, хруст; синхронность движений головки, плавность амплитуды

движения

При пальпации региональных лимфатических узлов врач получает ин-

формацию о локализации лимфоузлов, их размере, форме, консистенции,

определяется болезненность, взаимоотношение с окружающими тканями.

При проведении ощупывания лимфатических узлов с целью расслабления

мышц шеи,надо наклонить голову пациента в обследуемую сторону.

Пальпируемые лимфатические узлы: подбородочные,

околоушные, заушные, затылочные, поверхностношейные

**1.4. Осмотр полости рта**

Осмотр полости рта проводят последовательно:

- осмотр преддверья полости рта;

- осмотр собственно полости рта.

Осмотр преддверия полости рта проводят при сомкнутых челюстях,

подняв верхнюю, и отведя вниз нижнюю губы. Слизистую оболочку щек об-

следуют, отведя щеку стоматологическим зеркалом (рис. 9). При осмотре

пред-

дверия полости рта обращают внимание на состояние:

- красной каймы губ, углов рта (цвет, образование чешуек, корок);

- внутренних поверхностей губ (бугристая поверхность, мелкие слюнные

железы);

- внутренней поверхности щек (цвет, увлажненность, железы Фордайса);

- выводных протоков околоушных слюнных желез) (рис. 11);

- прикуса (физиологический, патологический) (рис. 10);

- десны (цвет, плотность, наличие патологических элементов);

- преддверия полости рта, уздечки губ, слизистые тяжи; переходной

складки (глубина, цвет, наличие патологических элементов).

**Осмотр собственно полости рта:**

Осмотр твердого неба - состояние слизистой оболочки (цвет, влаж-

ность), наличие патологических элементов, небный шов, выраженность

резцового сосочка, складки твердого неба, выводных протоков слизистых

желез на границе с мягким небом (рис.

Осмотр мягкого неба – состояние слизистой оболочки (цвет, влажность),

небные дужки, небная миндалина, наличие патологических элементов

ороговевает, они выглядят как красные точки. В грибовидных сосочках зало-

жены вкусовые почки (луковицы).

Листовидные сосочки – располагаются на боковой поверхности языка и в

задних отделах (впереди желобоватых). Листовидные сосочки также

содержат вкусовые почки (луковицы).

Желобоватые сосочки (сосочки языка, окруженные валом) – самые круп-

ные сосочки языка – располагаются в один ряд (по 9-12) уступом (подобно

римской цифре V) на границе корня и тела языка. Каждый сосочек имеет

форму цилиндра диаметром 2-3 мм и окружен желобком, в который

открываются выводные протоки мелких слюнных желез. В стенках

желобоватых сосочков имеется большое количество вкусовых почек

(луковиц).

Язык кровоснабжается язычной артерией. Венозный отток происходит по

язычной вене. На боковой поверхности у корня языка видно сосудистое

(венозное) сплетение больших или меньших размеров, которое иногда

ошибочно

принимают за патологическое. В этом же месте иногда отчетливо виден

рисунок вен вследствие варикозного их расширения, однако клинического

значения этот симптом не имеет.

С возрастом в строении слизистой оболочки рта наблюдается ряд измене-

ний. Истончается эпителиальный слой, уменьшается размер клеточных

элементов, утолщаются эластические волокна. Происходит разволокнение

коллагеновых пучков. У людей старше 60 лет отмечается нарушение

целостности базальной мембраны, следствием чего может быть прорастание

эпителия в собственную пластинку слизистой оболочки.

При осмотре языка обращают внимание на его размер, рельеф, складча-

тость. При увеличении размера следует определить время проявления этого

симптома (врожденный или приобретенный). Необходимо отличать

макроглоссию от отека. Язык может быть складчатым при наличии

значительного количества продольных складок, однако больные могут об

этом не знать, так как в большинстве случаев это их не беспокоит.

Складчатость проявляется при расправлении языка. Больные принимают их

за трещины. Различие состоит в том,

что при трещине целость эпителиального слоя нарушена, а при складке

эпителий не поврежден

осмотр зубов и пародонта и периодонта на следующем предмете\_\_