

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ОДОНТОГЕННЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Гусев О.Ф., Пиямов Р.Р.

*ГБОУ ВПО «Московский государственный
медико-стоматологический университет»,
г. Москва, Россия*

Введение. На сегодняшний день проблема лечения пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями остается актуальной.

Это связано с распространенностью одонтогенных заболеваний. По данным ряда авторов она составляет от 40 до 60% от всех обращений в клинику челюстно-лицевой хирургии.

Остаются не решенными вопросы ведения пациентов в дооперационном и послеоперационном периодах. Особенностью одонтогенных заболеваний является специфическая микрофлора в очаге воспаления. В связи с этим лечение пациентов будет направлено на борьбу с инфекцией и профилактикой рецидивов. Важным аспектом при реабилитации пациентов является послеоперационное ведение с назначением комплекса мер для снижения риска послеоперационных осложнений.

Цель исследования - разобрать подготовку пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями к хирургическому лечению, этапы лечения и послеоперационного ведения.

Объекты и методы. В клинике кафедры госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии проводилось лечение 120 пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями: 80 с абсцессами и 40 с флегмонами различной локализации. Перед началом лечения проводилось клиническое обследование, включающее жалобы пациента, анамнез заболевания, анамнез жизни. Дифференцировали с лимфаденитом, той или иной локализации, новообразованием доброкачественным или злокачественным, с последствиями травм челюстно-лицевой области. Выполняли лабораторное обследование, включающее клинический анализ крови; определение уровня глюкозы в крови, время свертываемости крови, биохимический анализ крови, коагулограмму, анализ крови на инфекционные заболевания, общий анализ мочи. В рамках лучевых методов обследования выполняли ортопантомографию, рентгенографию органов грудной клетки. Проводили электрокардиографию, для исключения сердечно-сосудистой патологии. В условиях стационарного отделения челюстно-лицевой хирургии проводили подготовку пациента к экстренному хирургическому вмешательству. В предоперационном периоде выполняли медикаментозную терапию, включающую инфузионную, антибактериальную, противовоспалительную, десенсибилизирующую, антиагрегантную, симптоматическую. При выраженных воспалительных процессах назначали два вида антибиотиков. До операции назначали премедикацию, состоящую из седативных, обезболивающих, десенсибилизирующих препаратов, транквилизаторов, холинолитиков. В зависимости от выраженности воспалительного процесса проводилась тотальная внутривенная анестезия, или ингаляционный наркоз.

Оценивали степень изменений в области «причинного» зуба. Если коронковая часть зуба была разрушена более чем на 1/3, имелись выраженные периапикальные изменения, подвижность зуба, то его удаляли в процессе проведения первичной хирургической обработки гнойного очага. При отсутствии показаний к удалению проводилось лечение «причинного» зуба (вскрытие полости зуба, механическая и медикаментозная обработка канала/каналов, постановка временной пломбы). Имеющиеся зубы в полости, не подлежащие лечению, удаляли одновременно с «причинным» зубом, если они находились по соседству. Как указано ранее, операция – первичная хирургическая обработка гнойного очага проводилась под адекватным видом обезболевания с ревизией и дренированием всех задействованных клетчаточных пространств. В рану вводили трубочные дренажи, мазь «Левомеколь», йодоформный тампон для дополнительной фиксации дренажей, осуществляли инстилляцию раны растворами антисептиков, смену трубочных дренажей на ленточные. В послеоперационном периоде назначали метод гипербарической оксигенации (ГБО), физиолечение, рекомендовали проведение механотерапии и миогимнастики.

Результаты. Всем пациентам проводился комплекс мер по борьбе с инфекцией и профилактикой послеоперационных осложнений, что позволило выписать их из отделения челюстно-лицевой хирургии в кратчайшие сроки. Клинические наблюдения показали необходимость следования всем этапам хирургического лечения и дополнительным методам реабилитации пациентов данной категории.

Заключение. Составляющим успешного лечения пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями является комплекс лечебных мероприятий, направленных на своевременное и адекватное выполнения первичной хирургической обработки гнойного очага и его дренирование, удаление «причинного» зуба и одновременно проведение хирургической санации полости рта, назначение адекватной антибактериальной терапии, проведение инфузионной терапии с первых часов пребывания пациента в отделении, регулярные перевязки с использованием мазей, антисептических растворов и растворов ферментов. Показано своевременное назначение ГБО, физиолечения, механотерапии и миогимнастики для более полной и быстрой реабилитации пациентов.

Литература.

1. Соколов, А.А. Применение лечебной физической культуры в челюстно-лицевой хирургии / А.А. Соколов, В.И. Заусаев. – 1970.
2. Соловьев, М.М. Абсцессы и флегмоны головы и шеи / М.М. Соловьев, О.П. Большаков. – 2001.
3. Шаргородский, А.Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи / А.Г. Шаргородский. – 2001.