

Абсцессы ретромолярного пространства. Специфические воспалительные заболевания ЧЛО. ВИЧ- инфекция.

Выполнила: студентка 4 курса 5 группы
стоматологического факультета
Игнатьева Д.А.

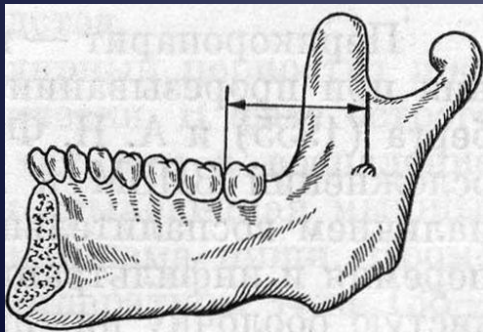
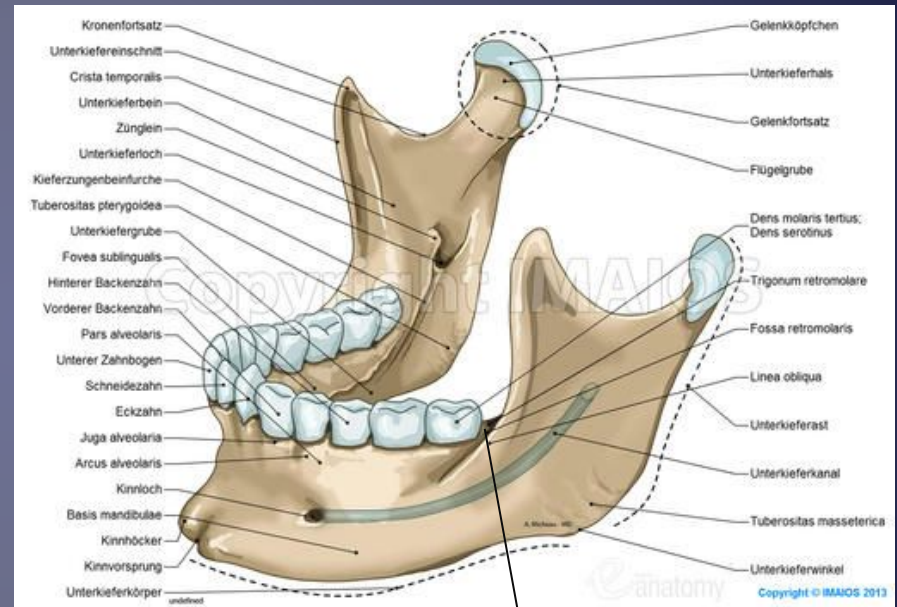
ретромолярного пространства

Ретромолярная ямка образована:

- 1) височным гребешком;
- 2) передним краем ветви нижней челюсти.

Располагается кнаружи от альвеолярного отростка и моляров.

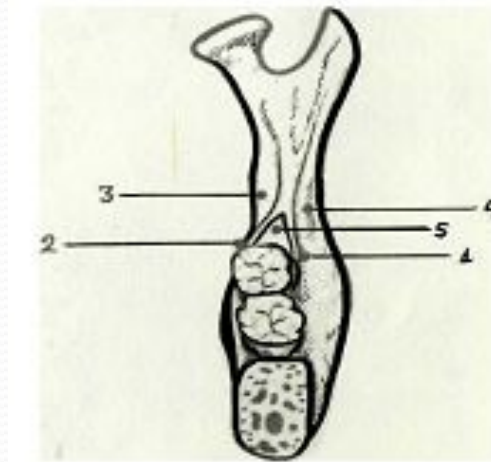
Служит для прикрепления щечной мышцы (*m. buccalis*).



Ретромолярная ямка

Ретромолярный треугольник

- Передний край ветви челюсти, начинаясь у вершины венечного отростка, спускается вниз и вперёд, а затем переходит на наружную поверхность тела челюсти в виде наружной кривой линии – *linea obliqua externa* – и заканчивается у основания челюсти под вторым моляром. Так же почти от самой вершины венечного отростка по внутренней его стороне спускается вниз и вперед височный гребень — *crista temporalis* — место прикрепления глубокой порции височной мышцы. Последний, подойдя к альвеоле зуба мудрости, разделяется на две ножки — латеральную и медиальную. Таким образом, между двумя ножками височного позадиомолярный треугольник — *trigonum retromolare* — с основанием у заднего края альвеолы зуба мудрости.



- 1 – латеральная ножка височного гребня,
- 2 – медиальная ножка височного гребня,
- 3 – ветвь челюсти кнутри от височного гребня,
- 4 – ветвь челюсти кнаружи от височного гребня,
- 5 – ретромолярный треугольник.

Границы ретромоллярного пространства

Сверху – нижняя стенка наружного слухового прохода.

Спереди – задний край ветви нижней челюсти и медиальная крыловидная мышца.

Снизу – нижний полюс околоушной слюнной железы.

Сзади – сосцевидный отросток височной кости и грудино-ключично-сосцевидная мышца.

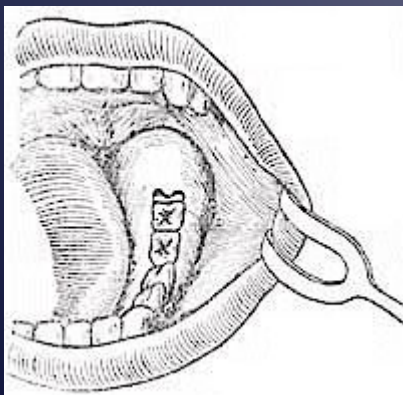
Внутри – шиловидный отросток височной кости и отходящие от него мышцы риоланова пучка.

Снаружи - околоушно-жевательная фасция.

Основным путем инфицирования служит распространение воспалительного процесса из окологлоточного, крыловидно-нижнечелюстного пространства, околоушно-жевательной области и подвисочной ямки.

Возможен **лимфогенный** путь проникновения инфекции (при конъюнктивитах, инфицированных ранах кожи в области наружного угла глаза).

Источником инфицирования может быть патологический процесс в небных миндалинах и молярах нижней челюсти, в частности, перикоронит, нагноение парадентальной кисты.



Перикоронарный абсцесс, вызванный ретенцией 48 зуба.

Патогенез

- Развитие воспалительного процесса проходит в 3 стадии:
 1. Стадия серозного воспаления.
 2. Стадия серозно-гнойного воспаления с признаками альтерации.
 3. Стадия отграничения инфекционного очага, очищения операционной раны с явлениями пролиферации.

Патологическая анатомия

- При абсцессе инфекционно-воспалительный процесс носит ограниченный характер. Участок гнойного расплавления с некрозом клетчатки в центре окружен хорошо выраженным валом грануляционной ткани. По мере созревания грануляционной ткани вокруг очага гнойного расплавления клетчатки формируется соединительно-тканная капсула.

Клиника

- Острое начало, подъем температуры тела до 38° С.
- Выраженный подчелюстной лимфаденит.
- Выраженная припухлость тканей ретромолярной области за счёт отёка, инфильтрации тканей.
- Умеренная гиперемия.
- Сильная боль.
- Жевание и глотание затруднены из-за боли.
- Возможна флюктуация.

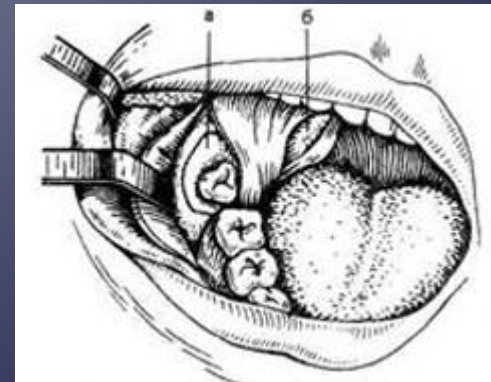
Диагностика

- Диагностика при абсцессах предусматривает уточнение локализации и характера воспалительного процесса, оценку вирулентности инфекционного начала и типа ответной реакции организма, своевременное выявление осложнений. Вирулентность инфекционного начала, зависящая от свойств и количества возбудителей заболевания, определяет объём и глубину повреждений тканей, вероятность возникновения осложнений. Правильная оценка вирулентности инфекционного начала помогает прогнозировать течение заболевания и служит основанием для решения вопроса о характере терапии, её интенсивности. У больных со средним уровнем общей иммунологической реактивности существует прямая пропорциональная зависимость между вирулентностью инфекционного начала и величиной ответных реакций (лейкоцитоз, увеличение СОЭ, повышение общей протеолитической активности крови, изменение протеинограммы, нарастание содержания Ig G). Снижение иммунологической реактивности организма обычно имеет место при эндокринных расстройствах.
- В последнее время у многих больных абсцессы протекают атипично в связи с нерациональным применением антибиотиков в догоспитальном периоде. При этом на фоне удовлетворительного состояния больного и умеренно выраженных общих реакциях организма появляются плотные инфильтраты, медленно увеличивающиеся и поздно нагнаивающиеся.
- Диагноз гнойного воспаления ставят на основе учёта местных симптомов (размягчение в центре инфильтрата, флюктуация, локальное повышение температуры кожи). В сыворотке крови появляется С-реактивный белок. Для решения вопроса о характере воспаления при глубокой локализации можно осуществить диагностическую пункцию, применить ультразвуковую диагностику.

Оперативный доступ для дренирования гнойногo очага

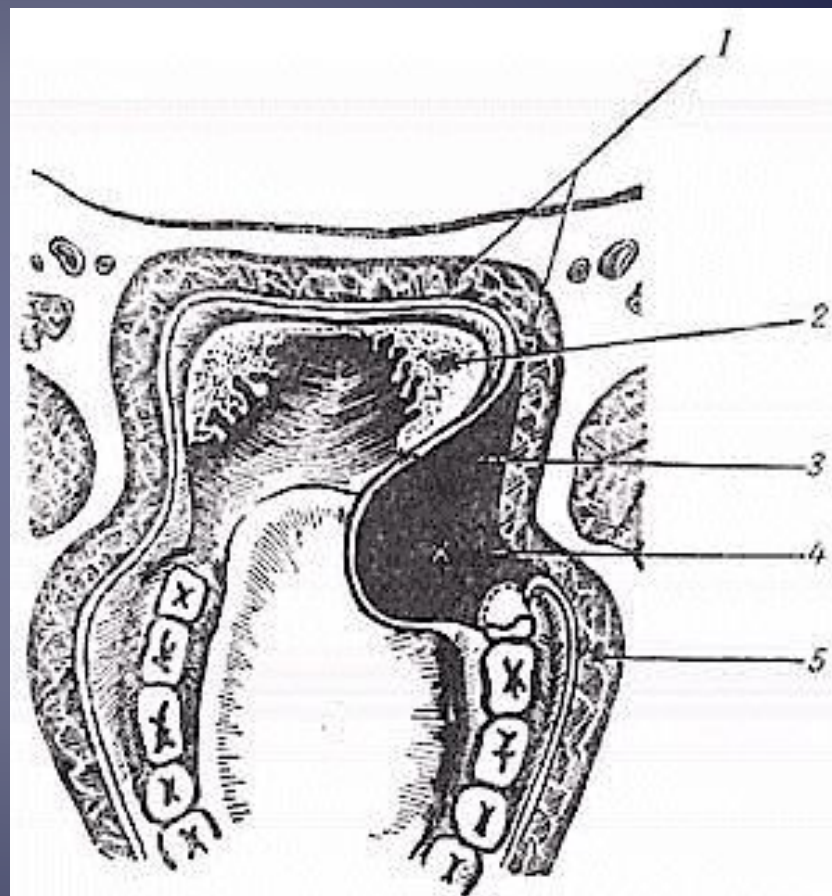
Обезболивание – инфильтрационная анестезия.

Разрез производят параллельно заднему краю ветви нижней челюсти. Послойно рассекают кожу, подкожно-жировую клетчатку, околоушно-жевательную фасцию и тупо проникают к гнойному очагу. Если гнойно-воспалительный процесс распространяется в окологлоточное или крыловидно-нижнечелюстное пространства, то линия разреза должна быть обращена вниз, окаймлять угол нижней челюсти и переходить в поднижнечелюстную область. Рану дренируют сдвоенным активным трубчатым дренажем с перфорационными отверстиями.



Ретромолярный абсцесс.

- 1 - сжиматель глотки;
- 2 - нёбная миндалина;
- 3 - слизистая оболочка боковой стенки глотки;
- 4 - полость абсцесса;
- 5 - щечная мышца.



Классификация проявлений СОПР, связанных с ВИЧ.

1. Поражения, тесно связанные с ВИЧ:
 - Кандидоз: - эритематозный
- гиперпластический
- псевдомембранозный
 - Волосая лейкоплакия (вирус Эпштейна-Барра);
 - ВИЧ-гингивит;
 - Язвенно-некротический гингивит;
 - ВИЧ-пародонтит;
 - Саркома Капоши;
 - Неходжскинская лимфома.

Классификация проявлений СОПР, связанных с ВИЧ.

2. Поражения, менее тесно связанные с ВИЧ:
 - Атипичные язвы (орофарингиальные);
 - Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура;
 - Заболевания слюнных желез (ксеростомия, одно- или двустороннее увеличение слюнных желез);
 - Вирусная инфекция.

Классификация проявлений СОПР, связанных с ВИЧ.

3. Поражения, возможно связанные с ВИЧ:
- Бактериальные инфекции;
 - Болезнь кошачей царапины;
 - Обострение апикального периодонтита;
 - Грибковая инфекция некандидозной этиологии;
 - Меланиновая гиперпигментация;
 - Неврологические нарушения;
 - Остеомиелит;
 - Синусит;
 - Воспаление подчелюстной жировой клетчатки;
 - Плоскоклеточная карцинома и токсический эпидермолиз.

Герпес простой



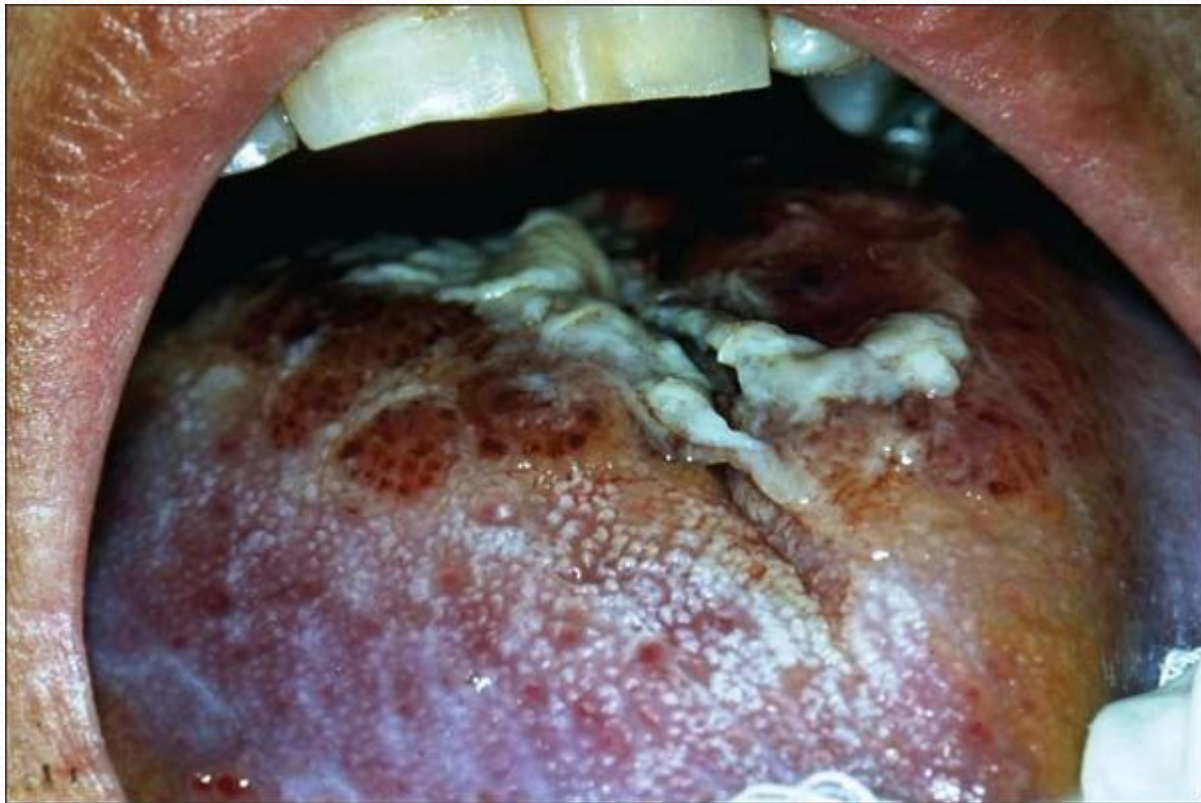
Генерализованный герпес



Рецидивировующий герпес в сочетании с кандидозом



Герпетический глоссит



Кандидоз



Волосатая лейкоплакия



Саркома Капоши



Диагностика ВИЧ-инфекции

Методы диагностики ВИЧ инфекции имеют различное назначение:

- а) выявление и характеристика ВИЧ инфекции;
- б) определение влияния ВИЧ инфекции на иммунную систему;
- в) определение инфекций, передающихся тем же путем, что и ВИЧ;
- г) определение осложнений ВИЧ инфекции или ее терапии.

1. Иммуноферментный анализ
2. Иммунный блоттинг
3. Иммунологический мониторинг ВИЧ инфицированных.
4. Полимеразная цепная реакция (ПЦР)

Памятка стоматологу

При осмотре больного независимо от заболевания необходимо обратить внимание на следующие симптомы:

1. Потеря массы тела более 10%.
2. Лихорадочное состояние неясной этиологии.
3. Увеличение периферических лимфатических узлов более 1 месяца.
4. Состояние кожных покровов:
 - энантема
 - язвы
 - саркома Капоши
 - кандидозные поражения
 - герпетические поражения
 - гингивит
 - стоматит
 - волосистая лейкоплакия

Больные, имеющие один из перечисленных симптомов подлежат обследованию на ВИЧ-инфекцию.