

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

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

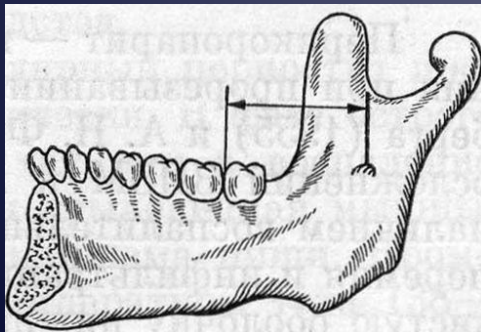
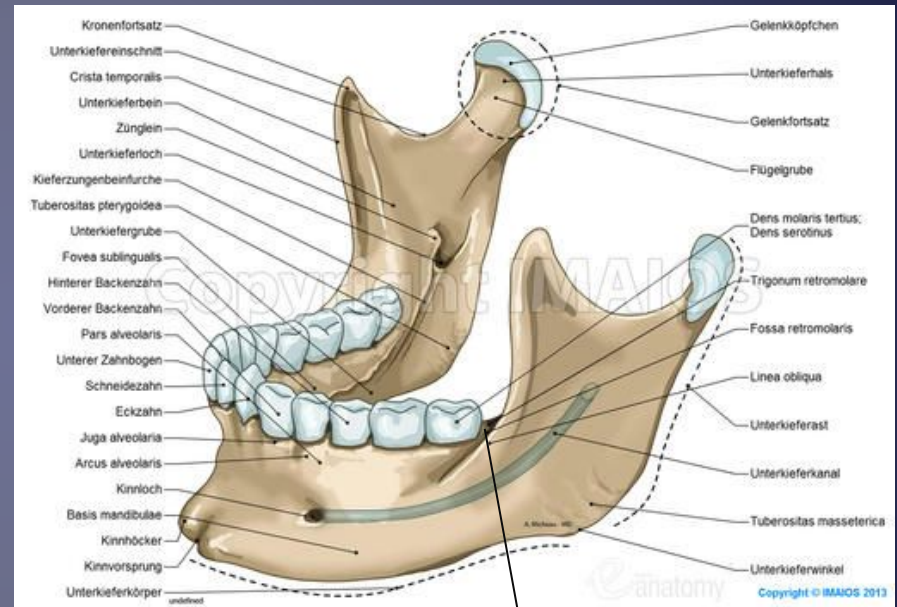
# ретромолярного пространства

Ретромолярная ямка образована:

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

Располагается кнаружи от альвеолярного отростка и моляров.

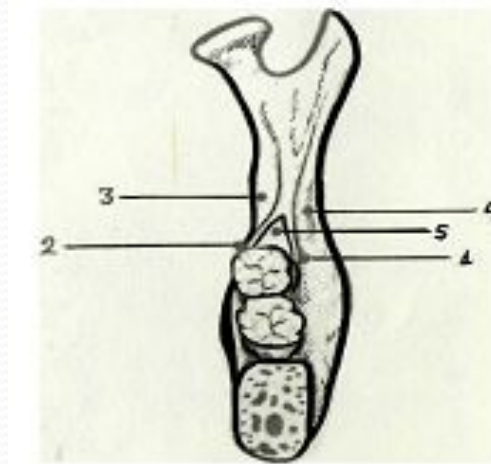
Служит для прикрепления щечной мышцы (*m. buccalis*).



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.

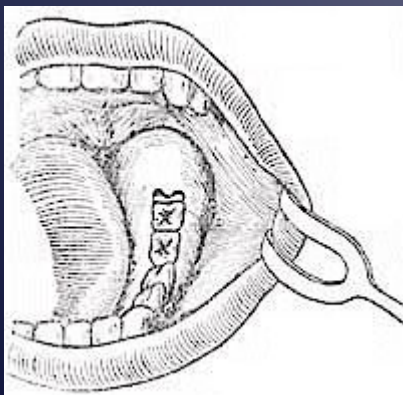
Внутри – шиловидный отросток височной кости и отходящие от него мышцы риоланова пучка.

Снаружи - околоушно-жевательная фасция.

**Основным путем инфицирования** служит распространение воспалительного процесса из окологлоточного, крыловидно-нижнечелюстного пространства, околушно-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 нёбных 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

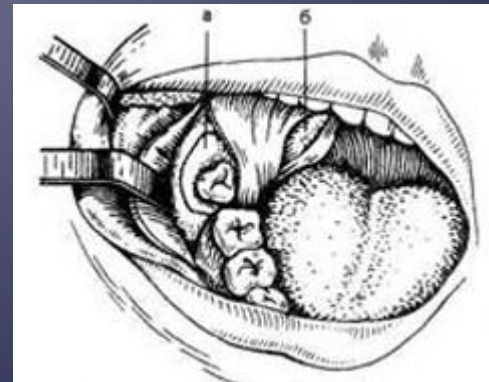
- Диагностика при абсцессах предусматривает уточнение локализации и характера воспалительного процесса, оценку вирулентности инфекционного начала и типа ответной реакции организма, своевременное выявление осложнений. Вирулентность инфекционного начала, зависящая от свойств и количества возбудителей заболевания, 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 реакций 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

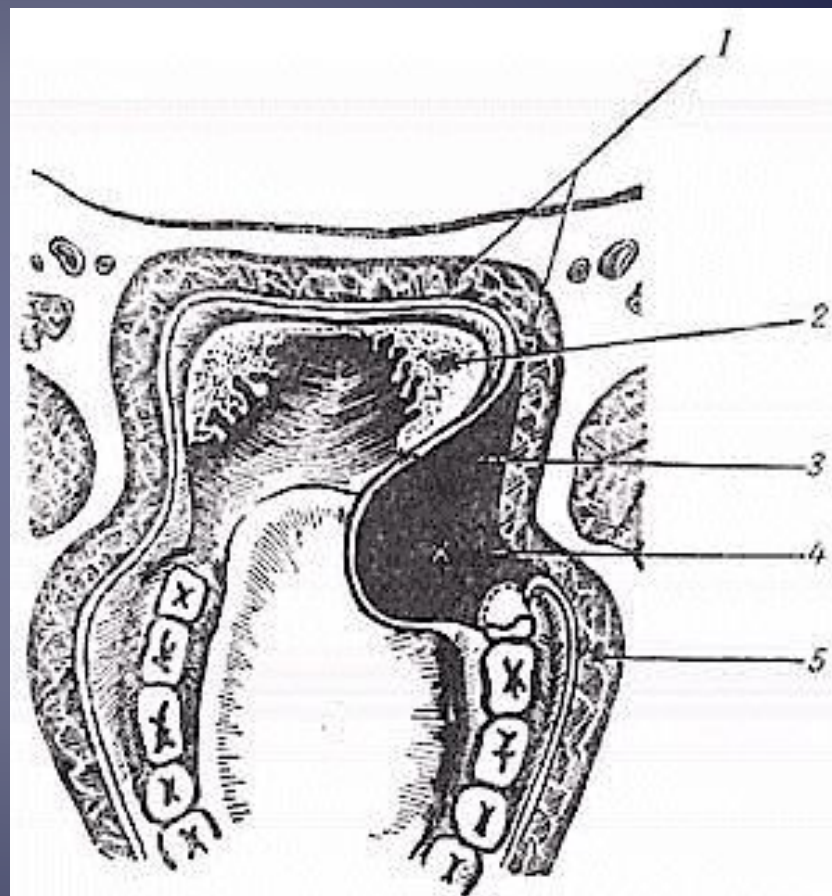
Обезболивание – инфильтрационная анестезия.

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

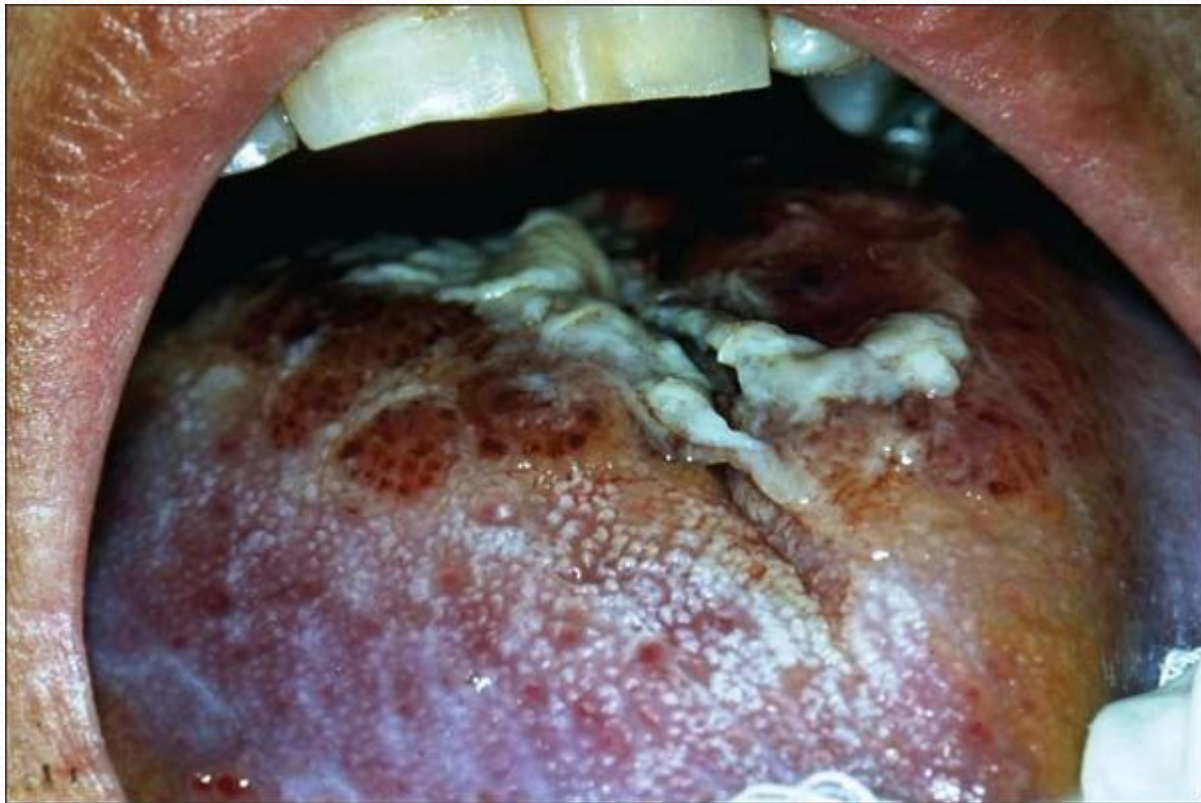


# Рецидивировующий герпес в сочетании с кандидозом





# 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.**