

Ж.А. Ашуев,
д.м.н., ст. научный сотрудник

В.Д. Вагнер,
д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ,
зам. директора

В.А. Семкин,
д.м.н., профессор, зав. отделением
хирургической стоматологии

Л.Е. Смирнова,
к.м.н., ст. научный сотрудник

ЦНИИС и ЧЛХ

Заполнение медицинской карты стоматологического больного при альвеолите и периостите

Среди прочих болезней челюстей значительное место занимают воспалительные процессы, такие как периостит и альвеолит.

Периостит — это острое или хроническое воспаление надкостницы. Периостит характеризуется распространением воспалительного процесса под надкостницу альвеолярного отростка и тела челюсти из очага, расположенного в периодонте. По данным Солнцева А.М. и Тимофеева А.А., наблюдается преимущественно острая форма периостита (94%). Локализуется периостит на одной стороне челюсти, чаще поражая ее с вестибулярной поверхности (у 93,4% больных). В области нижней челюсти периостит наблюдается у 58,9% больных, верхней — у 41,1%. На нижней челюсти причиной острого гнойного периостита чаще всего являются первые большие коренные зубы, зуб «мудрости», реже — вторые большие коренные зубы и вторые малые коренные, первые малые коренные, вторые резцы и одинаково часто — первые резцы и клыки.

Альвеолит — воспаление стенок альвеолы, широко распространенное заболевание, которое, по данным разных авторов, составляет 24–35% всех осложнений, встречающихся у больных после операции удаления зуба. При этом у 24,2% больных указанный патологический процесс развивается на верхней челюсти и у 75,8% — на нижней. Причиной возникновения альвеолита является травматически проведенная операция удаления зуба и несоблюдение больными гигиены полости рта.

Погрешности в лечении, прогрессирование воспалительного процесса у отдельных больных ведут

к распространению гнойного экссудата в кость и развитию острого остеомиелита челюсти или в околочелюстные мягкие ткани с образованием абсцесса или флегмоны.

В международной классификации болезней десятого пересмотра периостит и альвеолит отнесены к рубрике К10. Другие болезни челюстей под кодом К10 — альвеолит (К10.3), периостит (К10.22) и хронический периостит (К10.23).

В настоящее время в отделе организации стоматологической службы, лицензирования и аккредитации ЦНИИС и ЧЛХ завершена разработка клинических рекомендаций (протоколов лечения) при лечении альвеолита и периостита, их проект передан в комиссию по стандартизации Стоматологической Ассоциации России. В соответствии с этими рекомендациями нами подготовлен минимальный объем записи в медицинской карте стоматологического больного при этих болезнях, отражающий, по нашему мнению, полноту диагностики и адекватность проведенных лечебных мероприятий.

Ниже мы приводим запись в медицинской карте стоматологического больного при альвеолите и периостите.

АЛЬВЕОЛИТ

Первое посещение

Жалобы. Усиливающаяся постоянная боль в области лунки удаленного зуба 36, затрудненное

открывание рта, повышение температуры тела до 38,0°C.

Анамнез. Боль появилась на второй день после удаления зуба 36. Три дня назад пациенту было произведено сложное удаление зуба 36 с диагнозом «хронический апикальный периодонтит».

Объективно. При внешнем осмотре кожные покровы лица бледные, конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей на стороне удаленного зуба. Регионарные лимфатические узлы увеличены и при пальпации болезненны. На рентгенограмме определяется лунка удаленного зуба с четкими контурами.

При осмотре полости рта лунка удаленного зуба зияет, слизистая оболочка вокруг лунки гиперемирована, отечна и болезненна. Она заполнена некротическими массами и покрыта налетом грязно-серого цвета с резким, неприятным запахом.

Диагноз. Альвеолит нижней челюсти.

Лечение. Под мандибулярной (торусальной) и инфльтрационной анестезией Sol. Ultracaini DS-forte 4,0% 1,7 мл с помощью шприца с изогнутой иглой под давлением, доводя иглу до дна лунки, промыва лунка зуба 36 раствором фурацилина в разведении 1:5000, так как в начальной стадии альвеолита не рекомендуется проводить кюретаж лунки. Чистая лунка заполнена турундой, смоченной раствором антисептика или гидрофильными мазями. Назначено общее лечение: антибиотики, сульфаниламидные препараты, десенсибилизирующие средства и общеукрепляющая терапия. Физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия).

Рекомендации. Антисептические и противовоспалительные ротовые ванночки слабым гипертоническим раствором и раствором «Стоматофита» два раза в день утром и вечером после приема пищи в течение 3 дней, явка на повторный осмотр к врачу-стоматологу-хирургу на следующий день.

Выдан листок нетрудоспособности.

Второе посещение

Жалобы. Боль в области лунки зуба 36 уменьшилась. Общая слабость и повышенная температура тела сохраняется (37,0°C).

Объективно. При внешнем осмотре конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей на стороне удаленного зуба. Регионарные лимфатические узлы увеличены и при пальпации болезненны. Рот открывается свободно, альвеолярный отросток утолщен.

Лечение. Лунка промыва раствором фурацилина в разведении 1:5000. Йодоформная турунда заменена на новую. Общее лечение продолжить. Листок нетрудоспособности продлен. Дан совет. Рекомендации те же.

Третье посещение

Жалобы. Состояние удовлетворительное, температура тела 36,7°C.

Объективно. При внешнем осмотре кожные покровы лица нормальной окраски, конфигурация лица не изменена. Регионарные лимфатические узлы

не увеличены и при пальпации безболезненны. Рот открывается свободно.

Лечение. Лунка промыва раствором фурацилина в разведении 1:5000 (или другим антисептиком — указать каким). Йодоформная турунда извлечена из лунки. Листок нетрудоспособности закрыт. Дан совет.

При дальнейшем развитии воспалительного процесса

Жалобы. Непрекращающиеся боли и постоянный дискомфорт в области лунки зуба 36.

Объективно. Состояние средней тяжести. Температура тела повышена до 37,5—38,0°C. При пальпации определяются увеличенные, уплотненные, болезненные, ограниченно подвижные поднижнечелюстные лимфатические узлы слева. При осмотре рта лунка удаленного зуба зияет, слизистая оболочка вокруг зуба гиперемирована, отечна и болезненна. Послеоперационная рана заполнена некротическими массами и покрыта налетом грязно-серого цвета с резким, неприятным запахом.

Лечение. Под мандибулярной (торусальной) и инфльтрационной анестезией Sol. Ultracaini DS-forte 4,0% 1,7 мл, с помощью кюретажной ложки произведен кюретаж лунки зуба 36, лунка промыва раствором фурацилина в разведении 1:5000 и рыхло заполнена йодоформной турундой с последующей ее заменой на 2-е сутки. Назначено физиотерапевтическое лечение. Общее лечение продолжить. Листок нетрудоспособности продлен. Дан совет. Явка на перевязку.

Патологический процесс купировался к концу 3-й недели.

ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТИ

Жалобы. Постоянная боль в области зуба 46, припухлость мягких тканей лица, нарушение общего самочувствия, повышение температуры тела до 38,0°C.

Анамнез. Два дня назад появились боль и отек мягких тканей на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка в области причинного зуба 46, который ранее неоднократно лечен по поводу пульпита и периодонтита. Температура тела повышена до 37,0°C.

Объективно. При внешнем осмотре челюстно-лицевой области определяется нарушение конфигурации лица, связанное с воспалительным отеком мягких тканей альвеолярного отростка нижней челюсти с вестибулярной стороны в области зуба 46. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации. Открывание рта ограничено (2 см между центральными резцами), болезненно.

В преддверии рта наблюдаются гиперемия и отек слизистой оболочки альвеолярной части переходной складки и щеки на протяжении от зуба 44 до зуба 47. Переходная складка за счет воспалительной инфильтрации уплощена и сглажена, при пальпации отмечается диффузный болезненный инфильтрат. По переходной складке определяется ограниченная припухлость в виде валика, покрытая тонкой слизистой оболочкой,

при пальпации четко определяется флюктуация. Зуб 46 сильно разрушен и не представляет функциональной или эстетической ценности. На рентгенограмме определяется расширение периодонтальной щели у корней зуба 46.

Первое посещение

Под мандибулярной (торусальной) и инфильтрационной анестезией Sol. Ultracaini DS-forte 4,0% 1,7 мл, с помощью прямого элеватора и щипцов удален зуб 46, из лунки получен гной. Лунка промыта антисептическим 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата и после этого проведена ее ревизия. С помощью скальпеля сделан разрез по переходной складке до кости в проекции от зуба 45 до зуба 47, получен гной. Рана промыта антисептическим 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата и установлен резиновый дренаж. Назначено общее лечение: антибиотики, сульфаниламидные препараты, десенсибилизирующие средства и общеукрепляющая терапия. Выдан листок нетрудоспособности. Дан совет.

В том случае, если причинный зуб возможно сохранить, то вмешательство начинается с раскрытия каналов зуба. После раскрытия каналов зуба проводят периостотомию.

Рекомендации. Антисептические и противовоспалительные ротовые ванночки слабым гипертоническим раствором и раствором «Стоматофита» два раза в день утром и вечером после приема пищи в течение 5 дней, явка на повторный осмотр к врачу-стоматологу-хирургу на следующий день.

Второе посещение

Жалобы. Небольшие болезненные ощущения на стороне, где была проведена операция. Температура тела повышена до 37,0°C.

Объективно. При осмотре и опросе определяется, что воспалительные явления стихают. Отек мягких тканей спадает.

Лечение. Рану обработали антисептическим 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, резиновый дренаж заменен на новый. Общее лечение продолжить. Листок нетрудоспособности продлен. Дан совет. Рекомендации те же.

Третье посещение

Жалобы. Небольшой дискомфорт в области операционной раны, температура тела нормализовалась.

Объективно. Незначительный отек мягких тканей, регионарные лимфатические узлы не увеличены и при пальпации безболезненны. При осмотре полости рта слизистая оболочка в области удаленного зуба бледно-розового цвета, увлажнена.

Лечение. Рана обработана антисептическим 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, резиновый дренаж заменен на новый.

Назначено физиотерапевтическое лечение. Листок нетрудоспособности продлен. Рекомендации те же.

Четвертое посещение

Жалоб нет, воспалительный процесс купировался, отек спал.

Лечение. Рана обработана антисептическим 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, резиновый дренаж удален. Дан совет. Явка при необходимости на осмотр. Листок нетрудоспособности закрыт.

Патологический процесс купировался к концу 3-й недели.

Лечение периостита и альвеолита представляет собой совокупность этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии. Принципы лечения предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- купирование воспалительного процесса и предупреждение его дальнейшего развития;
- сохранение и восстановление функциональной способности всей зубочелюстной системы;
- предупреждение развития острых одонтогенных воспалительных патологических процессов в околозубных и околочелюстных тканях;
- повышение качества жизни пациентов.

Комплекс лечебных мероприятий при периостите и альвеолите проводят преимущественно в условиях поликлиники. Принимают во внимание выраженность воспалительных явлений, общую и местную картину заболевания, а также рентгенологические данные.

Подобное заполнение дневника в медицинской карте стоматологического больного обеспечивает достаточный объем информации для оценки качества оказанной помощи.