

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

И.Д. Тазин, Д.И. Тазин

Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области

Учебное пособие

Томск
Издательство СибГМУ
2017

УДК 616.716-002.3(075.8)

ББК 56.613,12я73

Т 139

Т 139 Тазин И.Д. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области : учебное пособие / И. Д. Тазин, Д. И. Тазин. – Томск : Изд-во СибГМУ, 2017. – 99 с.

Данное пособие подготовлено в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования.

Учебное пособие посвящено вопросам гнойной инфекции челюстно-лицевой области. Особое внимание уделено клинической картине и топографо-анатомическим особенностям клетчаточных пространств лица и шеи. Подробно описаны и проиллюстрированы методы дренирования абсцессов и флегмон различных локализаций.

Представлен высокоэффективный дилатационный метод дренирования с использованием корончатой системы «короны» с эффектом памяти формы.

Учебное пособие включает в себя фотографии пациентов, тестовый контроль и клинические ситуационные задачи с ответами.

Пособие предназначено для студентов, обучающихся по основным профессиональным программам, программам-специалитета по специальности «Стоматология», а также представляет интерес для интернов, хирургов-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов.

УДК 616.716-002.3(075.8)

ББК 56.613,12я73

Рецензент:

Н. А. Молчанов – д-р мед. наук, профессор кафедры стоматологии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России.

Утверждено и рекомендовано к печати учебно-методической комиссией лечебного факультета (протокол № 6 от 27 июня 2016 г.) ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

© Издательство СибГМУ, 2017

© Тазин И. Д., Тазин Д. И., 2017

Содержание

Общая характеристика гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи	4
Абсцессы и флегмоны отдельных локализаций	16
Флегмона подглазничной области	16
Флегмона скуловой области	20
Флегмона глазничной области.....	21
Флегмона височной области	22
Флегмона подвисочной и крылонебной ямок.....	26
Абсцессы и флегмоны мягкого и абсцессы твердого неба.....	28
Флегмона подподбородочной области	30
Флегмона щечной области.....	32
Флегмона подчелюстного треугольника	36
Флегмона крыловидно-челюстного пространства	40
Флегмона окологлоточного пространства.....	43
Флегмоны подмассетериального пространства.....	48
Флегмона позадичелюстной области.....	50
Флегмона дна полости рта	52
Абсцесс челюстно-язычного желобка подъязычного пространства.....	56
Абсцесс и флегмона языка	60
Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта или ангина Людвига.....	63
Абсцессы и флегмоны шеи	65
Неспецифические лимфадениты и аденофлегмоны.....	70
Вопросы для самоконтроля.....	78
Тестовые задания.....	79
Ответы к тестовым заданиям	84
Ситуационные задачи	85
Ответы к ситуационным задачам	92
Иллюстративный материал	97
Рекомендуемая литература.....	98

Общая характеристика гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи

Гнойные процессы челюстно-лицевой области и шеи в виде абсцессов и флегмон нередко сопутствуют остеомиелиту лицевого скелета. Кроме как осложнения аномалий прорезывания зубов, особенно нижнего зуба мудрости, нагноившихся кист челюстей, альвеолитов и т.д.

Флегмоны лица и шеи отличаются разнообразием клинических проявлений, что зависит не только от реактивного состояния организма и вирулентности инфекции, но и от локализации процесса. Поэтому одних знаний общей симптоматики флегмон без учета местных анатомо-топографических особенностей для правильной оценки состояния больного недостаточно. Еще большее значение приобретает знание границ болезненного процесса при оперативных вмешательствах, требующих «анатомически правильного образа действий».

С точки зрения хирургической анатомии различают:

- 1) флегмоны лица,
- 2) околочелюстные флегмоны,
- 3) флегмоны дна полости рта,
- 4) окологлоточные флегмоны,
- 5) флегмоны языка,
- 6) флегмоны шеи.

Флегмоны лица локализуются в таких областях, как щечная, скуловая, височная, глазничная и др. (рис.1). Называть их околочелюстными неправильно, поскольку они имеют лишь относительную связь с областями челюстей.

К околочелюстным относятся флегмоны, располагающиеся в непосредственной близости к верхней или нижней челюсти.

Название остальных флегмон определяется областью их расположения.

Различают первичные и вторичные флегмоны. Вторичные флегмоны обычно сопутствуют остеомиелиту или возникают как осложнение гнойного лимфаденита. Флегмоны, возникающие в результате остеомиелита, называют остеофлегмонами. Флегмоны, развивающиеся на почве абсцедирования лимфатических узлов и окружающей их клетчатки, называют аденофлегмонами.

Возникающие в челюстно-лицевой области гнойные процессы, как по клиническому течению, так и по их распространению не всегда правильно относить к флегмонам; однако следует учесть, что провести строгую грань между ограниченной флегмоной и абсцессом в некоторых случаях нелегко.

С точки зрения практической стоматологии за основу целесообразно принять классификацию построенную на топографо-анатомических принципах, что помогает унифицировать топическую диагностику гнойников и

значительно облегчает планирование и выполнение хирургических вмешательств при каждом из них.

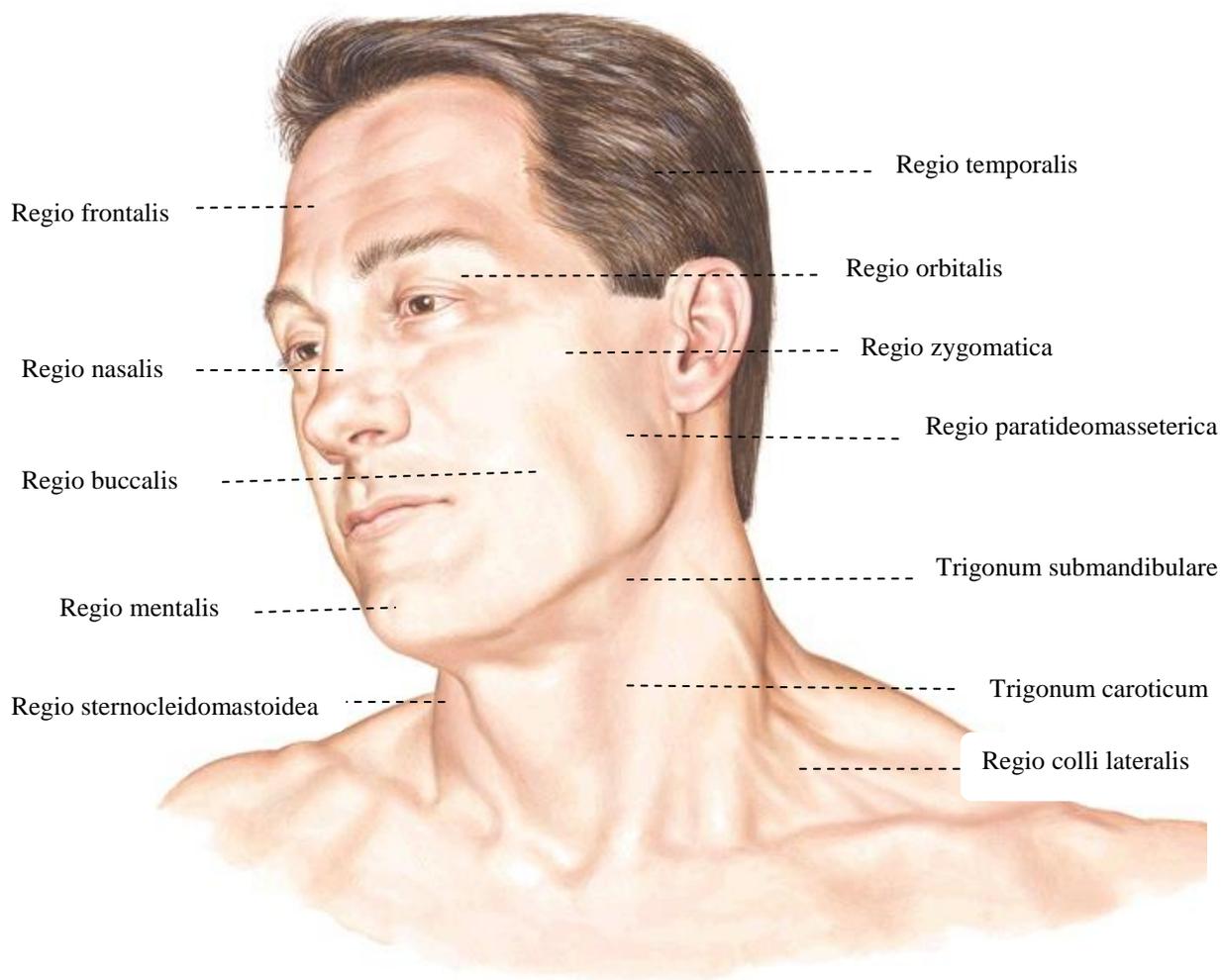


Рис. 1. Области головы и шеи (Р.Д. Синельников, 1996)

Топографо-анатомическая классификация абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи

I. Абсцессы и флегмоны, располагающиеся около верхней челюсти:

- 1) подглазничной области (собачьей ямки);
- 2) скуловой области;
- 3) орбитальной области (верхнее и нижнее веки);
- 4) височной ямки;
- 5) подвисочной и крылонебной ямок;
- 6) твердого и мягкого неба.

II. Абсцессы и флегмоны, располагающиеся около нижней челюсти:

- 1) подбородочной области;
- 2) щечной области;

- 3) подчелюстного треугольника;
- 4) крыловидно-челюстного пространства;
- 5) окологлоточного пространства;
- 6) подмассетериального пространства;
- 7) области околоушной слюнной железы и позадичелюстной ямки.

III. Абсцессы и флегмоны дна полости рта:

- 1) абсцессы и флегмоны верхнего отдела дна полости рта (подъязычной области, расположенной выше челюстно-подъязычной мышцы);
- 2) абсцессы челюстно-язычного желобка;
- 3) абсцессы и флегмоны нижнего отдела дна полости рта (подподбородочной области, расположенной ниже челюстно-подъязычной мышцы).

IV. Абсцессы и флегмоны языка:

- 1) абсцессы собственно языка;
- 2) флегмоны корня языка.

V. Абсцессы и флегмоны шеи:

- 1) поверхностные;
- 2) глубокие:
 - а) клетчаточного пространства сосудисто-нервного пучка;
 - б) клетчаточного пространства вокруг трахеи и пищевода;
 - в) предпозвоночного клетчаточного пространства.

Этиология и патогенез

Флегмоны челюстно-лицевой области и шеи возникают под влиянием тех же общих и местных факторов, которые обуславливают развитие гнойных процессов в любом другом участке организма.

Микробными возбудителями могут быть стрептококк, стафилококк, диплококк, пневмококк, кишечная палочка, палочка сине-зеленого гноя, веретенообразная палочка, зубная спирохета, различного рода анаэробы (*Bac. perfringes*, *Bac. histolyticus*, *Bac. oedematiens*, *Vibrio septicus* и др.). Каждый из этих микробов обнаруживается в отдельности или в том или ином сочетании. Однако чаще всех находят стрептококк или стафилококк.

Входными воротами инфекции большинства первично возникающих флегмон челюстно-лицевой области служат инфицированные зубы. При этом у взрослых входными воротами инфекции чаще всего являются полость зуба и корневой канал 8 нижних и 6 нижних зубов, затем 7 верхних, 6 верхних, 7 нижних, 5 нижних, 2 верхних. Другими очагами инфекции могут оказаться патологически измененные зубодесневые карманы, язвенный гингивостоматит, слюннокаменная болезнь, нагноившаяся киста челюсти, ангина, перелом челюсти, фурункулы и прочие воспалительные

процессы кожи приротовой области и шеи, а также слизистой оболочки полости рта.

Проникновение гноеродной микрофлоры гематогенным путем из отдаленных инфекционных очагов наблюдается крайне редко, преимущественно у новорожденных детей грудного возраста.

Нарушение функции трофических нервов микробными токсинами и вредными продуктами клеточного распада на месте развивающегося воспалительного процесса, а также непосредственное сдавливание сосудов воспалительным экссудатом ведут к нарушению питания тканей и некрозу последних.

Большая сеть соматических и вегетативных нервных волокон со значительным количеством болевых рецепторов в районах челюстно-лицевой области, подвергаясь раздражению, обуславливает жалобы на боли и парестезии. Еще более отягощает клиническую картину сдавливание нервных стволов экссудатом, например, при локализации гнойного процесса в подглазничной области и крыловидно-челюстном пространстве. При этом отмечается потеря чувствительности (симптом Венсана) и появление как бы пареза двигательных нервов (ограничение движения губ и нарушение мимики).

Особое значение для течения воспалительного процесса в соответствии с учением И.П. Павлова имеет охранительное (регуляторное) торможение, осуществляемое корой головного мозга. При экспериментальных неврозах были отмечены различного рода нарушения: расстройство дыхания, секреции слюнных желез, отиты, язвенные процессы и пр.

В этиологии и патогенезе флегмон челюстно-лицевой области, как отмечалось уже выше, наиболее существенную роль играют инфицированные зубы. Этот фактор имеет место у 90–93 % больных. Поэтому значительная часть этих воспалительных процессов с полным основанием может быть названа одонтогенными флегмонами. Исследование микрофлоры корней инфицированных зубов и периапикальных тканей при их воспалении говорит об однородности микробов в этих очагах и микробов, обнаруженных при флегмонах.

Патологическая анатомия

В зависимости от соотношения основных компонентов воспалительной реакции различают флегмоны с преобладанием явлений экссудации (серозной, гнойной) и флегмоны с преобладанием явлений альтерации (гнилостно-некротические флегмоны).

Для первого вида флегмон характерен выраженный отек клетчатки с диффузной инфильтрацией её лейкоцитами. Встречаются множественные участки некроза клетчатки (с признаками ее гнойного расплавления), окруженные скоплением лейкоцитов. Четкой демаркации зоны распространения инфекционного процесса нет.

При гнилостно-некротических флегмонах ведущими в картине воспаления являются некробиотические изменения в виде слившихся участков некроза клетчатки, фасций и даже прилежащих мышц. Встречаются выраженные очаги кровоизлияний. Резкий отек тканей сопровождается умеренной клеточной инфильтрацией.

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

Развитие воспалительного процесса характеризуется стадийностью: наблюдаются стадия серозного воспаления, стадия гнойного воспаления с выраженными в той или иной мере признаками альтерации и, наконец, стадия ограничения инфекционного очага, очищения операционной раны с явлениями пролиферации.

Общая клиническая характеристика флегмон

Местом развития гнойно-воспалительных процессов или гнилостного распада тканей служит обычно подкожная, межмышечная и межфасциальная рыхлая клетчатка, а также лимфатические узлы.

Гнойный процесс может поражать клетчатку вокруг сосудов и нервов и таким путем распространяться в более отдаленные участки тела и органы.

Воспалительные явления при флегмонах в одних случаях развиваются быстро, бурно, в других же медленно, постепенно, что зависит от отмеченных уже выше факторов, определяющих реактивное состояние организма, и внешних воздействий в виде микробов и пр.

При поверхностно расположенной флегмоне уже в самом начале болезни ярко выражается краснота кожи или соответствующего участка слизистой оболочки без резко выраженных границ, а также отечность, иногда значительная, кожи и подкожной клетчатки. Краснота кожи может быть настолько интенсивной, что симулирует рожу. Кожа лоснится, напряжена, трудно собирается в складку. Естественные складки или углубления при значительной отечности сглаживаются.

При глубоко расположенных флегмонах изменения кожи вначале менее заметны. Больше обращает на себя внимание плотный болезненный инфильтрат в области очага воспаления. У больных с подобной локализацией патологического процесса ярче выражен болевой синдром, в большей мере страдает общее состояние. Как правило, наблюдается нарушение функции жевания, глотания, а нередко и дыхания.

В отличие от коллатерального отека, при котором трудно уловить границы между здоровыми и больными тканями, инфильтрат при развившейся флегмоне определяется в виде уплотнения, заложенного в массу отекаемых тканей. Через 2–3 дня кожа краснеет, подобно тому, как это наблюда-

ется при поверхностных флегмонах, или даже становится несколько цианотичной. По мере расплавления плотность тканей инфильтрата уменьшается и в центральных его участках появляется флюктуация. Таким образом, развитие флегмонозного процесса клинически представляется сначала в виде стадии плотного инфильтрата, когда пальпацией еще флюктуация не определяется, стадии глубокой флюктуации, когда удается обнаружить зыбление в глубине тканей, и стадии ясно определяемой поверхностной флюктуации.

Вследствие воспалительной припухлости и коллатерального отека окружающих тканей лицо больного нередко искажается. При односторонних флегмонах наблюдается асимметрия лица. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны на ощупь.

В зависимости от характера и размеров воспалительного процесса, а также наступающей при этом интоксикации организма развиваются в той или иной степени общие расстройства: озноб, общая слабость, головная боль, бессонница, потеря аппетита. Лицо больного становится бледным, осунувшимся. Характерны изменения слизистой оболочки губ, полости рта и языка – она становится сухой, бледной или синюшной. Язык при этом бывает обложен.

Пульс и дыхание учащены. Температура колеблется от субфебрильной до 40 °С; достигнув высоких цифр, она остается постоянной.

Вялая, субфебрильная температура свойственна больше ограниченным гнойным процессам – абсцессам и начальным стадиям аденофлегмон.

Различают острую и подострую стадии заболевания. Для острой стадии характерно нарастание местных проявлений воспалительного процесса в сочетании с местными реакциями организма в виде гипертермии, нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом формулы влево, эозинопении, повышения СОЭ, увеличения индекса лейкоцитарной интоксикации, изменения протеинограммы, повышения уровня IgG, появления в сыворотке крови С-реактивного белка, усиления общей протеолитической активности крови. После вскрытия абсцессов и флегмон, если не возникает осложнений, заболевание переходит в подострую стадию. Наблюдается стихание местного воспалительного процесса: уменьшается инфильтрация тканей, снижается количество гнойного отделяемого. По мере очищения раны в ней появляется грануляционная ткань. Происходит эпителизация и рубцевание раны. Одновременно ослабевает выраженность общих реакций организма, улучшается самочувствие больного, восстанавливается нарушение функции дыхания, глотания, жевания.

Диагностика

Диагностика при абсцессах и флегмонах предусматривает уточнение локализации и характера воспалительного процесса, оценку вирулентности

инфекционного начала, и типа ответной реакции организма (нормэргическая, гиперэргическая, гипоэргическая), своевременное выявление осложнений.

Более тонкая топическая диагностика проводится на основании сопоставления выраженности отдельных симптомов воспаления, их локализации.

Вирулентность инфекционного начала, зависящая от свойств и количества возбудителей заболевания, во многом определяет объем и глубину повреждения тканей, вероятность возникновения осложнений у больных с флегмонами лица и шеи. Правильная оценка вирулентности инфекционного начала помогает прогнозировать течение заболевания и служит основанием для решения вопроса о характере терапии, ее интенсивности. Такая оценка проводится с учетом выраженности местной воспалительной реакции и общих реакций организма. При этом исходят из допущения, что у больных со средним уровнем иммунологической реактивности существует прямая пропорциональная зависимость между вирулентностью инфекционного начала и величиной таких ответных реакций, как лихорадка, лейкоцитоз, увеличение СОЭ, повышение общей протеолитической активности крови, изменение протеинограммы, нарастание уровня содержания IgG.

Снижение иммунологической реактивности организма обычно имеет место при эндокринных расстройствах (сахарный диабет), гемобластозах, у лиц, длительно получающих цитостатики, некоторые гормональные препараты, в старческом возрасте.

Другой причиной несоответствия выраженности общих реакций и вирулентности инфекционного начала является прием больными лекарственных препаратов, тормозящих эти реакции (обезболивающие, жаропонижающие препараты и антибиотики). Чтобы избежать грубой ошибки при оценке тяжести состояния таких больных, необходимо помнить, что повышение температуры тела на 1°C, обычно сопровождается учащением пульса на 10 ударов в минуту. Выраженная тахикардия при нормальной или субфебрильной температуре должна насторожить врача.

Следует иметь в виду, что в последнее время у многих больных флегмоны и 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 (абсцесс, флегмона) ставят на основании учета таких местных симптомов, как размягчение в центре инфильтрата, флюктуация, локальное повышение температуры кожи. Кроме того, при гнойном воспалении наблюдается лейкоцитоз свыше 10×10^9 /л, нейтрофилез 80 % и более. В сыворотке крови появляется С-реактивный белок в

количествах, оцениваемых ++++. Для решения вопроса о характере воспаления при глубокой локализации процесса можно осуществить диагностическую пункцию, применить ультразвуковую диагностику.

При анаэробных флегмонах в начальном периоде у больных отмечается иногда эйфория, которая создает ложное представление о благополучии. Обычно вслед за этим у больных наступает быстрый упадок сил.

Анаэробная инфекция развивается главным образом в мышечной ткани. В отличие от обычных флегмон, характеризующихся воспалением тканей с образованием гноя, газовая флегмона сопровождается омертвением тканей. Мышечная ткань при ней кажется как бы вареной, бледной, почти не кровоточит, что зависит от тромбоза сосудов и сдавления их газами. Впоследствии она превращается в распадающуюся зловонную массу. Вследствие расстройства питания тканей и гемолиза на коже появляются бледные, синюшные и бронзовые пятна. Края раны при разрезе быстро покрываются грязно-серым налетом.

На месте расплавленных тканей происходит скопление пузырьков газа; газами пронизаны также сохранившиеся еще, но уже пораженные ткани; пузырьки хорошо видны при разрезе очагов поражения.

Пальпация пораженных участков через кожу дает ощущение крепитации. Наличие газовых пузырьков может наблюдаться и при отсутствии видимого некроза тканей.

Общее состояние больных при этом тяжелое. Черты лица заостряются. Вначале больные беспокойны, но позднее у них появляется упадок сил, апатия, слабый и частый пульс, кровяное давление падает. Вследствие интенсивного распада при этом процессе эритроцитов (гемолиз) развивается желтуха.

Лечение

При лечении больных с абсцессами и флегмонами остается старое требование: «Ubi pus, ibi evacua», т.е. «где гной, там необходима его эвакуация». Поэтому раннее вскрытие флегмоны следует считать одним из ранних рациональных лечебных мероприятий.

Конечной целью лечения больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области является ликвидация инфекционного процесса и полное восстановление нарушенных функций организма в максимально короткий срок. Достигается это проведением комплексной терапии. При этом врач должен четко видеть стоящие перед ним задачи на той или иной стадии заболевания, хорошо знать пути их разрешения.

Принципиальная схема лечения должна складываться из следующих мероприятий. Основными компонентами ее являются:

1. Хирургическое лечение с целью дренирования внутрикостного очага и вскрытия гнойного очага в мягких тканях.
2. Противомикробное лечение.

3. Дезинтоксикационное лечение.
4. Десенсибилизирующее лечение.
5. Мероприятия, направленные на восстановление гомеостаза основных функциональных систем организма.
6. Общеукрепляющее и стимулирующее лечение, включающее воздействие физическими факторами, с целью повышения иммунобиологических свойств.

В зависимости от фазы развития воспаления и тяжести клинического течения значение каждого из перечисленных компонентов лечебного комплекса меняется.

Хирургическое лечение:

1. О б е з б о л и в а н и е.

Основопологающими при выборе вида анестезии у больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области являются локализация и распространенность процесса, гораздо реже – состояние больного и сопутствующая патология.

Многие операции при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области выполняются под местной, чаще всего инфильтрационной или проводниковой анестезией. Это касается, в первую очередь, большинства вмешательств поликлинического характера, ряда операций в стационаре.

Преимущество местной анестезии заключается в основном не в простоте ее технического использования, а в безопасности для больного, поскольку риск общей анестезии при небольших по объему вмешательствах остается еще достаточно высоким.

Недостатки местной анестезии у больных с воспалительными процессами в первую очередь связаны с особенностями местных изменений. В кислой среде воспаленных тканей (рН гноя 6,5–5,4) действие местных анестетиков проявляется слабо, так как не происходит преципитации свободного основания, обеспечивающего местноанестезирующий эффект. Оно особенно снижено при наличии гнойного содержимого, когда рН приближается к 5,5. Быстрая абсорбция анестетика вследствие увеличения кровоснабжения в воспалительном очаге увеличивает его токсичность, снижается продолжительность действия.

При развитии глубоких и обширных воспалительных процессов челюстно-лицевой области обеспечить адекватную анестезию, используя только местные анестетики, практически невозможно. В этих случаях рекомендуется проведения общего обезболивания.

Требования к анестетику и технике проведения местной анестезии:

- 1) врач должен четко представлять анатомию и топографию области введения раствора;

2) следует помнить, что любой местный анестетик является лекарственным препаратом системного действия;

3) инъекционные растворы должны быть стерильными и совместимыми с тканями;

4) температура анестезирующих растворов должна быть близкой к температуре тела;

5) темп введения анестетика должен быть медленным, на этапах его введения необходимо оттягивать назад поршень шприца;

6) не следует травмировать ткани и вводить иглу в одно и то же место, продвигать иглу до конца, прилагать усилия при малейшем сопротивлении, в особенности вблизи кости и надкостницы;

7) никогда не следует делать инъекцию так, чтобы она была неожиданной для больного.

Неблагоприятным моментом неадекватной местной анестезии, как и любой другой операции, является отрицательный эмоциональный фон у больного. Появление отрицательных эмоций больного может в значительной степени понизить порог выносливости боли.

Общая анестезия выполняется при многочисленных операциях в челюстно-лицевой области, в том числе и при воспалительных заболеваниях мягких тканей. Специфические особенности течения флегмонозного процесса, сочетание местных и общих изменений создают своеобразный фон для общей анестезии. Следует отметить возможные затруднения на таком этапе наркоза, как интубация трахеи, и подчас возникающую необходимость в предоперационной подготовке больных с длительно протекающими явлениями интоксикации.

Развитие местных нарушений, в том числе ограничение открывания рта, сужение ротоглотки, увеличение объема и дистального смещения языка, ухудшение его подвижности, постоянное скопление большого количества густой слизи на корне языка и в нижних отделах ротоглотки, выраженная отечность тканей вокруг нижней челюсти и на шее в значительной степени затрудняют поддержание проходимости верхних дыхательных путей во время анестезии. Всё перечисленное выше является отрицательными факторами, приводящими к невозможности тщательного трахеобронхиального туалета и опасности развития таких осложнений, как ларингоспазм, механическая обтурация дыхательных путей, невозможность и опасность интубации трахеи, трудность проведения принудительной вентиляции легких, необходимость сохранения самостоятельного дыхания.

Совокупность местных и общих изменений создают особые условия для проведения общей анестезии у больных с флегмонами челюстно-лицевой области. Общая анестезия должна обладать следующими качествами:

1) кратковременность, быстрое наступление анестезии и пробуждение больного;

- 2) малая токсичность используемых средств, незначительное отрицательное влияние на организм;
- 3) обеспечение достаточного расслабления жевательной мускулатуры;
- 4) снижение активности гортанно-глоточных рефлексов;
- 5) минимальное воздействие на слюноотделение.

2. Хирургический доступ.

Вскрытие глубоких очагов инфекции производится в соответствии с анатомо-топографическими особенностями пораженной области. Разрез надо делать достаточно широким, до 6–8 см, на всю глубину тканей расположенных над воспалительным очагом, а не воронкообразно, когда кожный разрез бывает достаточных размеров, а нижележащие ткани рассекаются лишь в пределах 1 см. Во время оперативного вмешательства необходимо бережно обращаться с тканями, избегая их чрезмерного сдавления, перерастяжения. Кожу, подкожную мышцу и фасции следует рассекать, а глублежащие ткани расслаивать по ходу клетчаточных пространств (с помощью кровоостанавливающего зажима или тупоконечных ножниц).

Дренирование операционной раны после вскрытия инфекционного очага может быть осуществлено несколькими способами.

1. Введение в рану резиновых или полихлорвиниловых трубок, а также резиновых полосок нарезанных из перчаточной резины. Для лучшего оттока экссудата из раны накладывают асептическую марлевую повязку, пропитанную 10 % раствором хлорида натрия. До очищения раны и появления в ней грануляционной ткани смену повязки производят ежедневно. Затем перевязки делают реже. С появлением в ране грануляционной ткани повязки с гипертоническим раствором заменяют мазевыми повязками.

2. Диализ – промывание раны с целью удаления микробов, их токсинов, продуктов распада тканей. Для диализа применяют растворы антибиотиков; антисептиков: димексида, этония, эктерецида, перманганата калия, биглюконата хлоргексидина, протеолитических ферментов, фурациллина, фурагина калия и т. д.

В зависимости от режима введения растворов различают фракционный и непрерывный диализ. Растворы вводят в рану под давлением с помощью шприца или системы для переливания крови, либо они поступают в рану в результате создания в ней вакуума. Для этого в рану вводят второй трубчатый дренаж и подключают к нему водоструйный или электрический отсос. Отсасываемый при этом диализат собирается в емкость накопителя.

Диализ раны уменьшает интоксикацию, приводит к быстрой нормализации гематологических, биохимических и иммунологических показателей, обеспечивает сокращение сроков очищения раны от гнойного отделяемого, некротических тканей.

3. Прерывистое или постоянное отсасывание экссудата с помощью катетера, введенного в инфекционный очаг через операционную рану либо через дополнительный разрез-прокол.

При больших и глубоких гнойных полостях успех хирургического лечения во многом определяется созданием адекватного дренирования раны, обеспечивающего хороший отток гнойного экссудата, аэрацию и условия для очищения раны от гнойно-некротических масс. Наиболее оптимальные условия для течения раневого процесса можно создать, используя дилатационные устройства с памятью формы из никелида титана. Используемый в данной конструкции эффект формовосстановления позволяет наряду с самофиксацией устройства в раневом канале обеспечить надлежащие условия эвакуации гнойного экссудата.

Выполнение устройства из никелида титана марки ТН-10 позволяет в охлажденном состоянии легко уменьшать диаметр дилатора более чем в 20 раз. Это упрощает введение устройства в раневой канал и уменьшает травматичность его установки.

Под воздействием температуры тканей устройство, постепенно принимая свою первоначальную форму, самофиксируется в ране, осуществляя дилатацию раневого канала (рис. 2, 3).

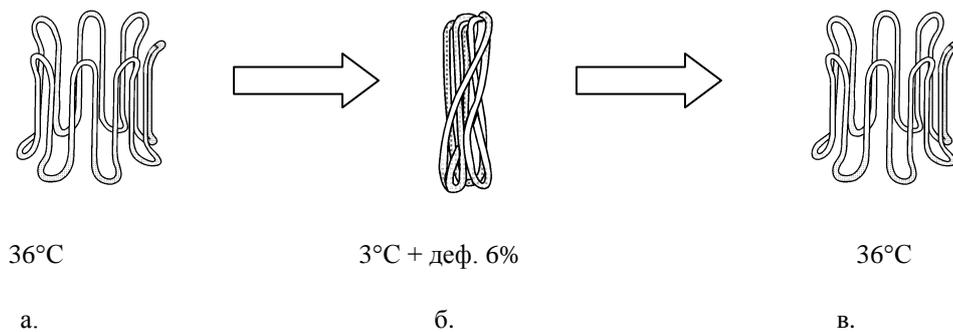


Рис. 2. Устройство для дилатации раневого канала: а – исходное состояние при комнатной температуре; б – устройство после охлаждения и предварительной деформации; с – устройство после нагрева до температуры тела



Рис. 3. Положение дилатора в раневом канале больной М. после вскрытия подбородочной флегмоны

Наш клинический опыт показал, что дилатационный метод дренирования (ДМД) гнойных ран в комплексном лечении околочелюстных флегмон способствует снижению интоксикации организма больного продуктами аутолиза некротических тканей, удалению субстрата, на котором развивается патогенная микрофлора, а также созданию благоприятных условий для быстрейшего заживления операционной раны и ликвидации остаточных явлений инфекционно-воспалительного процесса. Применение указанных дилататоров при нагноительных процессах челюстно-лицевой области, наряду с обеспечением адекватных условий дренирования, улучшает визуальный и хирургический доступ при удалении гнойно-некротических масс, а также облегчает медикаментозное и физиотерапевтическое воздействие в глубоких гнойных полостях.

Таким образом, дилатационный метод дренирования (ДМД) гнойных ран высоко эффективен в комплексном лечении околочелюстных флегмон и позволяет рекомендовать его к широкому использованию в гнойной челюстно-лицевой хирургии.

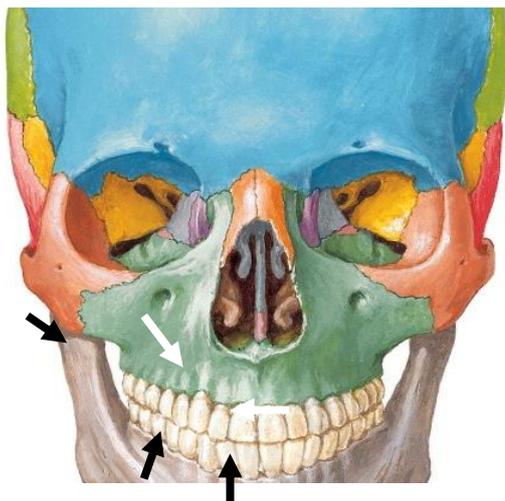
Абсцессы и флегмоны отдельных локализаций

Флегмона подглазничной области (*Phlegmone regionis infraorbitalis*)

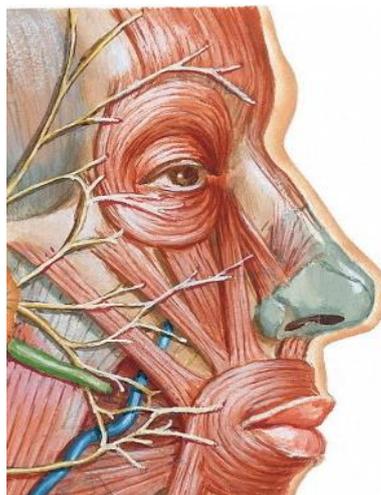
Т о п о г р а ф и ч е с к а я а н а т о м и я. Подглазничная область расположена на переднелицевой поверхности тела нижней челюсти. Границами ее являются: сверху – нижний край глазницы, снизу – луночковые возвышения (*jugae alveolariae*) у верхнего свода преддверия рта, снутри – боковая граница носа, снаружи – скулочелюстной шов (скуловая кость).

В подглазничной области расположена квадратная мышца верхней губы (*m. quadratus labii superioris*), большая скуловая мышца (*m. zygomaticus major*), собачья мышца (*m. caninus*) и мышца смеха (*m. risorius*). Между угловым, подглазничным и скуловым пучками квадратной мышцы и остальными мышцами имеются рыхлые жировые прослойки; они служат путями, по которым распространяется гнойная инфекция.

Не менее важное значение в этом смысле имеет обильная венозная сеть, анастомозирующая с глазными венами (*v.v. ophthalmicae inferior et superior*), а также богатая иннервация этой области со стороны второй ветви тройничного нерва (*n. Infraorbitalis*) (рис. 4).



а.



б.

Рис. 4. Подглазничная область: (а) костные ориентиры обозначены стрелками, (б) мышцы подглазничной области (Р.Д. Синельников, 1996)

К л и н и к а. Заболевание нередко начинается с абсцесса в собачьей ямке. При осмотре наблюдается припухлость верхней губы, щеки, сглаженность носогубной бороздки (sulcus nasolabialis).



Рис. 5. Абсцесс подглазничной области

Отечная губа соответствующей стороны оттянута вниз и производит впечатление парализованной. Инфильтрат и припухлость занимают не только область собачьей ямки, но распространяются и на боковую поверхность носа, область внутреннего угла глаза, нижнего края глазницы, а иногда и на скуловую область. Нижнее веко отекает и закрывает глаз, нос отклонен в здоровую сторону (рис. 5).

Заболевание протекает остро, с сильными болями и высокой температурой до 39 °С и выше. Интенсивность болей при этом заболевании объясняется прохождением здесь ветвей подглазничного нерва (n. Infraorbitalis, s. pes anserinus minor). Воротами внедрения инфекции являются верхний клык и первый премоляр, реже боковой резец и второй премоляр.



Рис. 6. Флегмона подглазничной области

Флегмона может осложниться частичным остеомиелитом нижнеглазничного края и скуловой кости, гайморитом и флебитом расположенных здесь вен, что угрожает переходом инфекции по vv. Ophthalmicae inferior et superior в черепно-мозговые синусы (sinus cavernosus) (рис. 6).

Образование гнойника у внутреннего угла глаза приходится дифференцировать с воспалением слезного мешка – дакриоциститом.

Особого внимания заслуживают возникающие в этой области изолированные абсцессы в собачьей ямке и боковой поверхности носа.

Абсцесс в собачьей ямке (abscessus regionis fossae caninae). В начале своего развития гнойник в собачьей ямке мало чем отличается от гнойного периостита альвеолярного отростка в пределах верхних фронтальных зубов и премоляров. Но при периостите центр процесса сосредоточен в верхнем своде преддверия рта в границах прикрепления щечной, носовой и резцовой мышц к луночковым возвышениям, т.е. начале расположения собачьей ямки; при абсцессе в самой ямке переходная складка преддверия лишь отечна.

Заболевание протекает почти всегда остро, сопровождается резкими болями, высокой температурой (от 38 °С и выше), иногда ознобом. Область собачьей ямки при этом оказывается припухшей, в глубине ее отмечается сначала плотный инфильтрат, а затем флюктуация. Развитие процесса сосредоточено в месте расположения собачьей мышцы (m. caninus), окутанной рыхлой клетчаткой и прикрытой квадратной мышцей верхней губы. Внешняя картина в виде отека соответствующей стороны лица часто мало чем отличается от таковой при флегмоне подглазничной области.

Заболевание, как правило, возникает на почве хронического периодонтита верхних передних зубов, чаще клыка, а иногда и первого премоляра, реже бокового резца.

Дифференцировать абсцесс следует с диффузным периодонтитом, периоститом или остеомиелитом альвеолярного отростка.

Абсцесс боковой поверхности носа. Абсцесс боковой поверхности носа, так же как и гнойник собачьей ямки, может наблюдаться в виде изолированного (самостоятельного) процесса, без вовлечения всей подглазничной области. Входными воротами инфекции чаще служат те же переднебоковые зубы, особенно клык верхней челюсти. Локализуется абсцесс на границе хрящевой и костной части боковой поверхности носа в клетчаточном пространстве между носовой (угловой) головкой квадратной мышцы верхней губы (*caput angulare m. quadratus labii superior*) и частью поперечной мышцы носа (*pars transversa m. nasalis*), берущей начало от луночкового возвышения верхнего клыка и прикрепляющейся к спинке хрящевой части носа.

Клинически абсцесс здесь характеризуется появлением ограниченного овальной формы инфильтрата у основания боковой поверхности носа, несколько выше носогубной бороздки. Позднее определяется флюктуация и распространение процесса непосредственно на боковую поверхность носа в виде валикообразного возвышения (инфильтрата). Не остановленное в своем развитии воспаление может послужить причиной флегмоны подглазничной области, а также закончиться ограниченным остеомиелитом носового отростка верхней челюсти. При установлении диагноза необходимо исключить дакриоцистит.

Л е ч е н и е. Хирургическое вмешательство при флегмоне заключается в разрезе по переходной складке верхнего свода преддверия полости рта, проникающем до дна собачьей ямки.

Если гной при этом не обнаруживается, следует проникнуть тупым путем в пространство между пучками квадратной мышцы; в крайнем случае, вскрывают гнойники через кожные разрезы непосредственно у места их образования. Рану дренируют, лучше тонкими резиновыми полосками.

Абсцесс в собачьей ямке вскрывают тем же путем со стороны полости рта, как и флегмону подглазничной области. При своевременном вмешательстве гной обнаруживается лишь в небольшом количестве. Обычный разрез по переходной складке при абсцессе в собачьей ямке оказывается безрезультатным и не облегчает страданий больного, так как не проникает до очага.

Промедление с хирургическим вмешательством угрожает переходом воспалительного процесса во флегмону подглазничной области.

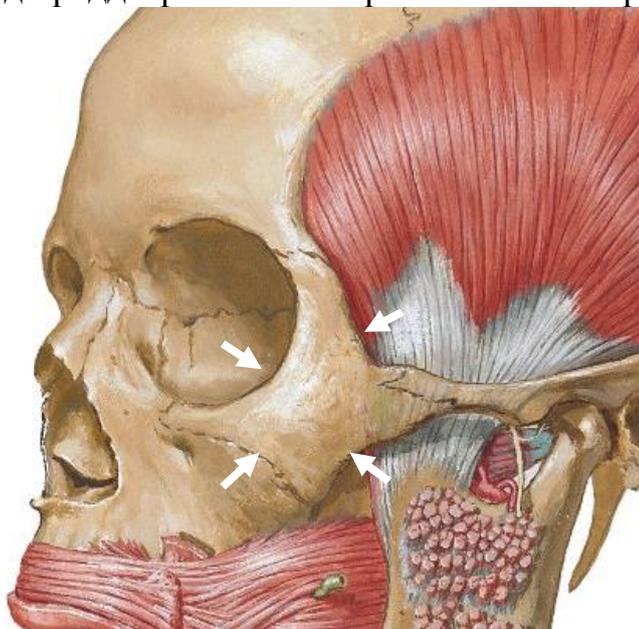
Оперативные вмешательства при абсцессе между носовой мышцей и угловым пучком квадратной мышцы губы сначала следует проводить со

стороны преддверия полости рта, проникая тупым путем к очагу абсцесса через разрез по переходной складке. При перемещении абсцесса на боковую поверхность носа его вскрывают непосредственно через кожу.

Флегмона скуловой области (phlegmone regionis zygomaticae)

Т о п о г р а ф и ч е с к а я а н а т о м и я. Границы скуловой области соответствуют расположению скуловой кости. В этом участке, помимо подкожножировой клетчатки, нет скоплений рыхлой соединительной ткани, так как скуловая кость служит лишь местом прикрепления сухожильно-мышечных волокон (рис. 7).

К л и н и к а. Чаще всего флегмона возникает в результате остеомиелита скуловой кости, что наблюдаются главным образом у детей. Исходным очагом инфекции при этом является разрушенные кариесом молочные моляры верхней челюсти, когда щечные корни их при слабо развитом альвеолярном отростке близко подходят к скуловой кости. Нередко воспаление переходит сюда из соседних областей. Вначале образуется плотный воспалительный инфильтрат. Затем появляется разлитая припухлость, главным образом за счет коллатерального отека соседних областей (околоушно-жевательной, височной, подглазничной, щечной). Отечность распространяется и на свод преддверия полости рта в области верхних моляров.



*Рис. 7. Скуловая область. Контуры обозначены стрелками
(Р.Д. Синельников, 1996)*

Появляются боли, отдающие в висок и подглазничную область, повышается температура. Открывание рта вследствие вовлечения в страдание волокон жевательной мышцы ограничено. Процесс может перейти per

continuitatem на соседние участки лица и глазницу. Самостоятельное вскрытие гнойников нередко происходит у наружного края глазницы.

Л е ч е н и е. Вскрытие гнойника производят через кожный разрез у нижнего края скуловой кости или на месте наиболее выраженной флюктуации.

Флегмона глазничной области (phlegmone regionis orbitalis)

Развитие флегмоны здесь сосредоточено в клетчатке глазницы и может быть обусловлено остеомиелитом нижнего края орбиты, тромбофлебитом глазничных вен, переходом воспаления со стороны гайморовой полости через дно глазницы и решетчатых пазух, а также распространением гнойного процесса со стороны подвисочной и крылонебной ямок (рис. 8).

К л и н и к а. Одним из признаков флегмоны глазницы является большее или меньшее выпячивание глазного яблока (экзофтальм), а иногда ограничение подвижности его; этому предшествует отек переходной складки конъюнктивы (хемоз) и болезненность при надавливании на глазное яблоко. Веки отечны. Вследствие экзофтальма глаз не прикрывается даже увеличенными в объеме отечными веками (рис. 9). В результате смещения глазного яблока появляется диплопия.

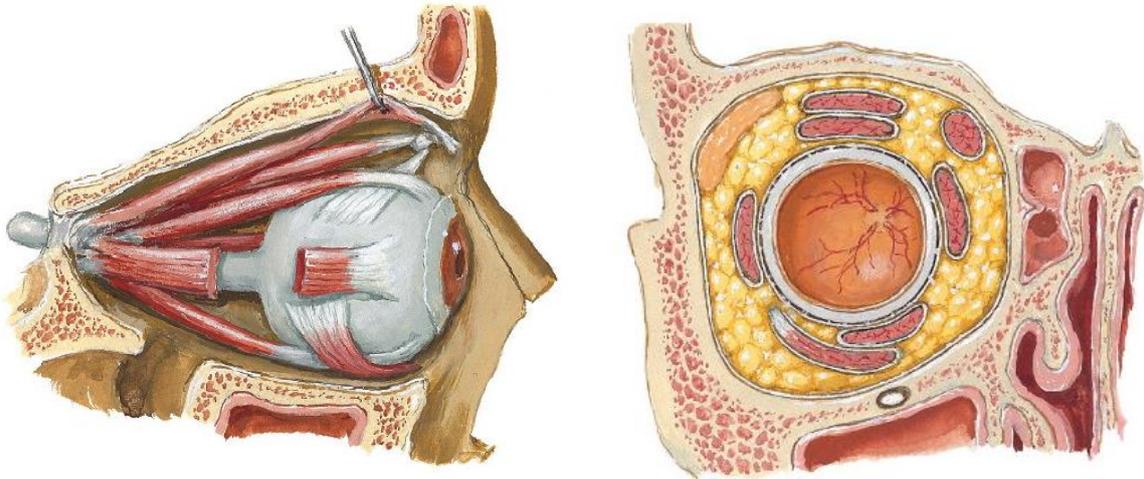


Рис. 8. Схема строения глазницы (Р.Д. Синельников, 1996)

Заболевание сопровождается высокой температурой и головными болями. Прогноз всегда тревожный.

Учитывая опасность возникновения менингита, необходимо следить за неврологическим состоянием больных и консультироваться с окулистом.



Рис. 9. Флегмона глазницы

Л е ч е н и е. Гнойник вскрывают через разрез по нижненаружному краю глазницы. Придерживаясь костной стенки, проникают тупым путем в глубь глазницы за нижнеорбитальную поверхность глазного яблока. Гнойники, расположенные в глубине глазницы, за глазным яблоком, хорошо опорожняются через перфорационное отверстие тонкой костной пластинки дна глазницы, служащей одновременно верхним сводом гайморовой полости. С этой целью вскрывают гайморову полость и через нее, подходя к заднему краю дна глазницы, удаляют участок тонкой здесь костной пластинки (кусачками, конхотомом или даже острой ложечкой). После перфорации кости и рассечения надкостницы (если она сохранилась) гной вытекает непосредственно в гайморову полость. Последнюю рыхло выполняют йодоформной марлей. Трепанационное отверстие гайморовой полости оставляют открытым до ликвидации флегмоны.

Флегмона височной области (phlegmone regionis temporalis)

Т о п о г р а ф и ч е с к а я а н а т о м и я. Границы области определяются расположением височной мышцы. Основная масса мышцы находится как бы в футляре: снаружи ее покрывает фасция, а снизу расположена надкостница костного дна височной ямы. Височная мышца вместе с находящимися здесь сосудами и нервами не полностью заполняет височную яму; оставшиеся свободные пространства выполнены рыхлой жировой клетчаткой, в которой и сосредоточивается процесс в случаях флегмоноз-

ного воспаления. Клетчатка эта находится в непосредственной связи с жировой клетчаткой подвисочной и щечной областей.

Различают поверхностный и глубокий слой содержимого височной области. Первый (поверхностный) слой расположен между кожей и височным апоневрозом, а второй (глубокий слой вместе с мышцей) – между апоневрозом и дном височной ямы. Заслуживает внимания то обстоятельство, что височный апоневроз, достигнув скуловой дуги, расщепляется на две пластинки, из которых одна прикрепляется к наружной, а другая к внутренней поверхности дуги. Образовавшееся пространство между пластинками апоневроза выполнено клетчаткой, которая при флегмоне также может нагнаиваться.

Важной анатомо-топографической особенностью является то, что височная мышца в нижней своей трети наружной поверхностью примыкает к внутренней поверхности верхней части жевательной мышцы, а внутренней – граничит с наружной поверхностью внутренней крыловидной мышцы; здесь же вблизи начинается щечная мышца. Промежутки между мышцами заполнены клетчаткой. Указанные анатомические особенности способствуют распространению гноя под жевательную мышцу и в сторону окологлоточного пространства и, наоборот, из этих участков гной может прорываться в височную область (рис. 10).

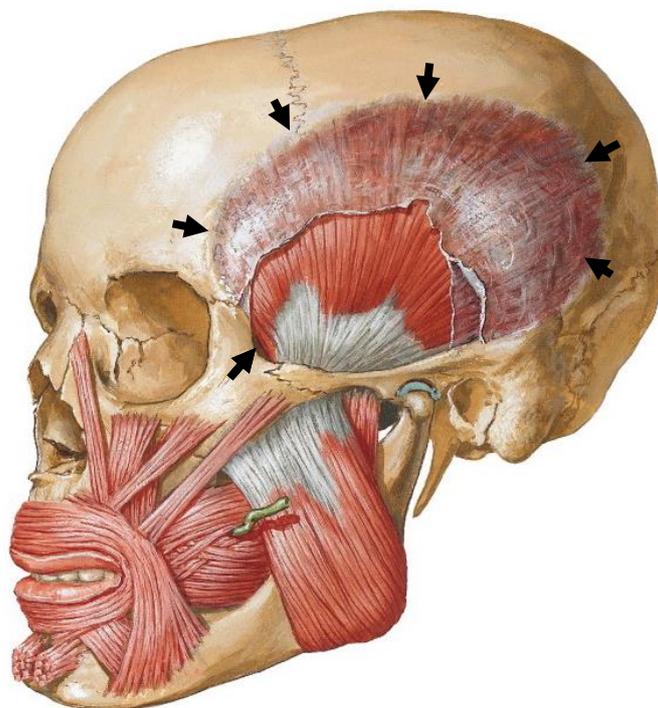


Рис. 10. Височная область обозначена стрелками (Р.Д. Синельников, 1996)

К л и н и к а. Развитие флегмонозного процесса в одних случаях протекает бурно и характеризуется тяжелым состоянием больного при температуре 38,5–39,5 °С, а в других может протекать при явлениях средней тяжести.

Пораженная сторона вместо слегка запавшей или ровной, как это бывает в норме, становится подушкообразной. Резко бросается в глаза асимметрия лица и головы в целом. Припухлость, кроме виска, может захватывать теменную, глазничную, скуловую области и верхний отдел околоушно-жевательной области.

Веки больной стороны отечны, глазная щель полузакрыта. Кожа височной области напряжена, отечна, область расположения височной мышцы инфильтрирована. Открывание рта затруднено (воспалительная контрактура I–III степени). Жалобы на головную боль.

Определение флюктуации при скоплении гноя в височной яме под слоем височной мышцы не всегда удается, что заставляет прибегать к пробной пункции шприцем.

Первичные флегмоны височной области возникают при непосредственном внедрении инфекции в эту область (фурункул, ранение и вообще травма, ссадины кожи, актиномикоз).

Большинство флегмон височной области бывает вторичного происхождения в результате распространения инфекции из соседних пораженных участков щечной, подвисочной, крылонебной, крыловидно-челюстной, околоушной областей.

На основании клинических особенностей течения флегмон и приведенных анатомических данных следует различать:

- 1) поверхностную флегмону – при развитии процесса в клетчатке между кожей и апоневрозом;
- 2) срединную флегмону – при наличии процесса в рыхлой жировой клетчатке между апоневрозом и мышцей и отдельно замкнутом фасциальном пространстве над скуловой дугой;
- 3) глубокую флегмону, располагающуюся между височной костью (дном височной ямы) и самой височной мышцей;
- 4) разлитую флегмону, охватывающую все участки височной области с вовлечением смежных областей (рис. 11).

При запущенной глубокой флегмоне наблюдается вторичный остеомиелит с частичным некрозом височной кости и угрозой воспаления мозговых оболочек.

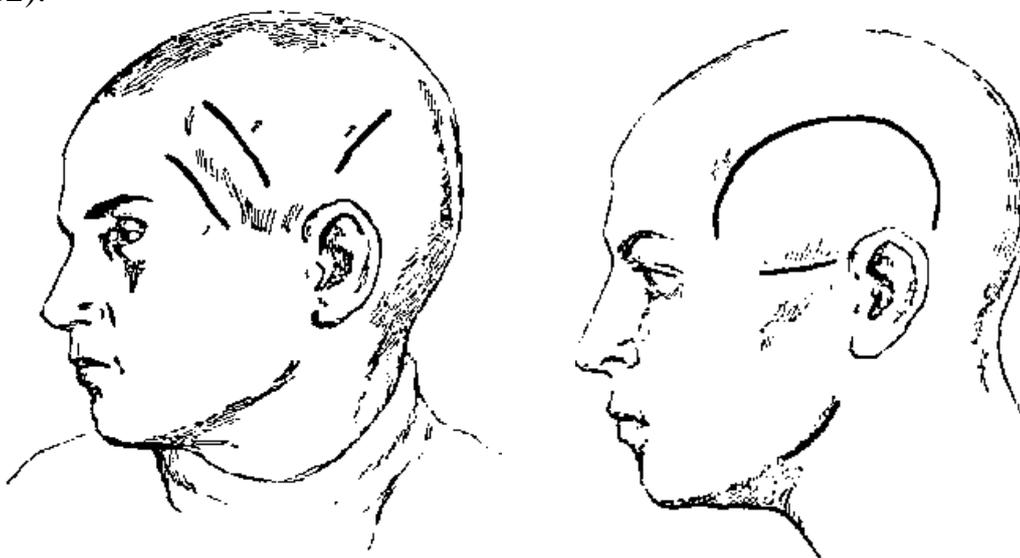
Л е ч е н и е. При вскрытии флегмоны височной области не всегда можно ограничиться только одним разрезом, что объясняется приведенными выше анатомо-топографическими особенностями. Весьма эффективен разрез в границах переднего края *m. temporalis* и заднего края скуловой кости. После рассечения кожи, подкожной клетчатки и апоневроза височ-

ной мышцы проходят тупым путем к переднему краю мышцы и расположенному здесь ответвлению жирового комка щеки.



Рис. 11. Разлитая флегмона височной области

При разлитой флегмоне уместен разрез по *linea temporalis*, по границе прикрепления височной мышцы и ее апоневроза. При этом делают один разрез в виде полуокружности или же 2–3 отдельных разреза, щадя ветви височной артерии. Последние легко определяют по их пульсации (рис. 12).



*Рис. 12. Варианты разрезов при вскрытии флегмоны височной области
(Н.Н. Бажанов, 1970)*

Срединные и глубокие гнойники височной области вскрывают вертикальным или радиальным разрезом по длине мышц, проникая до чешуи височной кости тупым путем.

В целях создания контрапертур делают добавочные разрезы по верхнему краю передней части скуловой дуги, а при глубоких затеках – и в области прикрепления жевательной мышцы и угла у угла нижней челюсти,

соединяя их с основным очагом тупым путем. Разрезы необходимо хорошо дренировать.

**Флегмона подвисочной и крылонебной ямок
(phlegmone fossae infratemporalis et phlegmone
fossae pterygopalatinae)**

Топографическая анатомия. Подвисочная ямка располагается в латеральной части основания черепа. Границами подвисочной ямки являются: сверху – гребешок большого крыла основной кости (*crista infratemporalis*), спереди – бугор верхней челюсти (*tuber maxillae*), сзади – шиловидный отросток с отходящими от него мышцами, снутри – крыло-видный отросток основной кости и боковая стенка глотки, снаружи – ветвь нижней челюсти, нижняя граница расположена над щечно-глоточной фасцией (*fascia buccopharyngea*).

Кнутри от подвисочной ямки находится крылонебная ямка, простирающаяся до тела основной кости и вертикальной части небной кости. Эти две ямки настолько интимно связаны, что практически флегмона подвисочной ямки в той или иной степени захватывает крылонебную ямку (рис. 13).

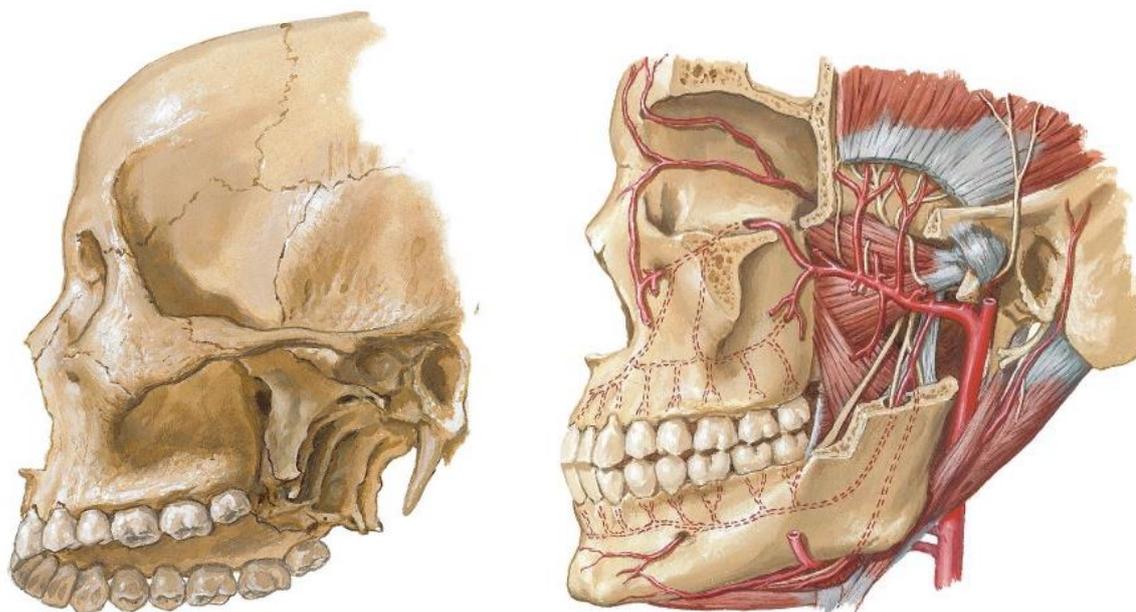


Рис. 13. Подвисочная и крылонебная ямки (Р.Д. Синельников, 1996)

В повседневном практическом отношении заслуживает внимания передняя граница подвисочного пространства, а именно сам бугор верхней челюсти и его участок до скуло-альвеолярного гребня. Здесь расположены два последних моляра, над которыми обычно вводят анестетики для обезболивания верхнезадних альвеолярных нервов (*nn. Alveolares superiores posteriores*).

Подвисочная ямка соединяется вверху с височной ямкой, через нижнеглазничную щель – с глазницей.

Через жировую прослойку, идущую от жирового комка щеки, подвисочная ямка связана с щечной областью, а также с крыловидно-челюстным пространством и позадичелюстной ямкой.

Расположенные в подвисочной ямке разветвления II и III ветвей тройничного нерва, внутренней челюстной артерии и крыловидного венозного сплетения (plexus venosus pterygoideus) связывают подвисочную ямку с соседними богатыми клетчаткой областями поверхностных и глубоких отделов лица, а также черепной полости.

К л и н и к а. Процесс начинается с опухания околоушножевательной области щечной и отчасти височной. Слизистая оболочка верхнего свода преддверия рта над молярами резко отечна, свод сглажен или даже выбухает. Открывание рта ограничено (контрактура I-II степени). Температура доходит до 38 °С и выше. Нередко отмечается озноб. Общее состояние больного подавленное. Жалобы на головную боль (рис. 14).



Рис. 14. Флегмона височной, подвисочной и крылонебной ямок справа

Гнойно-воспалительные процессы в подвисочной ямке чаще развиваются при флегмонах соседних участков: височной, щечной, парафарингеальной, крыловидно-челюстной, позадичелюстной областей.

Изолированное возникновение флегмоны подвисочной ямки наблюдается редко.

Одонтогенная инфекция может непосредственно поступить сюда со стороны не полностью прорезавшегося инфицированного зуба мудрости верхней челюсти при высоком его положении в альвеолярном отростке. Наблюдается также инфицирование подвисочной ямки во время проводниковой (туберальной) анестезии при удалении верхних моляров.

По видимому, игла в таких случаях подвергается загрязнению от соприкосновения с недостаточно обработанными границами операционного поля (зубы, десна, слизистая оболочка щеки). Особенно тяжелое течение отмечается в результате ошибочного введения в клетчатку вместо раствора анестетика случайных веществ (антиформина, раствора ляписа, соляной кислоты и пр.).

Флегмонозный процесс непосредственно в области бугра верхней челюсти и *crista zygomatica alveolaris* протекает менее тяжело.

Л е ч е н и е. Производят разрез до кости у верхнего свода преддверия полости рта в границах последних двух моляров, ориентируясь на скуло-луночковый гребень, отступя на 0,5 см от десны в сторону щеки. Длина разреза около 4 см.

Узким распатором, кохеровским зондом или ножницами с сомкнутыми лезвиями проникают глубоко вдоль бугра, направляясь кзади, внутрь и вверх к подвисочной ямке. Создание условий для свободного оттока гноя вскоре приносит облегчение. Излечение обычно наступает по отторжении омертвевшей клетчатки.

Абсцессы и флегмоны мягкого и абсцессы твердого неба

В мягкое небо инфекция проникает либо непосредственно из околоверхушечного очага верхнего третьего моляра, либо при распространении гноя из подвисочной ямки по ходу шилонезной мышцы. Тяжесть клинического течения флегмоны определяется распространением гнойника на соседние клетчаточные пространства. Мягкое небо значительно увеличено в размерах, смещено в здоровую сторону, мышцы его в состоянии пареза. Лечение флегмоны и абсцесса мягкого неба хирургическое. Производят сагиттальный разрез по месту наибольшего выпячивания гнойника, для дренирования вводят резиновую полоску.

Если не считать вторичных гнойников при остеомиелите небного отростка верхней челюсти специфического (сифилис, туберкулез) и неспецифического происхождения, обычным источником абсцесса в области твердого неба является инфекция, исходящая из верхних боковых резцов и первых верхних премоляров. Этому способствует нередко наблюдаемое отклонение верхушки корня верхнего бокового резца и небного корня первого премоляра в сторону неба.

Сравнительно реже наблюдаются абсцессы твердого неба, связанные с воспалительными процессами в области верхушек небных корней моляров и премоляров (рис. 15).

К л и н и к а. При абсцессах твердого неба гной скапливается в глубине (под надкостницей). На соответствующей половине твердого неба слизистая оболочка оказывается припухшей, гиперемированной. Иногда отечность и краснота распространяются и на мягкое небо. Отмечаются бо-

ли как самопроизвольные, так и при прикосновении к припухлости даже языком, затрудненный прием пищи, температура в пределах 38 °С, но чаще субфебрильная. Ввиду отсутствия в переднем отделе твердого неба рыхлой клетчатки флюктуация определяется обычно через 2–3 дня от начала процесса. Затяжное течение абсцесса твердого неба, отслаивающего мягкие ткани от кости, может закончиться некрозом костного участка (кортикальным остеомиелитом) в пределах расположения гнойника.

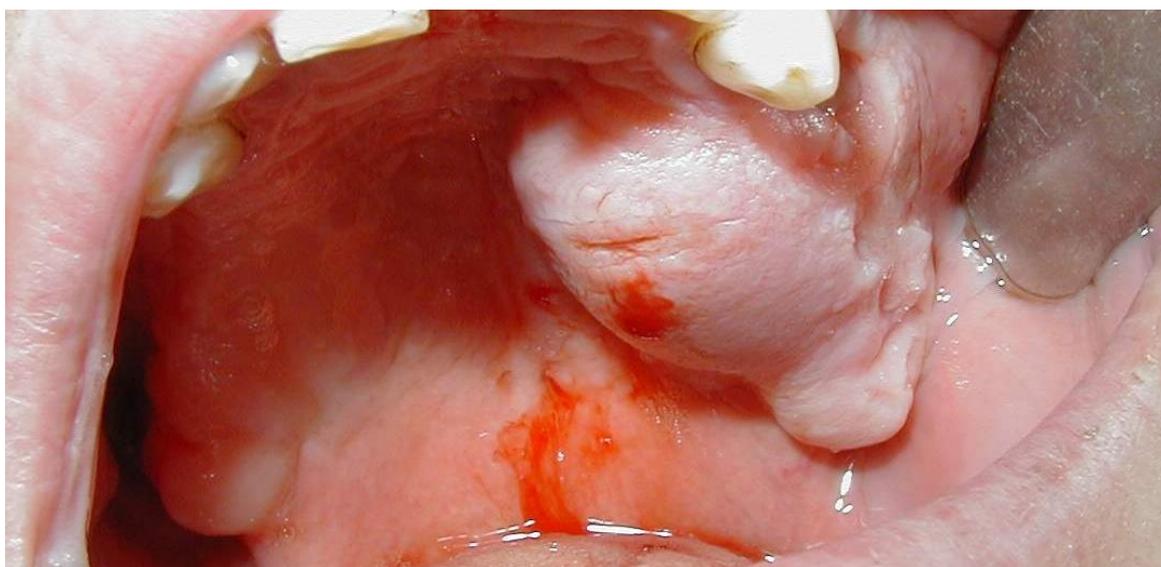


Рис. 15. Абсцесс твердого неба слева, причиной которого явился зуб 2.4

По существу в случаях абсцесса твердого неба чаще всего приходится иметь дело или с гнойным периоститом, или с остеомиелитом небного отростка верхней челюсти.

При постановке диагноза необходимо иметь в виду гнойники на небной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти, обусловленные наличием глубоких зубодесневых карманов при пародонтите, гнойники в области середины твердого неба, образовавшиеся в результате остеомиелита носовой перегородки, а также нагноившуюся кисту бокового резца, вызванную расплавлением костной стенки твердого неба.

Л е ч е н и е. Хирургическое лечение абсцесса твердого неба заключается в раннем разрезе до кости. Разрез проводят вдоль неба, щадя небную и резцовую артерии (параллельно альвеолярному краю).

Для успеха лечения необходимо поддерживать края разреза зияющими, вводя в рану марлевые турунды (рис. 16). В противном случае при слипании краев нарушается отток гноя, что приводит к затяжному течению процесса. Если консервативное лечение зуба неэффективно, производят операцию резекции верхушки корня, в крайнем случае, зуб удаляют.

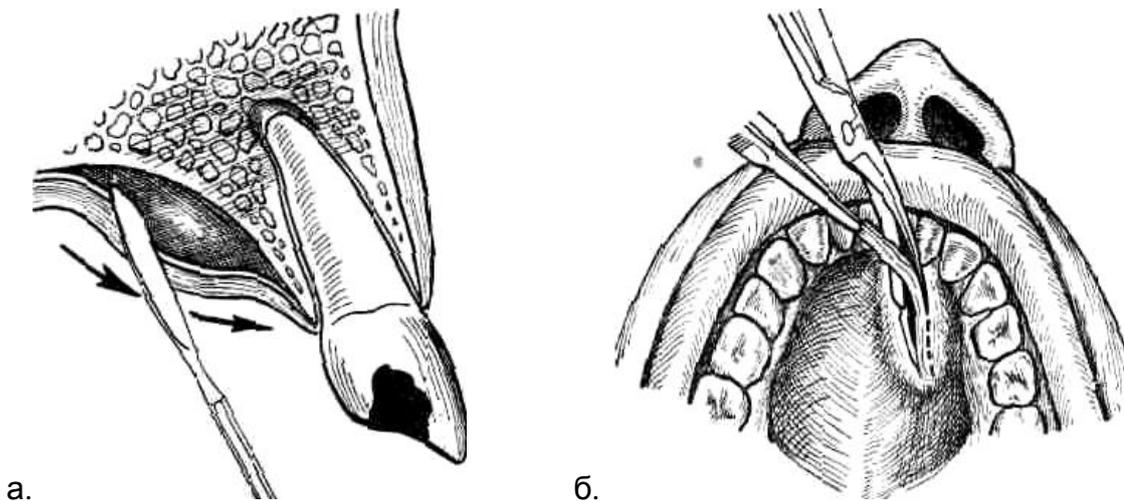


Рис. 16. Абсцесс твердого неба: (а) стрелками указано направление разреза; (б) сделав разрез, от края раны иссекают полоску 3 мм (М.М. Соловьев, 2001)

Флегмона подподбородочной области (phlegmonae regionis submentalis)

Гнойные процессы подподбородочной области протекают в виде аденита и аденофлегмоны или же обычной флегмоны.

Т о п о г р а ф и ч е с к а я а н а т о м и я . Подподбородочная область представляет собой треугольное поле, заключенное между передними брюшками правой и левой двубрюшных мышц. Вершина описываемого треугольного пространства доходит до средней линии подбородочной части нижней челюсти, а основанием служит подъязычная кость (рис. 17). Сверху (со стороны полости рта) это пространство прикрыто *m. mylohyoideus*, снизу собственной фасцией шеи. Помимо рыхлой межмышечной клетчатки, здесь находится 2–4 подподбородочных лимфатических узла. Одни из них расположены ближе к челюсти, другие – к подъязычной кости. Они получают лимфу от переднего отдела подъязычного пространства, кончика языка и подподбородочной области, включая нижние фронтальные зубы и кожу подбородка.

К л и н и к а . Гнойные адениты начинаются с болезненного увеличения подподбородочных лимфатических узлов. При прогрессировании процесса появляется припухлость подподбородочной области и небольшое повышение температуры. Пальпацией удастся обнаружить один или два уплотненных лимфатических узла с небольшим инфильтратом вокруг них (периаденитом). По мере нарастания воспалительных явлений лимфатические узлы становятся неразличимыми в окружающем их инфильтрате. Появляется небольшая отечность подподбородочной области.

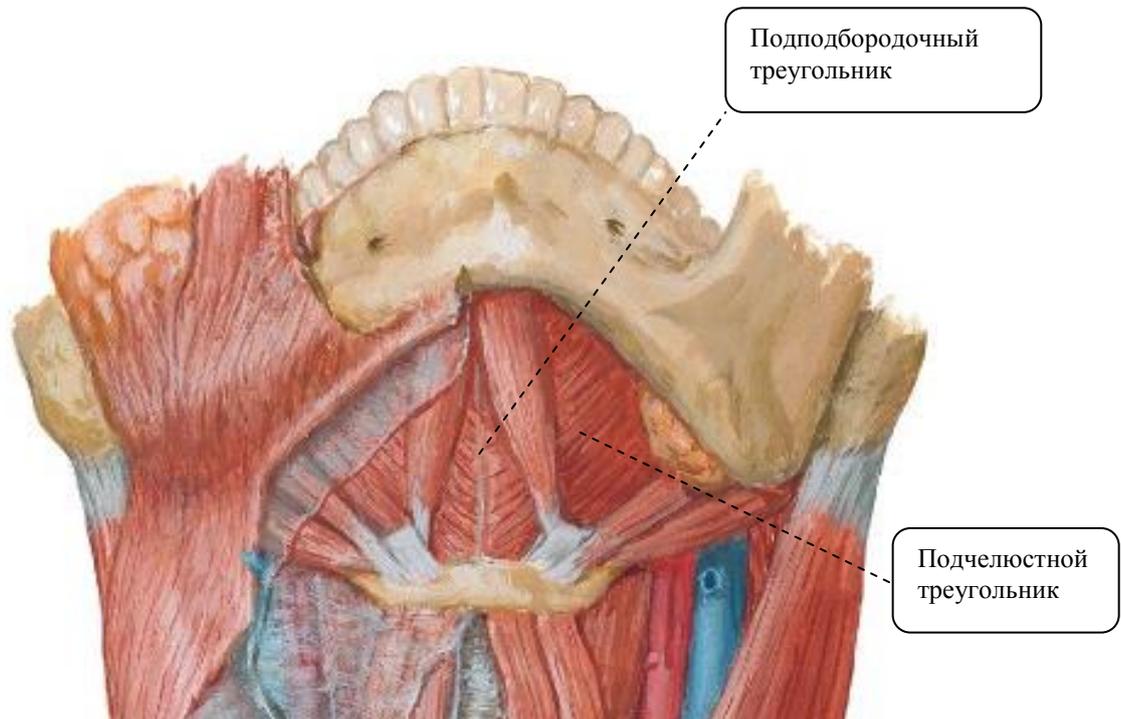


Рис. 17. Подподбородочная область (Р.Д. Синельников, 1996)

В этой стадии под влиянием терапевтических вмешательств процесс может затихнуть, и инфильтрат почти целиком рассосаться, но остается увеличенный болезненный лимфатический узел без тенденции к излечению. При вскрытии такого узла в нем обнаруживается гной. Если весь узел расплавился, то после вскрытия быстро наступает выздоровление. В противном случае заживление раны затягивается до отторжения некротизированных тканей.



Рис. 18. Внешний вид пациента с флегмоной подподбородочной области: до операции (а), после операции (б)

Если воспалительные явления не стихают в стадии начальной инфильтрации, то болезненное уплотнение и отек увеличиваются. Температура повышается до 38 °С. Образовавшаяся припухлость создает впечатле-

ние второго подбородка (рис. 18). Распространения отечности на шею обычно не наблюдается, хотя возможность этого не исключена. Цвет кожи, покрывающий подподбородочную область, может долго не изменяться. Рот открывается свободно. Слизистая оболочка полости рта умеренно отечна или остается без заметных изменений. Общее состояние больных даже при наличии большой воспалительной отечности остается сравнительно удовлетворительным; выражение лица больного в отличие от вида его при других флегмонах сравнительно спокойное. Дыхание и прием пищи свободны.

Такая картина наблюдается обыкновенно при аденофлегмонах, исходящих из лимфатических узлов, расположенных позади края подподбородочной части нижней челюсти. Поражение лимфатических узлов, находящихся у подъязычной кости, протекает более тяжело, сопровождается болезненным глотанием и иногда затруднением дыхания. В таких случаях приходится дифференцировать заболевание с флегмоной корня языка.

Флегмона, развивающаяся в рыхлой клетчатке подподбородочной области, обычно протекает нетяжело, хотя и сопровождается температурой до 38 °С и выше. В отличие от аденофлегмоны она развивается быстрее и имеет более разлитой характер. Флюктуация в этих случаях определяется раньше и значительно легче, чем при аденофлегмоне.

В запущенных случаях подподбородочная флегмона распространяется в сторону подчелюстного треугольника и на шею. В свою очередь флегмона подчелюстного треугольника может вовлечь в страдание подподбородочную область.

Кроме местной кожной инфекции (ссадины, укус насекомых, фурункулы и пр.), а также инфекции со стороны слизистой оболочки полости рта (язвенный стоматит, ранения и пр.), наиболее частой причиной заболевания являются инфицированные фронтальные зубы нижней челюсти.

Л е ч е н и е. Доступ к гнойному очагу не представляет трудностей. Разрез проводят по средней линии области, рассекая кожу, подкожную клетчатку, поверхностную фасцию. Разрез, параллельный краю подбородка, уместен только при аденофлегмонах, расположенных в переднем отделе. Срединный разрез почти не вызывает кровотечения, и при нем не рвутся какие-либо крупные сосудистые веточки.

Флегмона щечной области (phlegmone regionis buccalis s. Intermaxillaris)

Т о п о г р а ф и ч е с к а я а н а т о м и я. Щечная область соответствует расположению щечной мышцы (m. Buccinatorius), заполняющей пространство между верхней и нижней челюстями. Щечная область ограничена спереди m. risorius, сзади передним краем жевательной мышцы (m.

masseter), сверху краем скуловой кости, снизу краем нижней челюсти (рис. 19).

Щека состоит из: 1) кожи; 2) подкожножировой клетчатки с подкожной мышцей шеи в границах нижней челюсти и *m. risorius* на границе с подглазничной областью; в этом же слое проходит наружная челюстная артерия с передней лицевой веной; 3) апоневроза (*fascia buccalis*), являющегося продолжением околоушно-жевательной фасции; 4) рыхлой жировой клетчатки с жировым комком щеки, расположенным под апоневрозом, лимфатических узлов, нервов, протока околоушной слюнной железы (стенонов проток); 5) щечной мышцы; 6) подслизистой клетчатки; 7) слизистой оболочки полости рта.

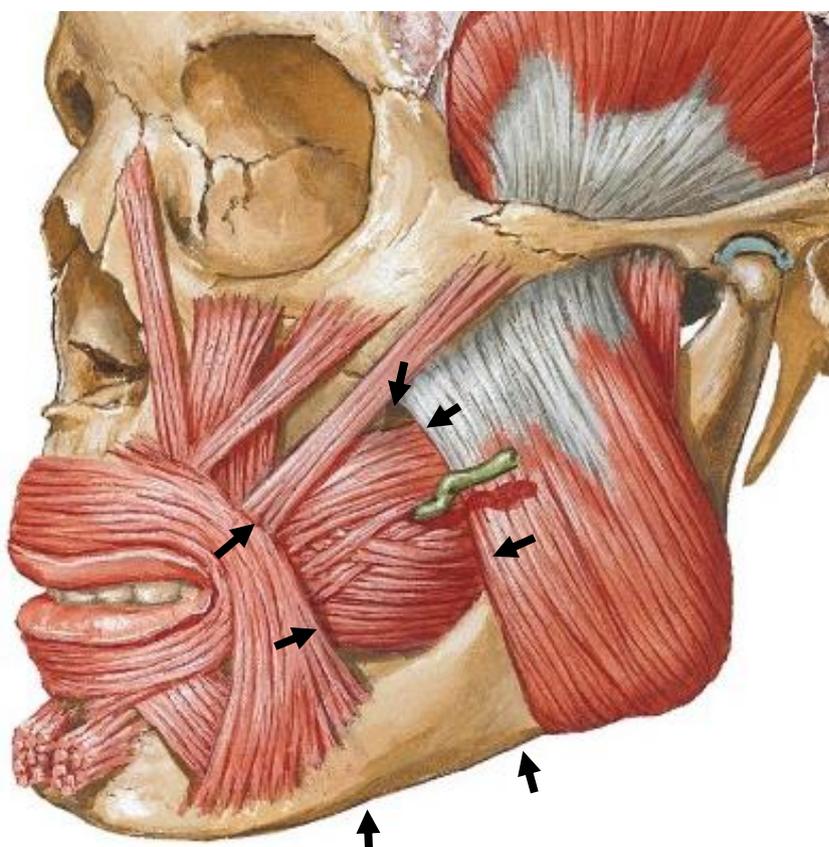


Рис. 19. Щечная область. Границы обозначены стрелками (Р.Д. Синельников, 1996)

Первичными очагами флегмонозного воспаления щеки могут явиться подкожножировая клетчатка, щечные и надчелюстные лимфатические узлы, клетчатка подслизистого слоя. Важное значение при этом имеет и жировой комок щеки (*corpus adiposum buccae, s. bulba Wichati*), который тесно связан с окружающими его тканями как непосредственно, так и через оплетающие его лимфатические и кровеносные сосуды. Воспаление его с последующим развитием флегмонозного процесса может протекать довольно бурно, так как этот жировой комок своими ответвлениями связан

с подвисочной и височной ямкой и отчасти крыловидно-челюстным пространством.

К л и н и к а. Возникающие в щеке воспалительные процессы наблюдаются в виде, как ограниченных абсцессов, так и разлитых флегмон. Для флегмоны щеки характерна асимметрия лица в результате значительного опухания больной щеки. Кожа щеки напряжена, лоснится, гиперемирована, отечна (от давления пальцами остаются следы). Вследствие отека нижнего века глазная щель сужена, глаз полузакрывает. Носогубная бороздка сглажена, верхняя губа соответствующей стороны, также как и при подглазничной флегмоне, отечна и производит впечатление полупарализованной. Открывание рта относительно свободно. Слизистая оболочка щеки в большей или меньшей степени отечна (рис. 20).



Рис. 20. Флегмона щечной области слева отмечается выраженный коллатеральный отек мягких тканей лица

При развитии воспалительного процесса под слизистой оболочкой щеки, описанные внешние явления выражены менее рельефно. Зато слизистая оболочка щеки и верхнего свода преддверия полости рта гиперемирована или даже синюшна, значительно отечна и выбухает в сторону полости рта; на ней имеются отпечатки зубов.

Вследствие обилия в щечной области рыхлой клетчатки, лимфатических и венозных сосудов, воспалительные процессы здесь сопровождаются значительной отечностью, что иногда затрудняет в начале заболевания определение очага флюктуации. В этих случаях следует пользоваться бимануальным ощупыванием. Оказывает помощь также пункция толстой иглой шприца. Но чаще наблюдаются отчетливо выраженные признаки скопления экссудата в определенном участке с явной флюктуацией.

Течение флегмоны щеки зависит от локализации основного очага. Аденофлегмона развивается обычно вяло, постепенно проходя через стадию аденита.

Воспаление собственно клетчатки щеки внешне хотя и выражается в образовании большой воспалительной опухоли половины лица, но часто протекает при умеренной температуре и удовлетворительном состоянии больного. Совсем иначе протекает флегмона при вовлечении в страдание жирового комка щеки. Общее состояние больных в этих случаях обычно тяжелое. Припухлость распространяется на висок и верхнее веко; глаз закрыт. Температура в пределах 39 °С.



Рис. 21. Хирургический доступ и дренирование раны после вскрытия флегмоны щечной и подчелюстной областей

Инфекция может проникнуть как через кожу при нарушении ее целостности, так и со стороны полости рта. При фурункулах лица клетчатка щеки может вовлекаться в воспалительный процесс по протяжению. Немало таких осложнений давали огнестрельные и другие ранения щек. Видное место занимает одонтогенная и вообще стоматогенная инфекция. Флегмона этой области может развиваться вследствие ранения слизистой оболочки щеки острыми краями разрушенных зубов, случайным прикусыванием слизистой оболочки во время еды, ранения зубными борами и другими инструментами при соскальзывании их во время операции во рту, ранения

всякого рода инородными телами (костями, у детей игрушками и др.), как осложнение язвенного стоматита и пр.

Л е ч е н и е. Хирургическое вмешательство состоит во вскрытии флегмоны с учетом анатомо-топографических особенностей щечной области – расположения сосудов, ветвей лицевого нерва, стенового протока. Разрезы со стороны полости рта достигают цели лишь тогда, когда процесс сосредоточен непосредственно между слизистой оболочкой и мышцей. Раны дренируют (рис. 21).

После вскрытия гнилостных флегмон наблюдается отторжение значительных участков омертвевшей клетчатки.

Флегмона подчелюстного треугольника (*phlegmonae regionis submaxillaris s. trigoni submaxillaris*)

Флегмонозное воспаление в подчелюстном треугольнике встречается более часто, чем в других околочелюстных пространствах. В соответствии с анатомо-топографическими особенностями этой области процесс протекает здесь или в виде аденофлегмоны, или как разлитое гнойное поражение клетчатки.

Т о п о г р а ф и ч е с к а я а н а т о м и я. В центре подчелюстного треугольника находится подчелюстная слюнная железа с прилегающими к ней регионарными лимфатическими узлами и проходящими здесь наружной челюстной артерией и передней челюстной веной. Анатомические границы треугольника выражены достаточно четко. Наружной его границей является нижний край тела нижней челюсти, две другие стороны представлены передним и задним брюшками *m. digastrici*. Сверху треугольное пространство покрыто челюстно-подъязычной мышцей, снизу послойно расположены: кожа, подкожная клетчатка с *m. platysma* и поверхностный листок собственной фасции шеи (рис. 22).

Собственно подчелюстное ложе с заключенными в нем слюнной железой и лимфатическими узлами и сосудами (*a. maxillaris externa, v. facialis anterior*), ограничено снизу поверхностным листком собственной фасции шеи, идущей от тела и большого рожка подъязычной кости к краю нижней челюсти, а сверху – другим ее листком, составляющим одно целое с фасцией, одевающей челюстно-подъязычную и подъязычно-язычную мышцу (*m. mylohyoideus m. hyoglossus*). Слюнная железа отделена от лимфатических узлов собственной капсулой. Через щель между задним краем челюстно-подъязычной и подъязычно-язычной мышцы подчелюстной треугольник сообщается с подъязычной областью (с челюстно-язычным желобком). В эту щель проникает проток подчелюстной слюнной железы, а иногда и часть самой подчелюстной слюнной железы.

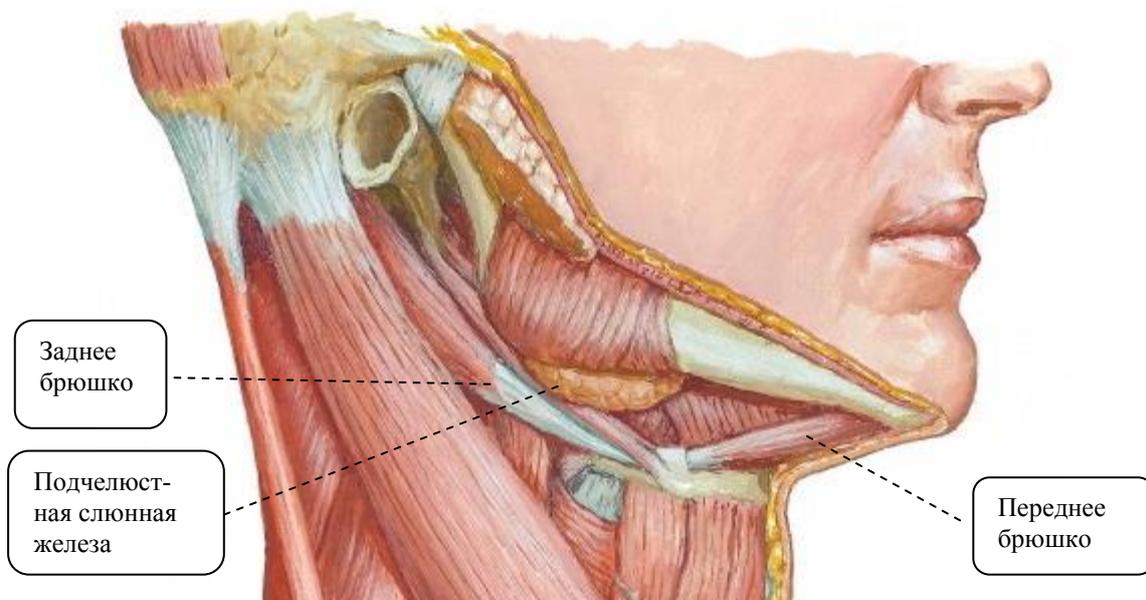


Рис. 22. Границы подчелюстного треугольника (Р.Д. Синельников, 1996)

Спереди подчелюстное треугольное пространство прилегает к подбородочной области. Сзади оно сообщается с окологлоточным пространством. По ходу *a. maxillaris externa* и *v. facialis anterior* подчелюстное треугольное пространство соединяется с каротидным пространством шеи. В окружности подчелюстной слюнной железы имеется значительное количество рыхлой соединительной ткани.

К л и н и к а. Процесс начинается с появления болезненной припухлости в подчелюстном треугольнике и нередко болями при глотании. В одних случаях заболевание развивается бурно, в других случаях все явления нарастают постепенно, или же процесс протекает, то усиливаясь, то несколько затихая.

В глубине подчелюстного треугольника появляется плотный болезненный инфильтрат (рис. 23). Кожа в области треугольника вначале свободно собирается в складку, затем становится все более и более напряженной, краснеет, делается пастозной. Вследствие значительного коллатерального отека опухают соседние области. Лицо становится асимметричным. На шее отек спускается иногда до ключицы и ниже. Подчелюстные и значительная часть шейных лимфатических узлов увеличиваются в объеме, пальпация их болезненна. Усиливаются боли. Движения нижней челюсти также болезненны. Воспалительная контрактура в одних случаях едва выражена, в других достигает II–III степени. Последнее наблюдается тогда, когда в процесс вовлечена область челюстно-язычного желобка. Для аденофлегмоны подчелюстного треугольника более характерно медленное развитие с постепенно нарастающими, а иногда даже затихающими болями, особенно под влиянием лечения.



Рис. 23. Внешний вид больного с флегмоной подчелюстной области справа с распространением процесса на шею

Воспалительная контрактура жевательных мышц при аденофлегмонах обычно выражена слабо. На высоте развития флегмоны общее состояние больного подавленное. Сон и аппетит нарушены. Температура держится в пределах 38–39 °С. По прошествии 3–5 дней над очагом скопления гноя обнаруживается флюктуация. При аденофлегмонах определить флюктуацию труднее. Самостоятельное вскрытие флегмоны затягивается на неопределенное время с риском прорыва в более глубокие области.

Флегмона может распространяться на дно полости рта, шею, в парафарингеальное пространство и осложниться тромбозом системы передней лицевой и внутренней яремной вены, привести к общему сепсису или закончиться гнойным медиастинитом со смертельным исходом.

В большинстве случаев флегмоны подчелюстного треугольника возникают в результате одонтогенной инфекции; сюда относится и затрудненное прорезывание нижнего зуба мудрости.

Часто флегмоны сопутствуют остеомиелиту нижней челюсти.

Ввиду того, что подчелюстные лимфатические узлы являются регионарными, инфицирование их возможно не только из близко расположенных участков (зубы, пародонт), но и из отдаленных (нос, губы, язык, миндалины). В результате этого могут развиваться аденофлегмоны.

Л е ч е н и е. Хирургическое вмешательство при аденофлегмоне сводится к вскрытию ложа подчелюстной слюнной железы и лимфатических узлов подчелюстного треугольника. Производится разрез кожи и подкожной клетчатки, подкожной мышцы шеи, рассечение фасциального листка, вскрытие капсулы пораженной железы. Но такие последовательные, послойные разрезы возможны лишь в самых ранних, начальных стадиях флегмоны. Когда гнойный инфильтрат достигает подкожной мышцы шеи,

путь хирургического вмешательства определяется очагом размягчения тканей и флюктуацией.

Кожный разрез проводят на 1–2 см ниже края нижней челюсти, чтобы не повредить краевой веточки лицевого нерва (*ramus marginalis n. facialis*). Длина разреза в среднем 4–6 см (рис. 24).

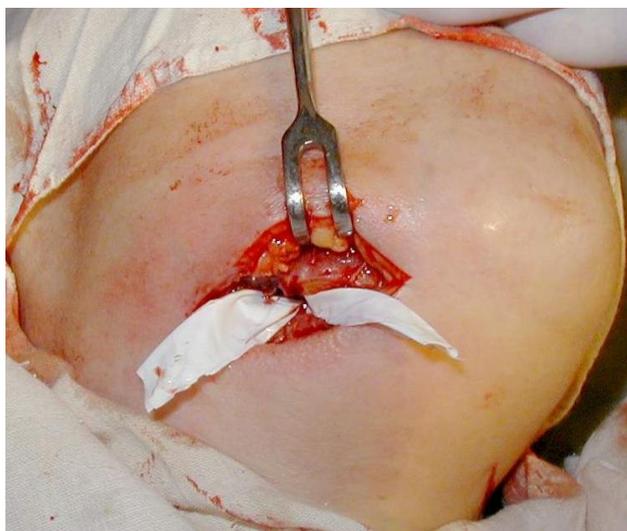


Рис. 24. Направление разреза и хирургический доступ к подчелюстному треугольнику

При недостаточном опорожнении гноя обследуют пальцем прилегающие участки переднего и заднего полюсов подчелюстной слюнной железы.

При флегмоне, развивающейся в клетчаточном пространстве подчелюстного треугольника без гнойного поражения лимфатических узлов, направление и размеры разреза те же, что и при аденофлегмоне.

Изменившееся очертание подчелюстного треугольника вследствие отека инфильтрированных тканей затрудняет правильный выбор места разреза. В таких случаях ориентиром для проведения разреза является линия, соединяющая точку на границе средней и верхней трети длины *m. sternocleidomastoideus* с верхним краем щитовидного хряща.

Следует помнить о возможности ранения наружной челюстной артерии и передней лицевой вены; впрочем, из-за боязни повреждения их отказываться от радикального вмешательства не следует. Остановка возникшего кровотечения в сильно инфильтрированных тканях представляет некоторые затруднения, но это вполне преодолимо.

Флегмона крыловидно-челюстного пространства (*phlegmone spatii pterygomandibularis*)

Гнойные процессы, развивающиеся в небольшом пространстве, заключенном между внутренней поверхностью ветви нижней челюсти и наружной поверхностью внутренней крыловидной мышцы, относятся к серьезным заболеваниям, угрожающим иногда жизни больного.

Т о п о г р а ф и ч е с к а я а н а т о м и я. Латеральную стенку крыловидно-челюстного пространства образует внутренняя поверхность ветви нижней челюсти; медиальная, задняя и нижняя стенки представлены наружной стороной медиальной крыловидной мышцы, покрытые тонкой фасцией.

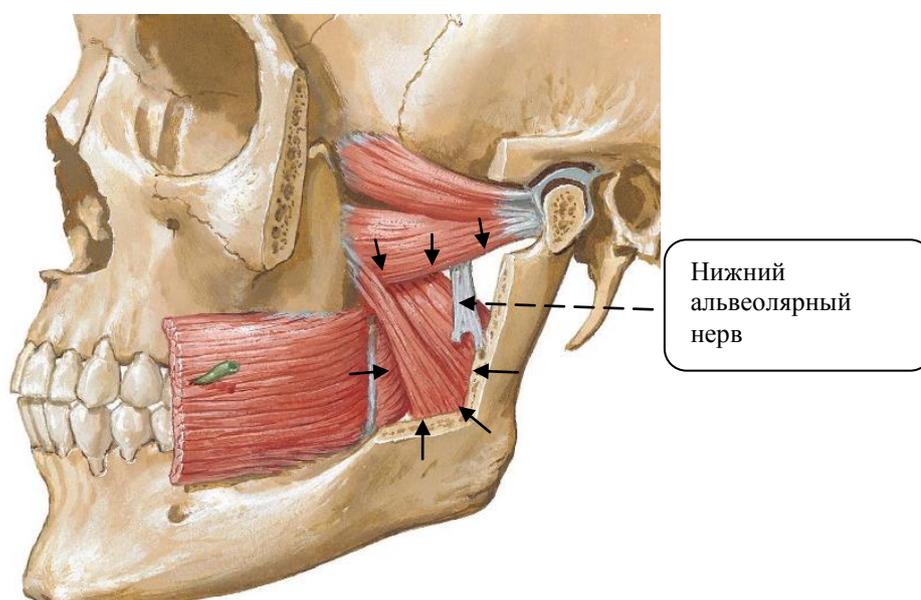


Рис. 25. Крыловидно-челюстное пространство (Р.Д. Синельников, 1996)

Сверху полость ограничена фасциальным листком между внутренней и наружной крыловидной мышцей; спереди – *raphe buccopharyngea*.

В центре латеральной стенки крыловидно-челюстного пространства находится *foramen mandibulare*, через которое проходит нижний альвеолярный нерв, артерия и вена. Само крыловидно-челюстное пространство выполнено рыхлой клетчаткой (рис. 25, 26).

Крыловидно-челюстное пространство граничит с подвисочной и крылонебной ямкой; по ходу третьей ветви тройничного нерва крыловидно-челюстное пространство через овальное отверстие сообщается с полостью черепа. В непосредственной близости с верхним отделом крыловидно-челюстного пространства расположена жировая клетчатка, соединяющая щечную и височную области, что при прорыве инфекции приводит к общению со щечной и височной областями.

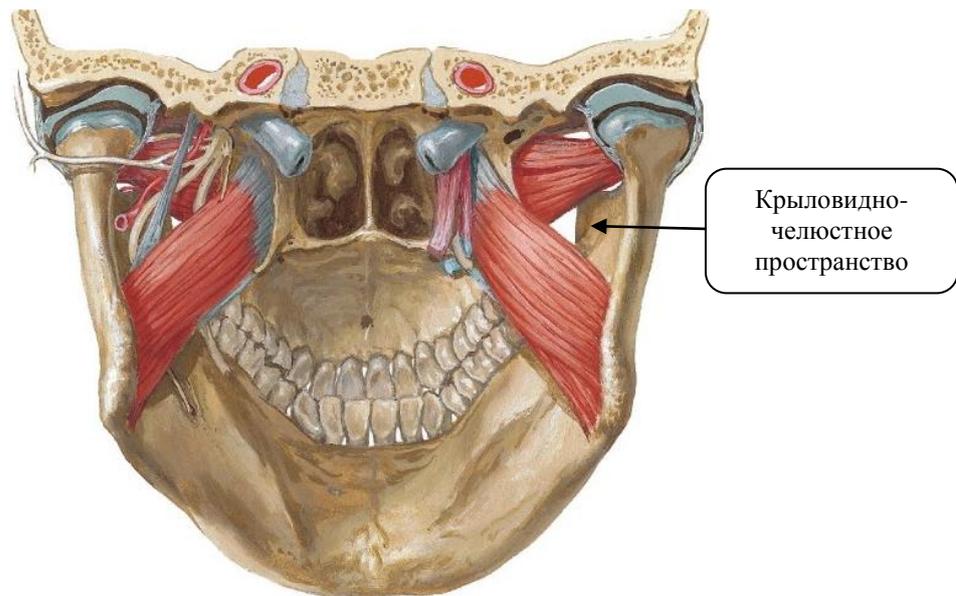


Рис. 26. Крыловидно-челюстное пространство (Р.Д. Синельников, 1996)

К л и н и к а. Воспалительный процесс в одних случаях начинается исподволь, развиваясь постепенно, в других остро. Одним из ранних признаков является воспалительная контрактура II или даже III степени, болезненное глотание. В начальных стадиях внешние признаки воспаления, кроме увеличения и болезненности подчелюстных лимфатических узлов, отсутствуют.

При осмотре преддверия полости рта отклонений от нормы не обнаруживается. Осмотр самой полости рта из-за ограничения раскрытия рта сильно затруднен, однако медленное осторожное насильственное открывание рта все же удается в пределах от 1 до 2 см, и тогда бросается в глаза значительная отечность и гиперемия в границах крыловидно-челюстной складки (*plica pterygomandibularis*) и передней небной дужки.

При прогрессировании процесса местные и общие явления нарастают. Под углом нижней челюсти появляется плотный болезненный инфильтрат. Температура от субфебрильной повышается до 39 °С, усиливаются боли в глотке. Иногда обнаруживается парестезия в виде нарушения чувствительности в области, иннервируемой подбородочным нервом (*n. mentalis*) вследствие сдавления экссудатом нижнего альвеолярного нерва у входа его в нижнечелюстной канал.

Причиной гнойного воспаления крыловидно-челюстного пространства часто является инфекция, связанная с патологическими процессами в области третьего нижнего моляра, когда он расположен ближе к внутренней кортикальной пластинке у угла нижней челюсти, соответственно месту прикрепления внутренней крыловидной мышцы. К этому же может привести остеомиелит угла и ветви нижней челюсти. Наблюдаются случаи

нагноения крыловидно-челюстного пространства в результате заноса инфекции во время мандибулярной анестезии.

Заслуживает внимания то обстоятельство, что флегмоны, возникающие в результате одонтогенной инфекции, приводят к более раннему образованию инфильтратов под углом нижней челюсти, так как процесс при этом разыгрывается в нижнем отделе крыловидно-челюстного пространства. В случаях инфицирования во время мандибулярной анестезии процесс сосредоточен выше, поэтому инфильтрат под углом нижней челюсти вначале отсутствует: его вскоре можно пощупать со стороны боковой стенки глотки, если удастся туда проникнуть пальцем.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н а я д и а г н о с т и к а. Для абсцессов и флегмон крыловидно-челюстного пространства, как и для других гнойно-воспалительных процессов расположенных вблизи жевательных мышц, характерна различная степень сведения челюстей, но все же наиболее резко воспалительная контрактура бывает выражена при локализации воспаления в крыловидно-челюстном пространстве и в челюстно-язычном желобке. При этом внешние признаки воспаления в виде припухлости околочелюстных областей часто могут отсутствовать. Это всегда должно наводить на мысль о наличии воспаления, прежде всего в *sulcus mandibulo-lingualis*. Исключив эту локализацию гнойника, надо искать подтверждение расположения воспалительного процесса в крыловидно-челюстном пространстве. Следует также иметь в виду, что в отличие от абсцесса в челюстно-язычном желобке при развитии абсцесса в крыловидно-челюстном пространстве глотание не только болезненно, но и затруднено. Аналогичные жалобы больных бывают и при перитонзиллярном абсцессе.

При обнаружении инфильтрата под углом челюсти следует выяснить, имеется ли здесь поражение позадичелюстной или крыловидно-челюстной области. Значительно выраженное ограничение открывания рта говорит о локализации процесса в крыловидно-челюстном пространстве (о дифференциации с флегмоной парафарингеального пространства сказано ниже).

Л е ч е н и е. При наличии инфильтрата под углом нижней челюсти и нарастающей температуре показан разрез позади угла нижней челюсти по направлению к месту прикрепления здесь внутренней крыловидной мышцы (рис. 27).

Если расплавление мышцы не наступило, ее частично рассекают, а затем тупым путем или просто пальцем проникают в крыловидно-челюстное пространство. Количество выделяющегося при этом гноя зависит от давности заболевания. Попутно уместно произвести ревизию прилегающей к разрезу ретромандибулярной (позадичелюстной) ямки.

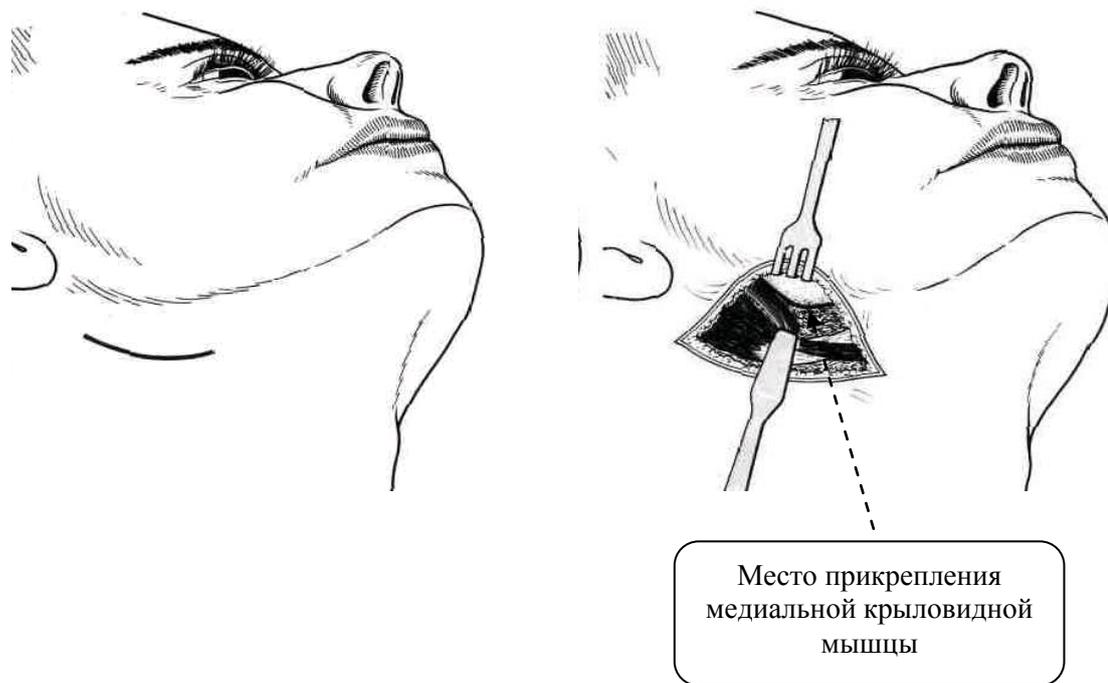


Рис. 27. Направление разреза и схема доступа к крыловидно-челюстному пространству (М.М. Соловьев, 2001)

В случаях сосредоточения воспаления в верхнем отделе крыловидно-челюстного пространства, когда инфильтрат под углом челюсти еще не выражен, разрез целесообразнее делать со стороны полости рта по *plica pterigo-mandibularis* с таким расчетом, чтобы он располагался между ветвью нижней челюсти и внутренней крыловидной мышцей и направлялся в сторону стенки ветви нижней челюсти. После рассечения слизистой оболочки и подслизистого слоя следует проникнуть в ткани тупым путем до вскрытия крыловидно-челюстного пространства. Разрез дренируют.

Выбирая внутриротовой путь вскрытия крыловидно-челюстного пространства, следует помнить, что отклонение разреза в сторону парафарингеального пространства за пределы крыловидной мышцы не приводит к цели.

Флегмона окологлоточного пространства (*phlegmone spatii parapharyngei*)

Ввиду расположения в непосредственной близости с парафарингеальным пространством крупных сосудисто-нервных стволов и возможности распространения по ним инфекции в ближайшие и отдаленные участки тела, исход заболевания при флегмонах этой области должен внушать опасение. Поэтому незначительное по своим размерам окологлоточное пространство имеет большое значение для клиники гнойной хирургии.

Топографическая анатомия. Внутреннюю стенку парафарингеального пространства образует сверху – *mm. tensor et levator veli*

palatini, а ниже – *m. constrictor pharyngis superior*, отделяющий окологлоточное пространство от миндалины. Наружная стенка парафарингеального пространства представлена *m. pterygoideus internus* с покрывающей ее фасцией и апоневрозом между крыловидными мышцами (рис. 28). Передняя стенка прикрыта *raphe pterygomandibularis*, заднюю стенку составляет шиловидный отросток с тремя начинающимися от него мышцами (*m. stylohyoideus*, *styloglossus* и *stylopharyngeus*), образующими риоланов пучок, и двумя связками *lig. stylomandibulare* и *lig. stylohyoideum*.

Все эти части, будучи одеты фасцией, входят в состав шилоглоточного апоневроза (диафрагма Жонеско). Апоневроз этот, начинаясь от задненаружного отдела глотки, окутав мышцы, образующие риоланов пучок, и упомянутые две связки, перекидывается через заднее брюшко двубрюшной мышцы и направляется до соединения с фасциальным листком грудино-ключично-сосковой мышцы. Описанный шилоглоточный апоневроз ограничивает собственно парафарингеальное пространство от ретрофарингеального. Оба они выполнены рыхлой жировой клетчаткой, которая окутывает находящиеся там мышечные пучки, сосуды и нервы. Ряд авторов несколько иначе рассматривает детали топографии окологлоточного пространства, но это не имеет существенного значения.

Парафарингеальное пространство сообщается с позадичелюстной ямкой, в частности с ложем околоушной слюнной железы, которая отростком глубокой своей части нередко вклинивается в промежуток между шилоглоточным апоневрозом и внутренней крыловидной мышцей.

По ходу шилоязычной и шилоподъязычной мышц окологлоточное пространство сообщается с дном полости рта и с подчелюстным треугольником. Наиболее слабым участком диафрагмы Жонеско считают тот, где через щель между *m. stylohyoideus* и остальными мышцами этой группы проходит наружная сонная артерия.

В патологии флегмон парафарингеальной области большое значение придается восходящей небной вене (*v. palatina ascendens*), имеющей связь с миндалиной: при септической ангине возможен тромбофлебит этого сосуда, распространяющийся на *v. facialis communis*, *vv. jugularis interna et externa* и др.

Через ретрофарингеальное пространство, которое расположено между задней стенкой глотки и шейной превертебральной фасцией, проходят внутренняя сонная артерия, яремная вена, IX, X, XI и XII черепномозговые нервы; вблизи расположен верхний симпатический узел и лимфатические узлы. Таким образом, попадание в этот участок инфекции представляет большую опасность. Однако благодаря барьеру, образуемому шилоглоточным апоневрозом, угроза эта значительно снижается.

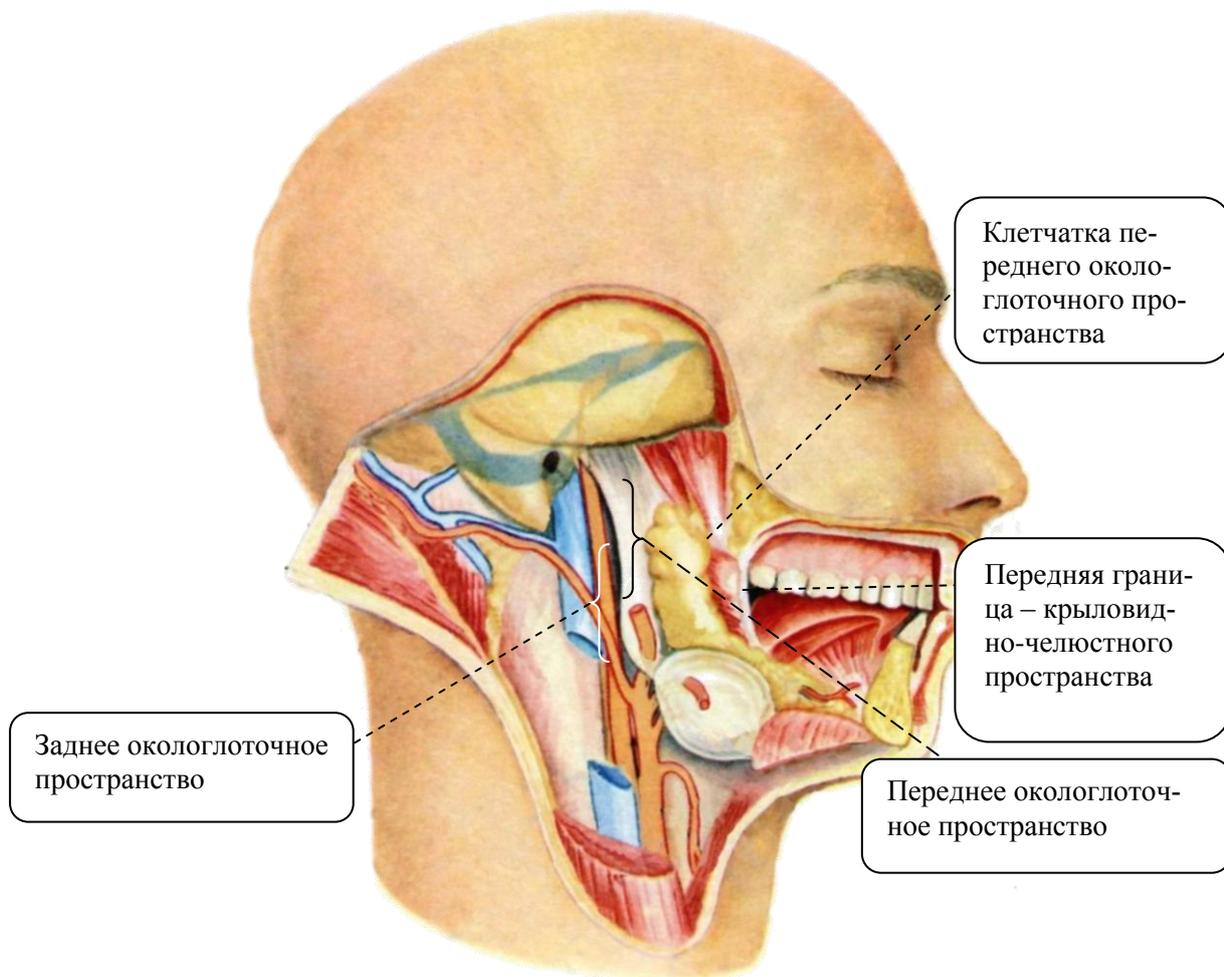


Рис. 28. Схематическое изображение переднего и заднего окологлоточного пространства (Ю.Л. Золотко, 1964)

К л и н и к а. Первичное возникновение парафарингеальных флегмон наблюдается сравнительно редко. Причиной их в таких случаях чаще является повреждение парафарингеальных и собственно глоточных тканей (огнестрельное ранение, попадание рыбьих косточек и пр.) Большинство же флегмон развивается в результате поступления гнойной инфекции из соседних участков: при флегмонах околочелюстных и дна полости рта, ангине, паротите.

Первые жалобы больных мало чем отличаются от жалоб при ангине: боли при глотании, отдающие в ухо, повышение температуры, увеличение лимфатических узлов верхнего отдела шеи и подчелюстных.

Дальнейшее развитие процесса характеризуется высокой температурой, тяжелым общим состоянием, неровным (затрудненным) дыханием, хриплым голосом с оттенком гнусавости или даже маловнятным. Глотание затруднено: попытки проглатывания пищи и слюны сопровождаются болями в глотке и болезненной мимикой. Бросается в глаза тревожное поведение больных при этом заболевании вследствие нарушения дыхания и

глотания. Больные беспокойны, раздражительны. Лицо несколько одутловато, с цианотичным оттенком.

При осмотре обнаруживаются увеличенные, болезненные лимфатические узлы вдоль грудино-ключично-сосковой мышцы, преимущественно в пределах верхней ее трети. Прекаротидные лимфатические узлы также опухают и чувствительны при пальпации. При распространении воспаления на соседние области картина болезни соответственно усложняется.

Самостоятельно открыть рот больной часто не в состоянии. Разведение челюстей с помощью роторасширителя возможно до 2 см и более, но делать это надо осторожно, не причиняя излишней боли и помня о возможном шоке. Удобно пользоваться винтовым роторасширителем.

При осмотре заднего отдела ротовой полости и глотки наблюдается асимметрия между больной и здоровой стороной и сужение глоточного отверстия – зева (*istmus faucium*) за счет опухания больной стороны. Мягкое небо, небные дужки, боковая стенка глотки отечны, гиперемированы, болезненны при дотрагивании. Язычок отодвинут в здоровую сторону и, так же как и небные дужки, отечен и гиперемирован.

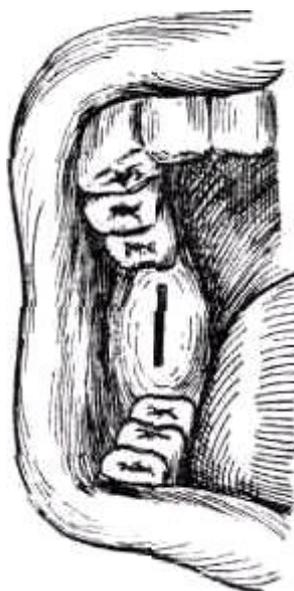
Осложнение окологлоточных флегмон при пониженной сопротивляемости организма предопределяется анатомо-топографическими связями области. Распространение инфекции вниз по ложу внутренней яремной вены или по сонной артерии может закончиться медиастинитом. Роль проводников инфекции могут сыграть и проходящие здесь стволы черепно-мозговых нервов, причем инфекция может распространиться и в черепно-мозговую область. Подобные осложнения наблюдаются главным образом при поражении ретрофарингеального пространства. Инфекция из парафарингеального пространства, поскольку оно связано с околоушной и позадичелюстной областью, дном полости рта, крыловидно-челюстным пространством, а отсюда с крылонебной ямкой, подвисочной и височной областью, чаще распространяется на эти участки.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н а я д и а г н о с т и к а. Дифференцировать парафарингеальную флегмону надо, прежде всего, с гнойно-воспалительными процессами крыловидно-челюстного пространства и перитонзиллитом. Следует также иметь в виду флегмонозную ангину. Любое из этих заболеваний может дать разлитую припухлость, распространяющуюся на окологлоточное пространство и прилегающие к нему участки мягких тканей, особенно же мягкого неба.

Существенное значение для дифференциальной диагностики имеет анамнез заболевания, в частности источник инфекции. Одонтогенная инфекция в большинстве случаев вызывает поражение крыловидно-челюстного пространства, а ангина – перитонзиллит. Полное сведение челюстей – воспалительная контрактура III степени говорит о локализации процесса в крыловидно-челюстном пространстве. Если удастся произвести

пальпаторное исследование, то локализация гнойника устанавливается более точно.

Л е ч е н и е. Лечение сводится к вскрытию гнойника. В связи с анатомическими особенностями заднего отдела парафарингеального пространства, содержащего крупные сосуды и нервы, глубина проводимого интраорального разреза не должна превышать 0,75 см; дальнейшее углубление в ткани следует производить тупым путем. В целях предосторожности лезвие скальпеля лучше обернуть ватой, оставив свободным конец в пределах 0,75 см (рис. 29).



*Рис. 29. Направление разреза при внутриротовом доступе
(М.М. Соловьев, 2001)*

Это тем более уместно, что оперировать приходится без достаточной анестезии, и внезапное резкое движение больного может повести к неожиданному ранению соседних тканей.

При бурном развитии флегмонозного процесса и малой эффективности разреза со стороны полости рта необходимо срочно прибегнуть к наружному разрезу. Этот путь следующий: через кожный разрез у угла нижней челюсти проникают к медиальной поверхности внутренней крыловидной мышцы и отсюда тупым путем, придерживаясь названной мышцы, легко достигают очага флегмоны. Получив гной, рану дренируют.

Если нет особых противопоказаний, полезно наряду с хирургическим вмешательством применение тепла в виде ингаляций или полосканий.

Флегмоны подмассетериального пространства (phlegmone submasseterica)

Возникающее под жевательной мышцей гнойное воспаление чаще встречается в форме абсцесса, реже в форме флегмоны.

Топографическая анатомия. Заметного скопления клетчатки под жевательной мышцей у места прикрепления ее к углу и восходящей ветви нижней челюсти не наблюдается.

При своевременном вскрытии гнойников этой области обнаженной кости не обнаруживается, что свидетельствует о скоплении гноя не под надкостницей, а между ней и мышцей. Поскольку образование гнойника обычно связано с одонтогенной инфекцией, то наиболее вероятно распространение инфекции по лимфатическим и кровеносным (венозным) путям (и окружающей их клетчатке), идущим от околозубных тканей.

Локализация гнойников на наружной поверхности угла нижней челюсти дала основание именовать их ангулярными. По существу они занимают часть околоушно-жевательной области (рис. 30 а, б).

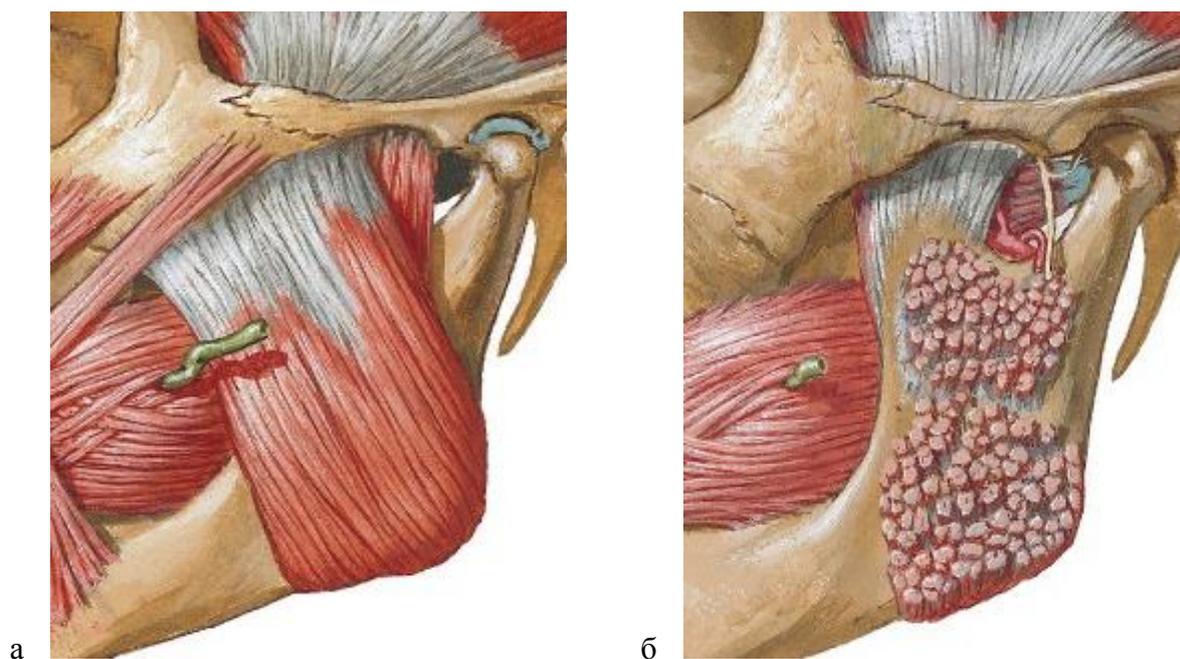


Рис. 30. Жевательная мышца (а), и область ее прикрепления к ветви нижней челюсти (б) (Р.Д. Синельников, 1996)

Клиника. Заболевание выражается в припухлости нижнего отдела околоушно-жевательной области. Центральная часть этой припухлости сосредоточена над углом нижней челюсти, на месте прикрепления жевательной мышцы. Отечность и покраснение кожи могут распространяться и в сторону подчелюстного треугольника и виска.

Несмотря на наличие всех признаков воспаления и данных, указывающих на скопление гноя, флюктуация определяется не всегда; этому мешает мышечный слой жевательной мышцы с покрывающей ее фасцией (*fascia parotideo-masseterica*). В таких случаях сомнение разрешает пункция при помощи шприца с толстой иглой. В то же время отрицательный результат пункции не говорит еще об отсутствии гноя, так как не всегда удается проникнуть иглой в нужный очаг.

Заболевание связано с одонтогенной инфекцией, в частности с перикоронаритом, пародонтозом, хроническим периодонтитом.

В отдельных случаях развитие подмассетериального абсцесса может быть обусловлено периоститом нижней челюсти. Кроме того, эти абсцессы часто сопутствуют остеомиелиту нижней челюсти. Однако все это не исключает существования самостоятельно протекающих форм.

Боли и припухлость возникают сразу или появляются исподволь в течение 3–7 дней. Температура колеблется в пределах 38 °С. Рот открывается с ограничением – воспалительная контрактура II–III степени. Общее состояние средней тяжести. Подчелюстные и верхние шейные лимфатические узлы увеличены, болезненны.

В случае прогрессирования процесса воспалительные явления распространяются на область скуловой дуги, появляется припухлость височной области, захватывается также позадищелюстная ямка. Создается картина воспаления околоушно-жевательной области.

Описываемое заболевание следует отличать от абсцесса и флегмоны щеки, развивающихся из щечного или супрамандибулярного лимфатического узла. Последние имеют более поверхностное расположение.

В запущенных случаях ангулярный абсцесс нередко заканчивается некрозом и последующей секвестрацией края нижней челюсти и в области угла, а иногда и участка ветви нижней челюсти по направлению к полулунной вырезке.

Л е ч е н и е. Доступ к гнойнику наиболее удобен снаружи со стороны угла нижней челюсти. При этом производят окаймляющий дугообразный разрез до кости в области припухлости (рис. 31). Длина всего разреза 5–7 см. Осекают частично *m. masseter* в области прикрепления, а затем, придерживаясь наружной поверхности ветви, отслаивают эту мышцу тупым путем до обнаружения гнойника. Иногда доступнее вскрыть гнойник непосредственно в области его расположения, рассекая послойно кожу, подкожную клетчатку и фасцию, а затем раздвигая тупым путем мышечные волокна до обнаружения гнойника.



Рис. 31. Направление разреза для вскрытия подмассетериальной флегмоны (Н.Н. Бажанов, 1970)

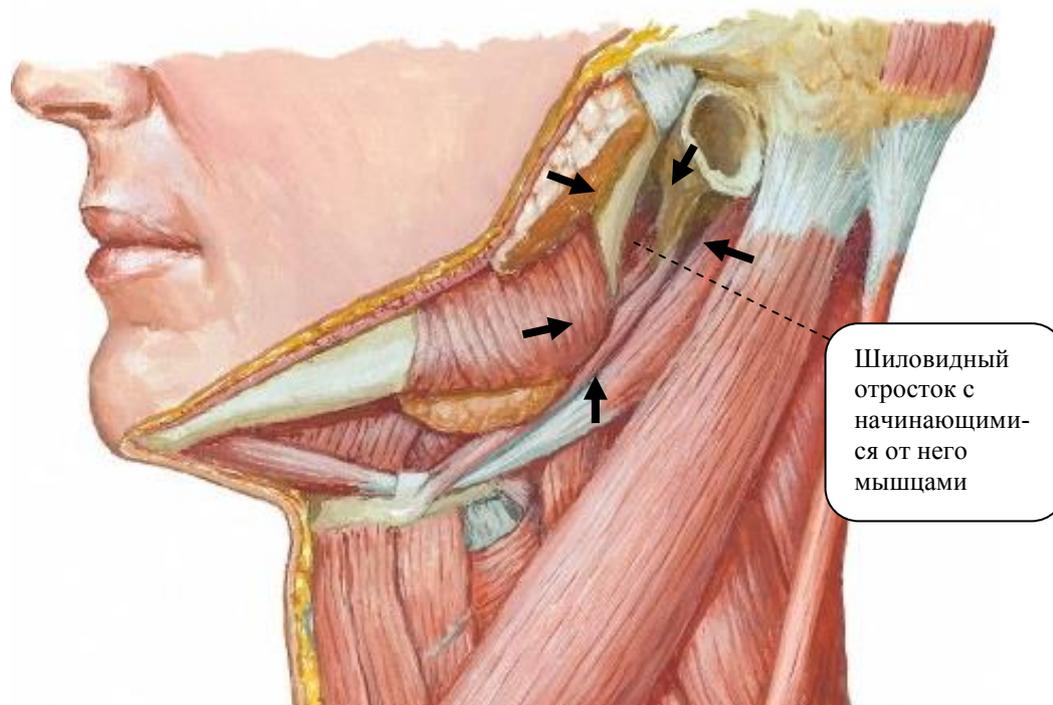
Флегмона позадичелюстной области (phlegmone regionis retromandibularis)

Т о п о г р а ф и ч е с к а я а н а т о м и я. Позадичелюстная ямка ограничена спереди задним краем ветви нижней челюсти с прилегающей к ней внутренней крыловидной мышцей, сзади сосцевидным отростком с прикрепляющейся к нему грудино-ключично-сосковой мышцей, медиально-шиловидным отростком с начинающимися от него мышцами, сверху – наружным слуховым проходом, нижняя граница проходит на уровне нижнего края нижней челюсти (рис. 32). Снаружи ямка прикрыта околоушно-жевательной фасцией, переходящей на грудино-ключично-сосковую мышцу. Большая часть ямки выполнена околоушной слюнной железой

К л и н и к а. Гнойное воспаление в пределах ямки сопровождается появлением плотной припухлости позади угла нижней челюсти со значительным коллатеральным отеком околоушно-жевательной и отчасти височной области, а также тканей в границах верхней трети грудино-ключично-сосковой мышцы. Отек может, распространяться и на наружный слуховой проход, в результате чего последний несколько суживается.

Общее состояние средней тяжести, но наблюдается нередко и тяжелое течение при температуре 38–39 °С и выше. Характерно при этом ограничение движений шеи. В случаях распространения коллатерального отека на гортань голос становится хриплым, отмечаются боли при глотании, от-

дающие в ухо. Открывание рта затруднено. Слизистая оболочка в области ретромолярного пространства обычно отечна.



*Рис. 32. Зачелюстная ямка. Границы указаны стрелками
(Р.Д. Синельников, 1996)*

Заболевание может возникнуть в результате непосредственного инфицирования тканей этой области или перехода процесса из подчелюстного треугольника, околоушной области, крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства. Более частой причиной развития здесь гнойного процесса обычно является инфекция, обусловленная кариесом третьего нижнего моляра и так называемым затрудненным его прорезыванием, а также остеомиелитом угла нижней челюсти.

Дифференцировать заболевание приходится с острым или обострившимся паротитом, а также аденофлегмоной верхнего отдела шеи, исходящей из лимфатических узлов, расположенных у переднего и заднего края верхней трети грудино-ключично-сосковой мышцы. Причиной аденофлегмоны часто бывает ангина. Набухшие лимфатические узлы и расположенные над ними подкожная клетчатка и сама кожа в этих случаях представляются уплотненными, как при шейном актиномикозе. Назревание гнойника протекает медленно, на протяжении 5–7 дней и даже 10 дней. Этот вид флегмоны соответствует известной в литературе деревянистой флегмоне Реклю.

Л е ч е н и е. Гнойный очаг вскрывают вертикальным разрезом через кожу и достаточно плотную здесь фасцию. Разрез проводят в промежутке между грудино-ключично-сосковой мышцей и задним краем ветви

нижней челюсти. После рассечения фасции, чтобы не ранить околоушную слюнную железу, проникать вглубь следует тупым путем.

Вскрытие деревянистой флегмоны производят разрезом, параллельным грудино-ключично-сосцевидной мышце.

Флегмона дна полости рта (phlegmone fundi cavi oris)

Разлитое гнойное воспаление клетчатки между мышцами, составляющими дно полости рта, представляет одно из тяжелых заболеваний. Это гнойное воспаление может ограничиться одной стороной или распространиться на обе стороны.

Т о п о г р а ф и ч е с к а я а н а т о м и я. Основу дна полости рта образует челюстно-подъязычная мышца – диафрагма рта (рис. 33), расположенная между правой и левой половинами нижней челюсти и подъязычной костью. Над диафрагмой рта, по бокам от средней линии, расположены парные подбородочно-язычные и подбородочно-подъязычные мышцы. Под челюстно-подъязычной мышцей снизу находятся оба передних брюшка двубрюшной мышцы. Сзади диафрагма замыкается мышцами, спускающимися от шиловидного отростка к подъязычной кости и языку (*mm. styloglossus, stylohyoideus, stylopharyngeus*). Сюда прилегает также заднее брюшко *m. digastrici* и *m. hyoglossus*.

Над диафрагмой рта под слизистой оболочкой, кроме мышц, идущих к языку, расположены подъязычные слюнные железы и ряд сосудов, нервов и мелких слизистых слюнных желез. Под диафрагмой рта находятся подчелюстные слюнные железы и большое количество лимфатических узлов, а также сосуды и нервы. Межмышечные пространства, сосуды, нервы, железы и лимфатические узлы окружены и отделены друг от друга рыхлой клетчаткой, которая вместе со щелями, служащими для прохождения сосудов и нервов, образует как бы каналы, по которым и распространяется инфекция.

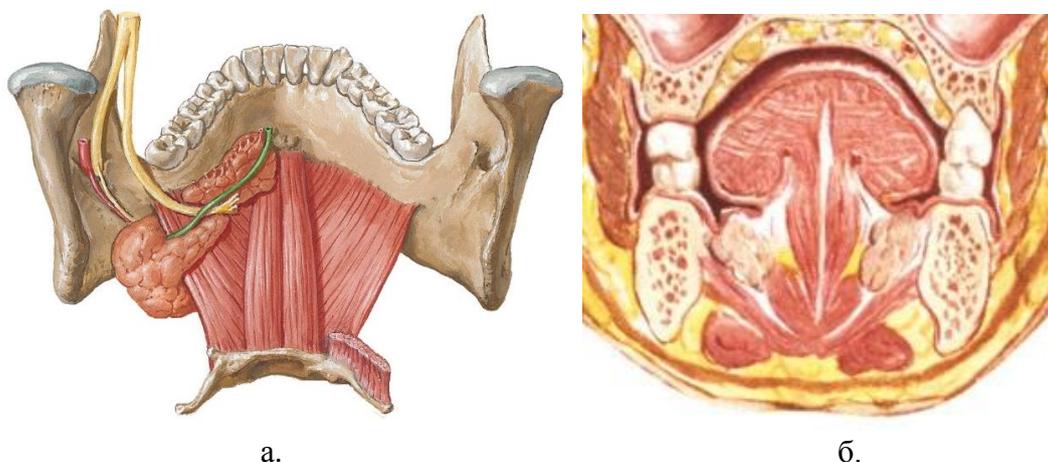


Рис. 33. *M. mylohyoideus* – диафрагма дна полости рта (а); схема содержимого дна полости рта (б) (Р.Д. Синельников, 1996)

К л и н и к а. Гнойный процесс начинается или в челюстно-язычном желобке, или в подчелюстном треугольнике, или в одном из межмышечных пространств (рис. 34). Последнее наблюдается главным образом в случаях ранений дна полости рта как огнестрельного, так и неогнестрельного происхождения. Немаловажную роль в возникновении флегмоны играет и остеомиелит нижней челюсти. Сравнительно быстро гнойный процесс распространяется на соседние области.

На высоте развития процесса больной находится в тяжелом состоянии. Температура в пределах 39–40 °С. Пульс около 120 ударов в минуту. Дыхание учащено. Состояние подавленное или, наоборот, возбужденное. Лицо одутловатое, с бледными или несколько цианотичными кожными покровами. В подподбородочном и боковых подчелюстных пространствах отмечается диффузная воспалительная припухлость. При ощупывании обнаруживается плотный разлитой инфильтрат. Кожа над инфильтрированными тканями гиперемирована, напряжена, лоснится. Прилегающие к области поражения нижние границы околоушно-жевательных и щечных областей, подбородка и верхних отделов шеи отечны. Регионарные подчелюстные, подподбородочные и шейные лимфатические узлы увеличены. Голос хриплый, речь затруднена, глотание болезненно. Язык сухой, покрыт грязно-коричневым налетом; вследствие инфильтрации и отека дна ротовой полости он оказывается приподнятым, не помещается во рту и высовывается между зубами (рис. 35). На боковых поверхностях языка имеются отпечатки зубов. Из-за полуоткрытого рта и высунутого языка создается впечатление, что человек испытывает сильную жажду и недостаток воздуха.

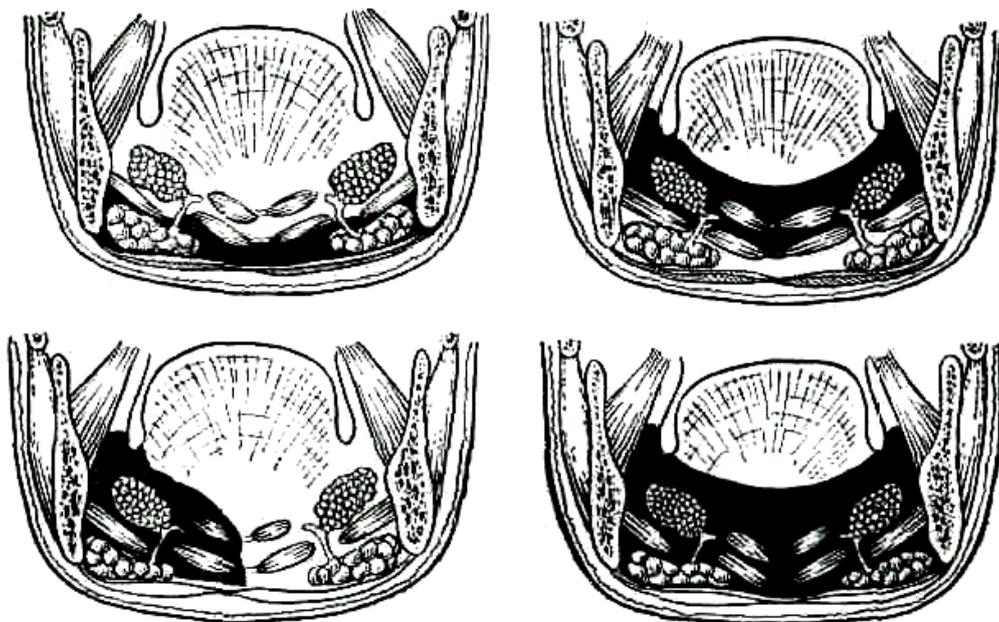


Рис. 34. Варианты локализации воспалительного процесса при флегмонах дна полости рта (М.М. Соловьев, 2001)

Зубы и десны покрыты липким налетом. Слюна мутная, тягучая. Подъязычные валики и бахромчатые складки под кончиком языка сильно увеличены, отечны и образуют очертания как бы второго языка, слизистая оболочка их покрыта фибринозным сероватым налетом, который легко удаляется, после чего на слизистой оболочке остаются точечные эскориации. Фибринозный налет является продуктом выпотевания плазмы и отторгнувшегося эпителия. Вся слизистая оболочка полости рта имеет застойный, синюшный вид, отечна.

Очаг намечающегося размягчения и скопления гноя вследствие отечности и инфильтрации тканей не всегда легко обнаружить.

Разлитая флегмона не всегда, конечно, приобретает такое тяжелое течение, но иногда наблюдаются и более опасные случаи с тенденцией прорыва в соседние области (позадичелюстную, подвисочную, парафарингеальную и вниз по шее). Некоторые авторы склонны подобную флегмону отождествлять с так называемой ангиной Людвига, но это как будет видно из дальнейшего, неправильно. Наличие гноя всегда говорит против типичной ангины Людвига.



а.

б.

Рис. 35. Внешний вид больной с флегмоной дна полости рта: до операции (а), после операции (б)

Чаще всего флегмоны обусловлены одонтогенной инфекцией, реже возникают на почве слюннокаменной болезни, нагноившейся челюстной кисты, а также ранения слизистой оболочки полости рта, особенно в границах подъязычного пространства.

Л е ч е н и е. Задача хирургического лечения состоит в своевременном вскрытии гнойного очага и создании хорошего оттока гноя. Разрезы со стороны полости рта показаны лишь при скоплении гноя непосредствен-

но под слизистой оболочкой подъязычного пространства. Более рациональны наружные разрезы.

Хороший эффект дает разрез по средней линии подподбородочной области от нижнего края челюсти до границ подъязычной кости. Этот путь удобен тем, что он почти всегда бескровен, так как не сопровождается ранением крупных сосудов.

Существенно и то, что послеоперационный рубец остается здесь малозаметным.

Ход операции. После рассечения кожи и подкожной клетчатки, платизмы и фасции раздвигают тупым путем передние брюшки *m. digastricus*, затем рассекают челюстно-подъязычную мышцу, а далее снова тупым способом (лучше пальцем) проникают между подбородочно-подъязычными мышцами и мышцами, идущими к корню языка, создавая, таким образом, пути для оттока гноя. Раны дренируют. При распространении флегмоны в подчелюстные треугольники прибегают к дополнительным местным разрезам. В случаях разлитой флегмоны дна полости рта, захватывающей смежные области, производят так называемый воротникообразный разрез по верхней шейной складке от одного до другого угла нижней челюсти (рис. 36).

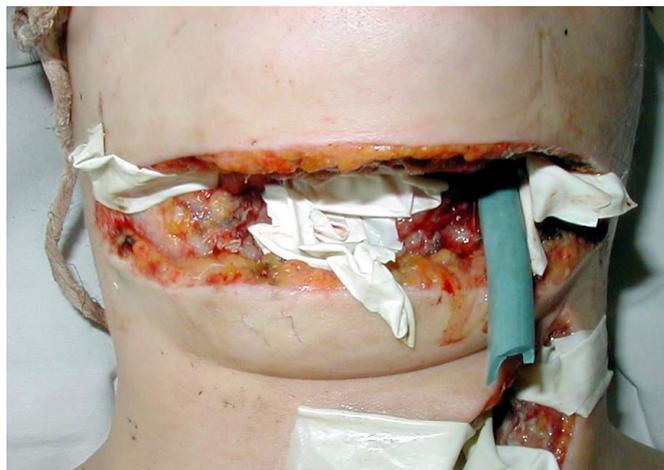


Рис. 36. Воротникообразный разрез для вскрытия флегмоны дна полости рта

Влажный вид вскрытых тканей свидетельствует о хорошем реактивном состоянии организма, что является благоприятным прогностическим признаком. Наоборот сухие ткани, склонные покрываться сероватым налетом, говорят о вирулентной инфекции и ослабленной реакции организма.

Отхождение из раны вместе с гноем отторгшейся омертвевшей клетчатки свидетельствует о благоприятном переломе, наступившем в течение болезни. Успех лечения зависит от надлежащего ухода за больным и правильной хирургической тактики.

Абсцесс челюстно-язычного желобка подъязычного пространства (*abscessus sulci mandibulo-lingualis*)

Заболевание протекает обычно в виде абсцесса, реже в виде ограниченной флегмоны.

Не будучи своевременно распознанным, оно ведет к развитию тяжелых флегмон дна полости рта и подчелюстных пространств. Диагноз и успех лечения во многом зависят от правильного представления об анатомических особенностях желобка.

Топографическая анатомия. Челюстно-язычный желобок представляет собой ладьевидное углубление длиной 2–2,5 см и шириной 1–1,5 см, расположенное в заднебоковом отделе подъязычной области, тотчас позади подъязычного валика в границах второго и третьего, а иногда и первого нижних моляров, между внутренней поверхностью тела нижней челюсти и боковой поверхностью корня языка. Дистальный край углубления заканчивается у основания передней небной дужки, где она с боковой стенки глотки переходит к корню языка.

Желобок становится хорошо обозреваем, если зубным зеркалом или шпателем отвести язык в противоположную сторону (рис. 37).

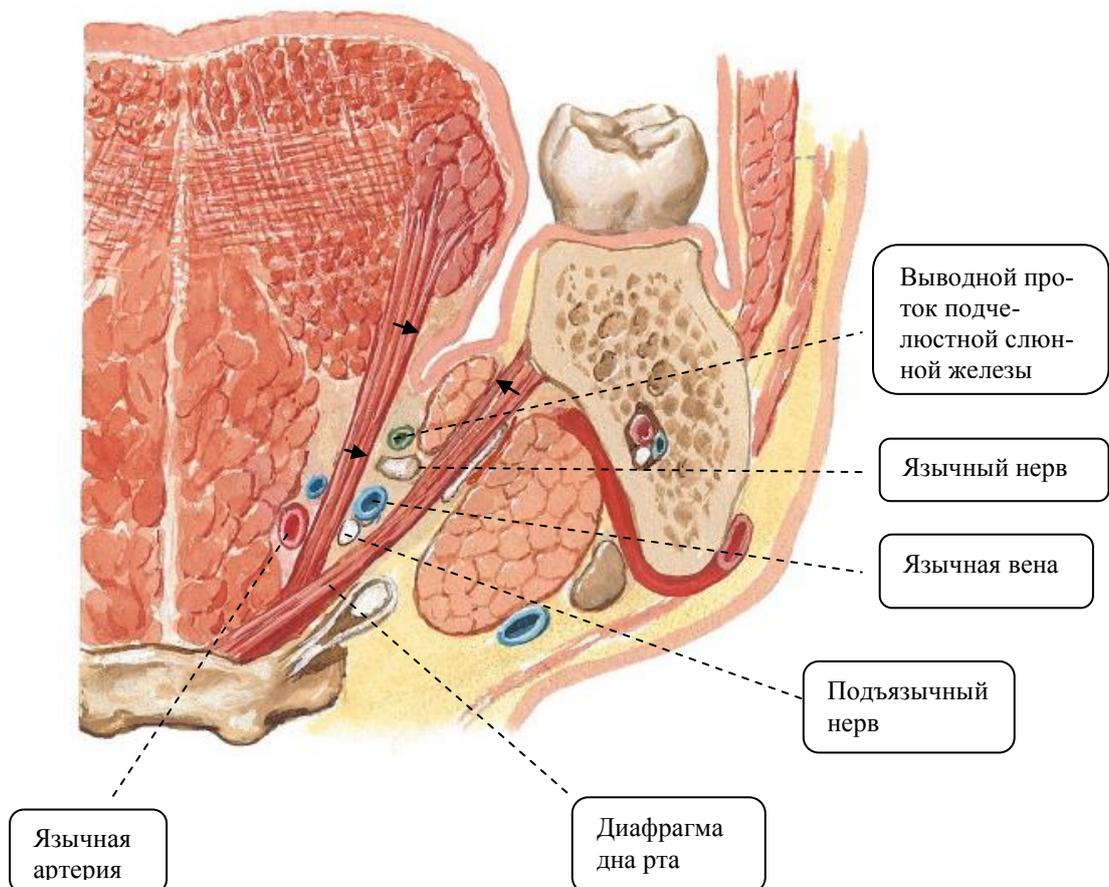


Рис. 37. Топографическая анатомия челюстно-язычного желобка
(Р.Д. Синельников, 1996)

Между слизистой оболочкой челюстно-язычного желобка и его дном, которое представляет диафрагма рта (*m. mylohyoideus*), расположена рыхлая соединительнотканная клетчатка. Последняя и является обычно местом локализации гнойного процесса. Клетчатка эта окутывает проходящие здесь язычный нерв, выводной проток подчелюстной слюнной железы и ее отросток, сопровождающий проток на верхней поверхности челюстно-подъязычной мышцы, а также подъязычный нерв и язычную вену. Язычная артерия отделена от указанных выше образований подъязычно-язычной мышцей (*m. hyoglossus*).

Поверхностнее всего и ближе к челюсти расположен язычный нерв. После выхода из-под переднего края внутренней крыловидной мышцы язычный нерв ложится на внутреннюю поверхность челюстно-подъязычной мышцы и, постепенно отклоняясь от челюсти, приближается к языку. Примерно по средней линии желобка язычный нерв перекрещивается, огибая снизу, выводной проток подчелюстной слюнной железы и затем входит в массу языка. Перекрест язычного нерва с выводным протоком чаще всего располагается соответственно второму большому коренному зубу. До перекреста нерв лежит очень поверхностно и прикрыт только слизистой оболочкой и тонким слоем рыхлой соединительной ткани.

Возникновение абсцесса в челюстно-язычном желобке связано с заносом в клетчатку этой области гноеродных микробов, главным образом из инфицированных нижних моляров (при периодонтите) и окружающих их тканей.

Пути распространения инфекции может служить как лимфатическая система, так и венозная, связывающая околозубные ткани с отдаленными участками, в частности с клетчаткой челюстно-язычного желобка, где имеется богатая венозная сеть. Тромбофлебит отдельных ветвей ее может явиться причиной образования абсцесса в желобке. *Per continuitatem* воспалительный процесс на область челюстно-язычного желобка может перейти при периостите и остеомиелите нижней челюсти.

К л и н и к а. Начало, как правило, острое. Больные обращаются за помощью обычно на 2–3 день от начала заболевания; они жалуются на затрудненное открывание рта, мучительные боли при глотании, боли при еде и разговоре, на усиленное слюноотделение. Температура 37,5–38 °С, а иногда и выше. Выражение лица больного страдальческое.

При осмотре больных с абсцессами челюстно-язычного желобка внешних отклонений от нормы или совсем не наблюдается, или отмечается лишь незначительная припухлость в подчелюстном треугольнике. Реже бывает значительный отек подчелюстной области. Со стороны слизистых покровов нижнего свода преддверия полости рта и десен отклонений от нормы не наблюдается. Воспалительная контрактура II–III степени. Попытки открывания рта вызывают резкие боли, однако при медленном осторожном разведении челюстей рот удается открыть на 1–2 см. После

этого удерживание рта открытым с помощью винтового роторасширителя или другим способом становится менее болезненным, и представляется возможным произвести осмотр полости рта и глотки. В зеве, кроме небольшого покраснения передней дужки, никаких изменений не обнаруживается. Передний отдел подъязычного пространства, область *carunculae sublingualis* и подъязычный валик соответствующей стороны остаются без изменений.

Удерживая (при участии помощника) рот открытым, обследуют челюстно-язычный желобок. Для этого язык с помощью шпателя, зубного зеркала или тупого крючка отводят в противоположную сторону. При сравнении левой и правой сторон подъязычного пространства бросается в глаза резкое покраснение слизистой оболочки и выбухание в области желобка у больной стороны. Если удастся проникнуть туда пальцем, обнаруживается или болезненный плотный инфильтрат, или уже наступившее размягчение (флюктуация) (рис. 38).

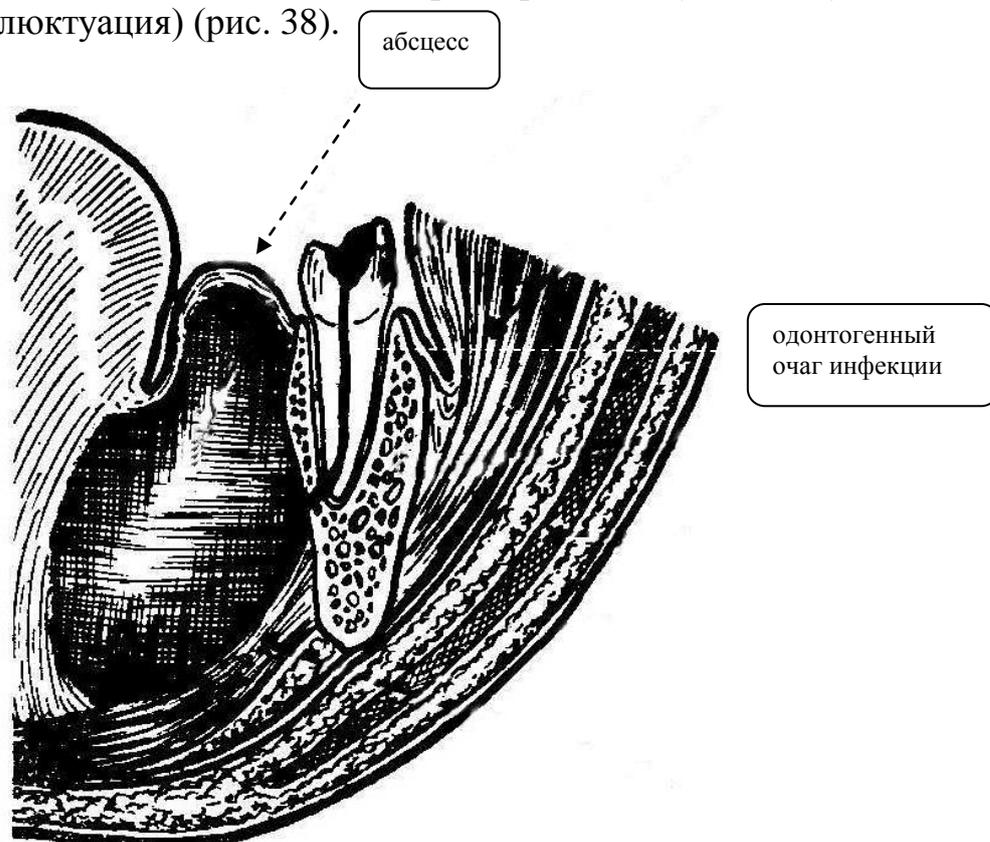


Рис. 38. Схема формирования гнойника в челюстно-язычном желобке, причиной которого явился премоляр нижней челюсти (М.М. Соловьев, 2001)

Правильная ранняя диагностика и своевременное радикальное хирургическое вмешательство быстро избавляют больного от страданий. Обычно уже через 20–30 минут после опорожнения гнойника хирургическим путем больной чувствует себя значительно лучше.

В запущенных случаях процесс распространяется в подчелюстной треугольник по клетчатке, окружающей вартонов проток, или же гной проникает через челюстно-подъязычную мышцу вниз после ее расплавления. Нередко абсцесс переходит в разлитую флегмону дна полости рта, а иногда в процесс вовлекается и парафарингеальное пространство.

Мучительные боли, которые испытывают больные, связаны с вовлечением в страдание язычного нерва в результате механического сдавления его экссудатом, а возможно, и вследствие возникновения неврита. Тризм при этом заболевании обусловлен, по-видимому, главным образом рефлекторными явлениями и коллатеральным отеком в области внутренней крыловидной мышцы.

Дифференцировать абсцесс челюстно-язычного желобка надо, прежде всего с абсцессом крыловидно-челюстного пространства.

От гнойного периостита нижней челюсти изолированный абсцесс желобка отличается тем, что надкостница челюсти остается незатронутой. При разлитых гнойных процессах подъязычного пространства и остеомиелите тела нижней челюсти абсцесс желобка теряет характер обособленного заболевания.

Картина крови при абсцессах челюстно-язычного желобка меняется не резко. Отмечается небольшой лейкоцитоз до 9000–10000, увеличение нейтрофилов и ускорение СОЭ. В моче иногда появляются следы белка.

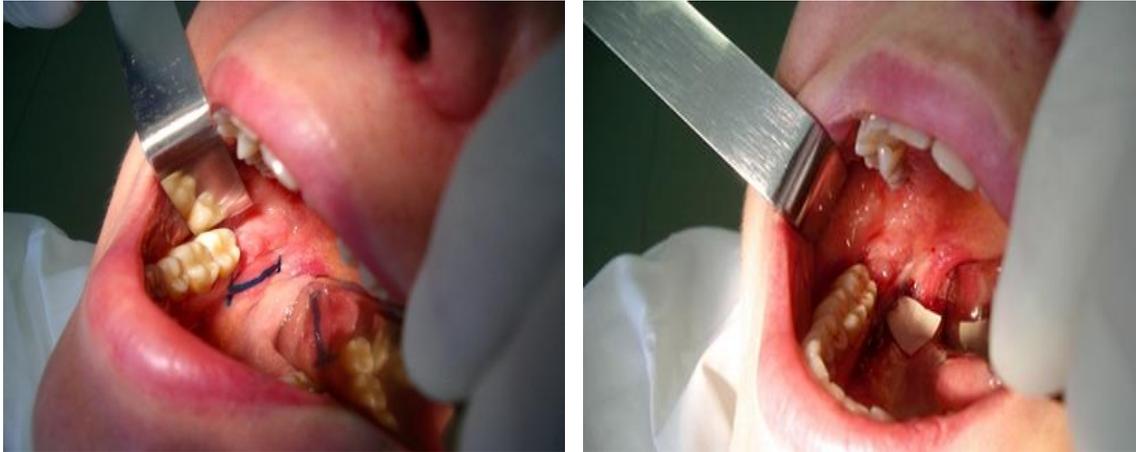
Л е ч е н и е. Во избежание ранения язычного нерва, а также язычной вены разрез для вскрытия гнойника следует делать небольшим узким скальпелем между средней линией желобка и внутренней поверхностью тела нижней челюсти, ближе к телу челюсти. Производить вскрытие гнойника челюстно-язычного желобка со стороны подчелюстного треугольника ввиду излишней операционной травмы нецелесообразно.

Разрез делают неглубокий, лишь в пределах подслизистого слоя. Если при этом гноя не получают, то рану углубляют тупым путем с помощью желобоватого зонда. Чтобы не спались края операционной раны, следует ее дренировать тонкой резиновой полоской (рис. 39 а, б).

Для обезболивания можно пользоваться внеротовой мандибулярной анестезией.

Ранение язычной вены сопровождается обильным кровотечением, которое останавливается тампонадой; в крайних случаях прибегают к перевязке язычной артерии на протяжении. Легировать вену в ране желобка довольно трудно.

Ранение язычного нерва ведет к нарушению чувствительности языка, которое восстанавливается не ранее чем через 1–2 месяца и позднее.



а.

б.

Рис. 39. Абсцесс челюстно-язычного желобка: линия разреза (а), дренирование абсцесса (б)

Абсцесс и флегмона языка (abscessus et phlegmone linguae)

Гнойные процессы языка могут протекать в виде: 1) ограниченного абсцесса в верхнем отделе собственных мышц языка; 2) разлитого интерстициального флегмонозного воспаления; 3) абсцесса и флегмоны.

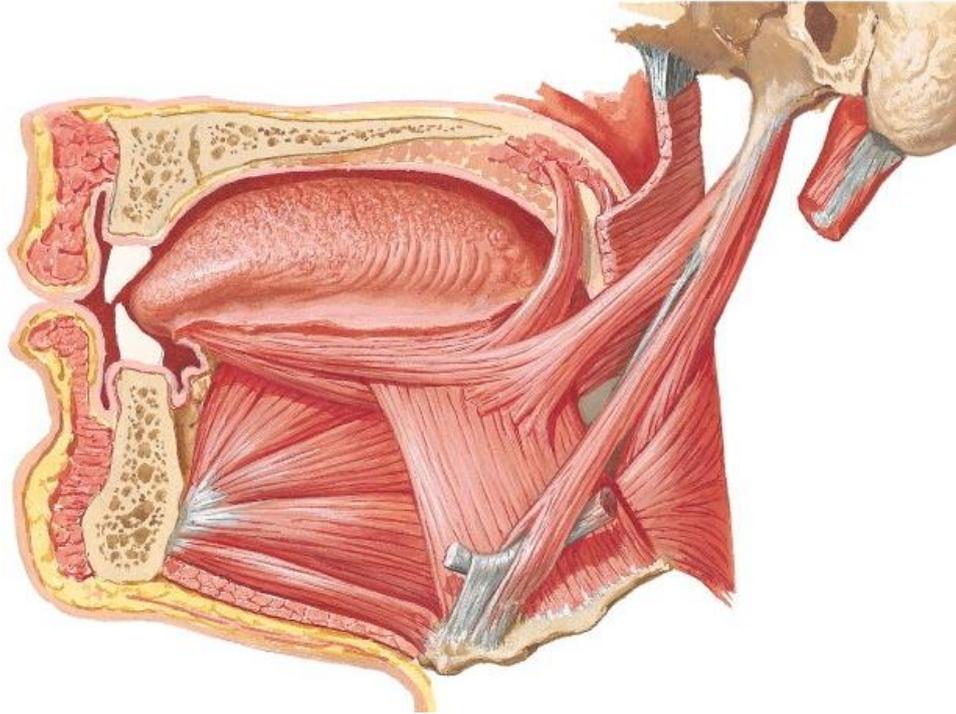
Т о п о г р а ф и ч е с к а я а н а т о м и я. Верхний отдел языка образован продольными и поперечными волокнами мышечной ткани.

К основанию или корню языка (нижнему отделу) подходят парные подбородочно-язычные и подъязычно-язычные, шило-язычные и небно-язычные мышцы. Волокна их проникают и вплетаются в общую массу языка. Язык обильно снабжен кровеносными и лимфатическими сосудами, которые в большей или меньшей степени окутаны соединительнотканными муфтами (рис. 40). Последние, по-видимому, и служат местом первичной локализации инфекции и образования поверхностных абсцессов.

Следует также учитывать клетчатку, заполняющую три щелевидных пространства: одно – между подбородочно-язычными мышцами, и два других – справа и слева – между подбородочно-язычными и подъязычно-язычными мышцами.

Особого внимания заслуживает наличие клетчатки там, где правая и левая подбородочно-язычные мышцы переходят в язык. Здесь же находятся два лимфатических узла.

Причины абсцесса языка разнообразны. Среди них видное место принадлежит травме острыми краями кариозных зубов, протезами, ранению языка рыбьими косточками, укусам насекомых лиц, спящих с открытым ртом, попаданию жала пчел при употреблении сотового меда и прочим повреждениям инфицированными предметами, а также язвенному стоматиту и ангине.



*Рис. 40. Топографическая анатомия мышц образующих язык
(Р.Д. Синельников, 1996)*

Ограниченные плотные инфильтраты в толще языка с образованием скудных количеств гноя характерны для актиномикоза, поэтому во всех случаях необходимо производить исследование гноя на присутствие других актиномицетов.

К л и н и к а. Абсцесс подвижной части языка характеризуется тем, что обычно на одной из половин языка, чаще на тыльной поверхности средней его части, появляется ограниченная плотная припухлость, болезненная при пальпации. В дальнейшем границы припухлости сглаживаются, язык становится отечным, увеличивается в объеме, особенно большая его сторона. В большинстве случаев язык обложен серовато-белым налетом. Отмечается обильное выделение тягучей слюны, неприятный запах изо рта (рис. 41). Речь затруднена, иногда маловнятна. Голос хриплый, слова как бы с трудом выдавливаются. Глотание и прием пищи также затруднены. Вследствие плотного прилегания отекающего языка к зубам на нем появляются отпечатки их. Подчелюстные и подподбородочные лимфоузлы припухают, болезненны. Температура в пределах 38 °С. Больные раздражительны, чему способствует сопровождающееся болями затрудненное движение языка.



Рис. 41. Абсцесс боковой поверхности языка

Более тяжелыми симптомами отличаются гнойные процессы в нижнем отделе языка, в указанных выше клетчаточных пространствах. Там они принимают характер разлитого флегмонозного воспаления. Инфильтрат или уже сформировавшийся гнойник обнаруживается чаще со стороны подъязычного пространства на нижнебоковой поверхности языка. Сформировавшийся гнойник определяется наличием флюктуации или пункцией.

Флегмона корня языка протекает при явлениях удушья больного. Начинается она с жалоб на болезненное глотание. Затем появляется озноб, высокая температура. Язык малоподвижен, но масса его мягкая, без признаков инфильтрации; однако пальпация корневой части болезненна. В дальнейшем язык становится отечным и выступает изо рта между передними зубами.

Ярко выражена припухлость подподбородочной области. Ощупывание ее болезненно, особенно вблизи подъязычной кости. Лимфатические узлы в подподбородочной области, а также подчелюстных треугольников увеличены, болезненны.

Больные жалуются также на бессонницу и боязнь задохнуться. Зрачки расширены. Лицо бледное или с оттенком синюшности. Слюна тягучая, с трудом поддается сплевыванию, больной старается избавиться от нее постоянным вытиранием губ.

В запущенных случаях обнаруживается зыбление скопившегося гноя в задней части подподбородочного пространства; обычно же, кроме инфильтрата, в этой области определить ничего другого не представляется возможным.

Диагноз ставят на основании указанных признаков. Первично процесс может локализоваться как в лимфатических узлах корня языка, так и в межмышечной клетчатке.

Л е ч е н и е. Ограниченные абсцессы тела языка вскрывают небольшими продольными разрезами.

При флегмоне языка разрезы делают как на боковых, так и на тыльной поверхности языка (по показаниям).

Глубокие гнойники у корня языка вскрывают разрезом через кожу по средней линии в подбородочной области.

После рассечения кожи, подкожной клетчатки, шейной фасции раздвигают тупым путем двубрюшные мышцы, рассекают по средней линии (по шву) челюстно-подъязычную мышцу и доходят до промежутка между подбородочно-подъязычными и подбородочно-язычными мышцами правой и левой сторон; после этого пальцем проникают к корню языка – туда, где находятся указанные выше лимфатические узлы и скопление клетчатки. При этом обычно под большим давлением изливается гной со зловонным запахом или, это бывает реже, желтовато-серый сливкообразный гной без особого запаха.

После вскрытия гнойного очага больные сразу испытывают облегчение. Глотание становится свободным. Для обеспечения отхождения омертвевшей клетчатки разрез широко дренируют. Иногда гной сразу не обнаруживают, и он появляется на 2-й день.

При нарастающем затруднении дыхания показана трахеотомия. Наряду с хирургическим лечением, антибиотиками и другими общими лечебными мероприятиями приносят облегчение полоскания рта теплым отваром шалфея, ромашки, ирригация из кружки Эсмарха содовым раствором, раствором перманганата. Особенно показаны щелочные ингаляции содовым раствором или боржомом.

Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта или ангина Людвига (angina Ludwigi)

В 1836 г. штутгартский врач Людвиг описал особую разновидность флегмоны дна полости рта, отличительным признаком которой является некроз тканей при отсутствии гноя. Вместо гноя наблюдается скопление небольшого количества ихорозной жидкости цвета мясных помоев.

К л и н и к а. Процесс чаще всего начинается в подчелюстной области, затем быстро переходит на дно полости рта. Появляется плотная деревянистая опухоль, глотание становится несколько болезненным, затрудненным. В большинстве случаев отмечается озноб, общее недомогание, температура не всегда доходит до высоких цифр, первые 1–2 дня она может оставаться в пределах 38°. Затем все явления начинают прогрессировать. Воспалительная припухлость распространяется на оба подчелюстных треугольника и подбородочную область.

Образовавшийся плотный инфильтрат спускается на шею, сосредоточиваясь у подъязычной кости. Язык бывает, приподнят, отечен, увеличен

в размерах и как бы ущемлен между зубами. Он покрыт темно-коричневым налетом, сух, малоподвижен и вследствие смещения расположенным ниже него инфильтратом и отеком дна полости рта суживает вход в глотку. Рот полуоткрыт, лицо бледное, с цианотичным оттенком или землистого цвета. Отмечается гнилостный запах изо рта. Дыхание учащенное, шумное, прерывистое. Лицо больного выражает страх, зрачки расширены. Некоторым больным кажется, что они задыхаются, и иногда умоляют спасти их. Других больных охватывает апатия, голос их становится хриплым и иногда пропадает. Положение вынужденное – полусидячее. Кожа над местом поражения в первые 3–4 дня не изменена, легко собирается в складки, позднее становится бледной, затем появляется краснота и отдельные бронзовые пятна, наблюдаемые при газовой гангрене.

Возможно появление очагов размягчения и самостоятельное вскрытие их со стороны полости рта, чаще где-либо в подъязычном пространстве, с выделением незначительного количества дурно пахнущей ихорозной жидкости грязно-коричневого цвета.

В периферической крови отмечается лейкопения, лимфопения и резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Падает количество гемоглобина, СОЭ 60–70 мм в час.

С каждым днем состояние больного становится все более тяжелым, наблюдается проливной пот, затемненное сознание, бред. При нарастающей общей слабости, явлениях упадка сердечной деятельности и картине общего сепсиса нередко к концу первой, реже в середине или в конце второй недели может наступить смерть.

Основной процесс при ангине Людвига протекает в мышцах. Лимфатические узлы, слюнные железы и в первое время подкожная клетчатка могут быть отечными, но без особых изменений. Мышцы дна полости рта утолщаются, в большей или меньшей степени некротизируются или только местами содержат очаги с пузырьками газа, обладающими резким ихорозным запахом.

За исключением очагов распада, остальные ткани представляются сухими, мало кровоточащими.

Указания отдельных авторов, что ангина Людвига начинается с поражения подчелюстной слюнной железы, не соответствуют описаниям автора. Точно так же неправильно относить к ангине Людвига тяжелые случаи флегмон дна полости рта, сопровождающиеся образованием гноя.

Характерная особенность ангины Людвига заключается в том, что это заболевание начинается с очагового поражения в пределах челюстно-подъязычной мышцы без признаков экссудативного или пролиферативного воспаления.

Вызывается заболевание анаэробной инфекцией. В посевах часто находят гемолитический стрептококк, фузоспирохетную ассоциацию, кишечную палочку, *Bac. Perfringens*, *Bac. Histolyticus* и др. Воротами инфек-

ции обычно служат инфицированные, разрушенные кариесом зубы. Смерть при ангине Людвига наступает при картине общего сепсиса и нарастающего упадка сердечной деятельности. В прежние годы летальность исчислялась в пределах 40–60 %.

Л е ч е н и е. Лечение заключается в широких ранних разрезах очага поражения. При наличии инфильтрата, захватывающего все дно полости рта, следует вскрывать оперативным путем не только подчелюстные и подподбородочные пространства, но и область прикрепления мышц к подъязычной кости, для чего целесообразно прибегать к так называемому воротникообразному разрезу.

Остальные вмешательства те же, что и при других видах флегмон.

Абсцессы и флегмоны шеи

В области шеи различают несколько клетчаточных пространств, которые заключены в фасциальные влагалища. Патогенез и клинику флегмон этой области целесообразно рассматривать в соответствии с пятью фасциями, которые приводит в своих работах В.Н. Шевкуненко (1951).

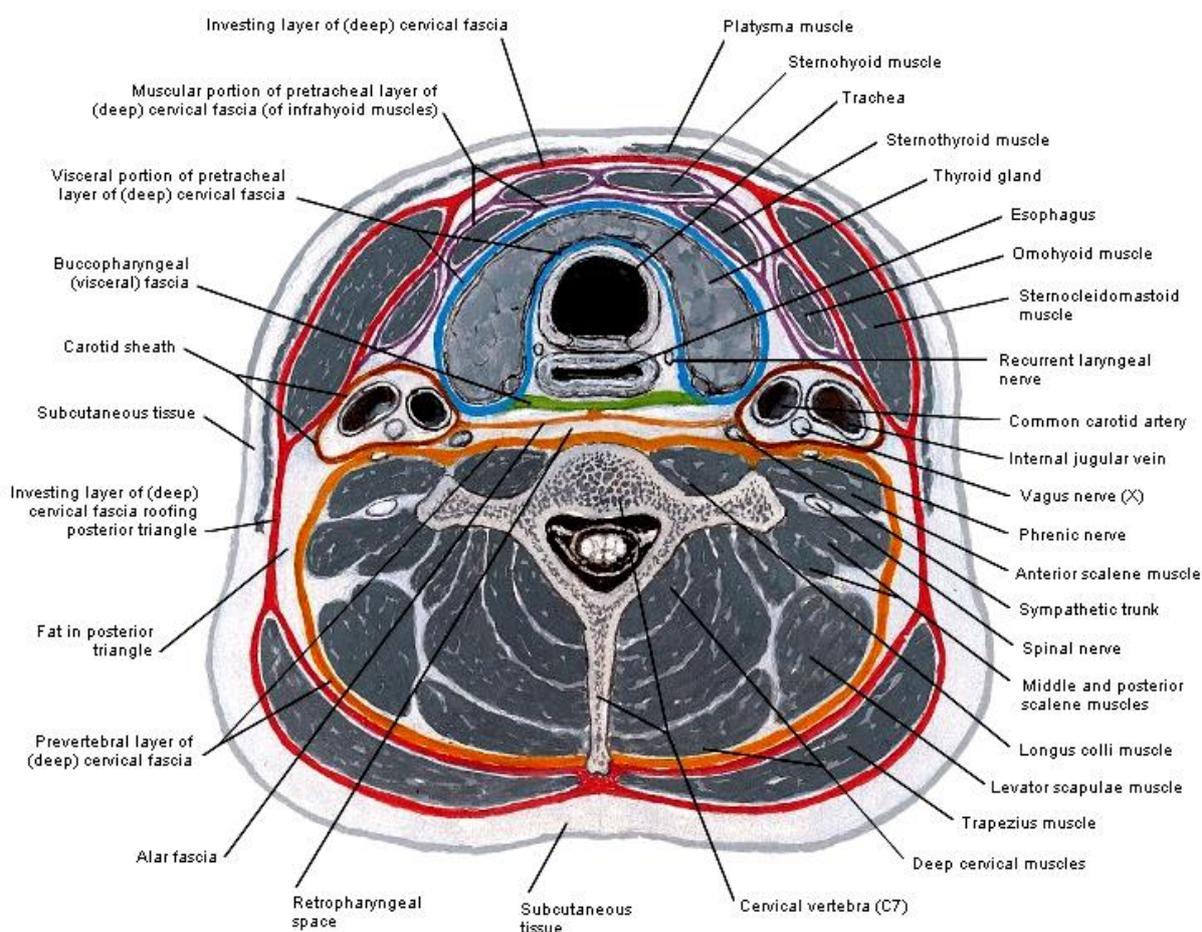


Рис. 42. Фасции шеи (Р.Д. Синельников, 1996)

По В.Н. Шевкуненко, на шею проходит пять фасциальных листков: три листка собственной фасции шеи, поверхностная фасция, являющаяся продолжением поверхностной фасции соседних областей, и внутришейная фасция, покрывающая внутренности шеи и переходящая вместе с ними в соседние области (рис. 42).

Поверхностная фасция шеи выстилает глубокую поверхность подкожной клетчатки. Лучше всего она выражена на подкожной мышце шеи. Покрывая мышцу с двух сторон, фасция образует для нее влагалище, стенки которого соединены тяжами, проходящими между пучками мышц.

Поверхностная пластинка собственной фасции шеи образует прочный футляр, покрывающий шею со всех сторон. Фасция прикрепляется к костному скелету головы и верхней апертуре грудной клетки. Особенность строения фасции состоит в том, что в ряде мест она расщепляется, включая в себя мышцы (грудино-ключично-сосковую, трапецевидную), жировую клетчатку и поднижнечелюстную слюнную железу. Глубокий листок этой фасции натянут в виде паруса в переднем отделе шеи между подъязычной костью, задней поверхностью грудины и ключицы и лопаточно-подъязычными мышцами.

Внутришейная фасция окутывает органы шеи париетальным и висцеральным листками. Фасциальный футляр органов шеи прикрепляется к наружному основанию черепа, а внизу частично переходит вместе с органами в средостение, частично прикрепляется к грудины и I ребру. Производными внутришейной фасции являются фасциальные капсулы гортани, трахеи, глотки, пищевода, щитовидной железы, а также влагалища основного сосудисто-нервного пучка шеи.

Предпозвоночная фасция окружает позвоночник с прилежащими мышцами, образует влагалища для длинных мышц головы и шеи, а также для лестничных мышц, подключичных сосудов и плечевого сплетения.

В подкожножировой слой шеи инфекция, как правило, проникает со стороны кожи при травматических ее повреждениях, фурункулах, карбункулах. Одонтогенный путь в генезе поверхностных гнойных процессов в этой области имеет меньшее значение.

Для клинического течения поверхностных гнойных процессов характерны удовлетворительное общее состояние больного при значительно выраженных воспалительных симптомах: отек, инфильтрация, значительная распространенность, быстрое вовлечение в процесс кожных покровов. Поверхностная фасция шеи не прикреплена к подлежащим костным образованиям, поэтому флегмона, распространяется как над поверхностной фасцией, так и под ней, имея «подушкообразный тип», без выраженных границ, беспрепятственно распространяется ниже проекции подъязычной кости и ключицы, переходит на переднюю поверхность грудной клетки, не проникает в переднее средостение.

Хирургическое вскрытие флегмоны подкожных клетчаточных пространств шеи производят по ходу шейных складок, ориентируясь нижней границей гнойника, дренируют резиновыми трубками. При относительно легком течении подкожных гнойных процессов все же возможны осложнения. В практике хирурга-стоматолога встречается обширный некроз кожи над распространившимся гнойником.

Это объясняется следующими причинами: неблагоприятные условия кровоснабжения покровных тканей при их отслойке от материнской почвы, сосудистый стаз в связи с интоксикацией и наличие в микробном симбиозе штамма стафилококка, обладающего дерматонекротическими свойствами.

Вторая фасция шеи (поверхностный листок собственной фасции шеи) по ходу расщепляется и образует несколько фасциальных влагалищ для мышц (трапециевидных, грудино-ключично-сосцевидных) и подчелюстных слюнных желез. Фасция прикрепляется к краю нижней челюсти, подъязычной кости, ключице и грудице. Эти прикрепления ограничивают распространение гнойников. Особое значение в этом принадлежит подъязычной кости.

Отмеченные особенности клинического течения гнойников дают основание согласиться с мнением анатомов и особенно клиницистов, которые относят клетчаточные пространства, располагающиеся выше подъязычной кости, ко дну полости рта, а ниже – к шейной области. При прорыве гноя через барьер фасциального узла подъязычной кости в процесс включаются клетчаточные пространства шеи. Чаще всего гнойный экссудат распространяется по щелевидным промежуткам, располагающимся вдоль передневнутренней поверхности грудино-ключично-сосцевидной мышцы и по ходу сосудисто-нервного пучка; один из них является продолжением переднего отдела окологлоточного пространства, второй заднего отдела.

По указанным щелевидным клетчаточным пространствам гнойный затек беспрепятственно доходит до ключицы и рукоятки грудины, где задерживается на короткий срок, и по ходу сосудисто-нервного пучка шеи распространяется в переднее средостение.

Гнойные затеки по ходу клетчаточных щелей шеи зачастую клинически протекают с малыми симптомами: состояние больного удовлетворительное, боли в области шеи незначительные, глотание и дыхание в большинстве случаев не нарушены. Бессимптомность распространения гнойника по клетчатке сосудисто-нервного пучка шеи объясняется не только отсутствием фасциальных преград, но и отсутствием мышц, которые могли бы реагировать на воспаление, так как грудино-ключично-сосцевидная мышца в связи с наличием плотной фасции в процесс не вовлекается. Лишь при очень тщательной пальпации можно уловить незначительную инфильтрацию, отек и боль под передним краем мышцы, а также неприятные ощущения при повороте головы в противоположную сторону.

Разрезы при хирургическом вскрытии гнойных затеков по клетчаточным пространствам шеи производят в зависимости от уровня их нижней границы. Так, если после наружного вскрытия флегмоны окологлоточного пространства гнойник спустился вниз на 3–4 см, то к имеющемуся горизонтальному разрезу достаточно добавить небольшой вертикальный по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, закончив его несколько ниже уровня гнойника (рис. 43 а).

При ареактивном течении воспалительного процесса распространение гнойника сопровождается некрозом клетчатки, особенно после перенесенных снижающих реактивность заболеваний, а также при наличии анаэробной микрофлоры.

Для более надежного дренирования гнойника образовавшийся кожно-клетчаточный лоскут до стабилизации воспаления на несколько дней можно отвернуть книзу и угол его фиксировать в таком положении швом к коже шеи (рис. 43 б). При гнойном затеке в надключичном и надгрудинном межапоневротическом пространстве наряду с имеющимся горизонтальным разрезом в подчелюстной области необходимо сделать второй широкий горизонтальный разрез в надключичной области (рис. 43 в).

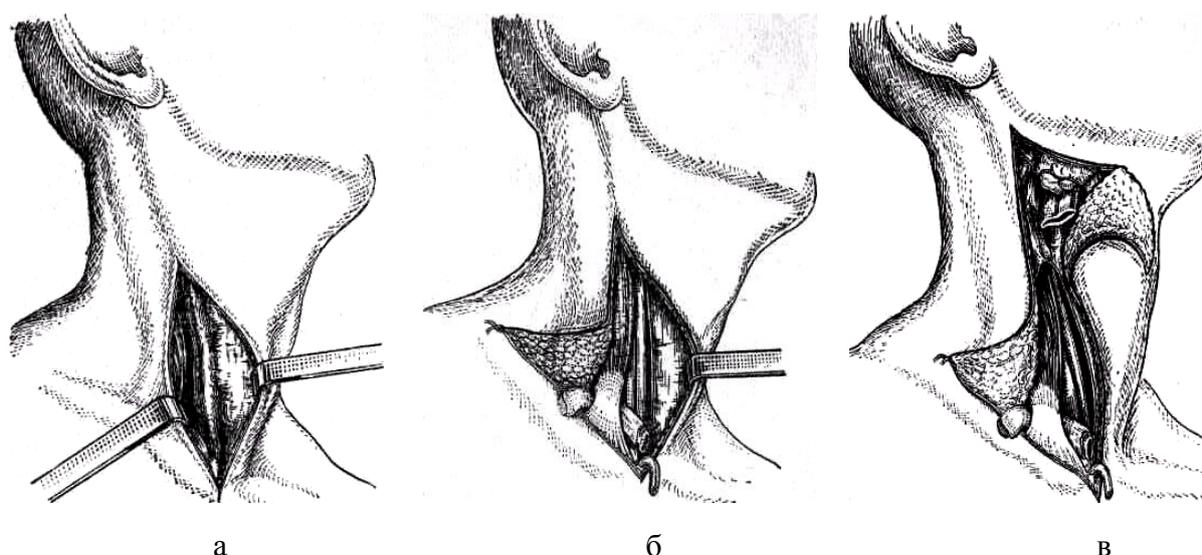


Рис. 43. Схема вскрытия флегмоны по ходу сосудисто-нервного пучка в области нижней трети шеи (а); схема операции медиастиномии (б); схема операции одновременного вскрытия флегмоны окологлоточного пространства, гнойного затека по ходу сосудисто-нервного пучка и гнойного медиастинита (в). (М.М. Соловьев, 2001)

В единичных случаях при гнилостно-некротической флегмоне клетчаточного пространства сосудисто-нервного пучка шеи, оба горизонтальных разреза целесообразно соединить вертикальным и полностью открыть клетчаточное ложе. Это дает возможность 2–3 раза в сутки орошать полость гнойника антисептиками, протеолитическими ферментами, антибио-

тиками и производить ультрафиолетовое облучение обширной гнойно-некротической раны. В ране оставляют рыхлый марлевый тампон, смоченный раствором антибиотиков и протеолитических ферментов.

Указанный широкий разрез позволяет произвести ревизию нижнего отдела гнойника, уходящего под рукоятку грудины, а также вскрыть и дренировать гнойник, достигший верхнего отдела средостения.

Операцию вскрытия флегмоны клетчаточного пространства сосудисто-нервного пучка шеи производят под общим обезболиванием с послойным рассечением тканей, разведением краев раны крючками и гемостазом в течение всей операции. Это имеет значение как для предупреждения случайного повреждения сосудов и нервов, так и для осуществления постоянного контроля за окружающими клетчаточными пространствами с точки зрения тщательного осмотра и выявления дополнительных затеков гноя.

В связи с распространенностью гнойного процесса, сопровождающегося выраженной воспалительной контрактурой нижней челюсти, отеком корня языка и надгортанника, в ряде случаев приходится прибегать к наложению трахеостомы и для осуществления наркоза, и для предупреждения асфиксии в послеоперационном периоде.

Особые трудности возникают при лечении флегмоны шеи у тучных людей с короткой шеей (гиперстеников): клетчаточные пространства у них широкие, клетчатка рыхлая, что способствует быстрому распространению гнойника в средостение; гнойники располагаются на большой глубине, а это в свою очередь затрудняет их дренирование и делает необходимым производить особенно широкие разрезы и добиваться зияния раны.

Отек шеи у гиперстеников в первые 2 суток после операции может нарастать, т.е. увеличивается опасность асфиксии. Кроме того, если применена трахеотомическая трубка недостаточной длины и слабо фиксирована марлевой полоской вокруг шеи, то за счет нарастающего отека трубка может выскользнуть из трахеостомы. При распространении гнойника до ключицы и надгрудинной ямки трахеотомическая трубка одновременно может служить проводником для распространения гноя вдоль трахеи в переднее средостение. Это заставляет предусматривать полноценное дренирование гнойной полости, располагающейся в непосредственной близости от трубки. Эти больные нуждаются в особенно тщательном уходе, частых перевязках с обработкой трубки, санацией трахеи.

Из области, прилегающей к нижней челюсти или к верхней челюсти, гнойный воспалительный процесс может распространяться в соседние ткани на пространства лица и шеи, в глазницу, мозг, средостение. Характерны прогрессирование инфекционно-воспалительного процесса и развитие гнойно воспаления в нескольких областях. Одновременное поражение 2–3, 3–4 и более областей и пространств определяют как распространенную флегмону (рис. 44). Заболевание протекает с гиперергической воспалительной реакцией и характеризуется нарастающей интоксикацией.



Рис. 44. Распространённая флегмона лица и шеи

Неспецифические лимфадениты и аденофлегмоны

Лимфаденит – воспаление лимфатического узла – относится к числу распространенных патологических процессов челюстно-лицевой локализации. Большая часть больных с острым лимфаденитом в стадии серозного воспаления лечится амбулаторно. Что касается больных гнойным лимфаденитом и аденофлегмонами, то ни составляют до 24 % больных, госпитализируемых в специализированные стоматологические стационары по поводу воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи. Та роль, которую играют лимфатические узлы в поддержании гомеостаза, формировании иммунитета, объясняет причину частого поражения их. Как известно, через регионарные лимфатические узлы фильтруется лимфа, оттекающая от тканей соответствующего региона. При этом в лимфатических узлах происходит задержка бактерий, токсинов, чужеродных белков и продуктов тканевого распада. Схема строения лимфатического узла представлена на рис. 45.

С. Drinker и соавт. (1934) установили, что при перфузии взвеси гемолитического стрептококка 99 % микробных тел задерживаются в лимфатическом узле. Это связано в первую очередь с включением биологических механизмов фиксации.

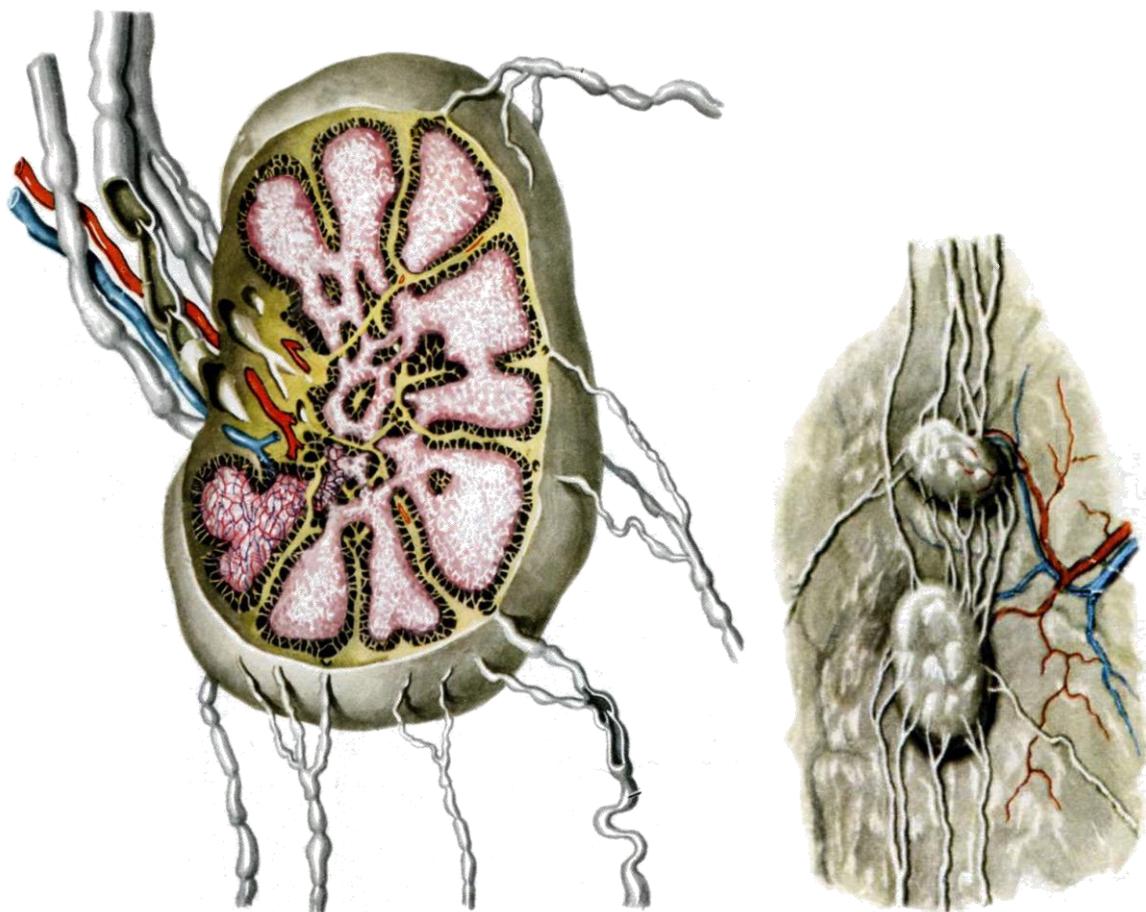


Рис. 45. Схема строения лимфатического узла (Р.Д. Синельников, 1996)

Микробы, проникшие в лимфатический узел, задерживаются в ретикулоэндотелиальных клетках, выстилающих синусы лимфатического узла, и подвергаются фагоцитозу. Вирулентность инфекционного начала при этом снижается. Если же не происходит полного уничтожения микробов, они, приспосабливаясь к новым условиям существования, начинают размножаться. Количество их может достигнуть критической массы, при которой происходит «завязка» местного инфекционно-воспалительного процесса.

Антигены, поступающие с током лимфы или высвобождающиеся при гибели микробов, проникших в лимфатический узел, захватываются макрофагами синусов мозгового вещества и фиксируются на дендритных клетках коркового вещества. Под их влиянием возникает пролиферация плазматических клеток, непосредственно участвующих в синтезе антител. Первые антитела появляются в лимфатических узлах, а затем их обнаруживают и в крови.

Помимо специфических антител, в лимфатических узлах вырабатываются сывороточные белки и лимфоциты, играющие большую роль в формировании гуморального и клеточного иммунитета. Если дей-

ствии совокупности этих факторов не обеспечивает полного уничтожения микрофлоры, проникшей в лимфатический узел, в нем формируется инфекционный очаг.

По образному выражению лимфатические узлы – это «либо гибельная ловушка, либо оазис» для микробных клеток. «Оазисом» они становятся тогда, когда происходит даже временное ослабление иммунонадзора, например, в результате стрессорного воздействия на организм острой бактериальной или вирусной инфекции, переохлаждения, перегревания, проникающей радиации, мышечного или эмоционального перенапряжения, так как перечисленные воздействия сопровождаются инволюцией лимфатической ткани за счет лизиса и торможения пролиферации лимфоцитов. Кстати, больные острым лимфаденитом или обострением хронического часто указывают, что заболевание началось после переохлаждения, чрезмерного УФ облучения, острой респираторной инфекции, гриппа и т. д.

Как было отмечено, отток лимфы в поднижнечелюстные лимфатические узлы происходит от верхней губы, наружных частей носа, щек, нижнего века, передних отделов языка и тканей дна полости рта, почти всей нижней челюсти. Если учесть, что в пределах перечисленных анатомических образований располагается значительная часть очагов одонтогенной инфекции, часто встречаются механические повреждения и инфекционно-воспалительные поражения слизистой оболочки полости рта, кожных покровов лица, то станет понятной причина частого возникновения лимфаденитов и аденофлегмон поднижнечелюстной области. Они составляют 60-78 % воспалительных поражений лимфатических узлов лица и шеи. Затем по частоте поражения идут шейные, подбородочные, околоушные, щечные лимфатические узлы (рис. 46).

Наибольшая заболеваемость лимфаденитом наблюдается среди детей, особенно в возрасте до 7 лет. Это связано с рядом причин: с незавершенностью формирования у детей местного тканевого иммунитета, морфофункциональной незрелостью лимфатических узлов, дифференцирование структур которых заканчивается лишь к 12 годам, высокой распространенностью повреждений и поражений кожных покровов головы и слизистой оболочки полости рта у детей младшего возраста. У них в основном встречаются ак называемые стоматогенные, риногенные, тонзиллогенные и дерматогенные лимфадениты, а у детей старше 7 лет – одонтогенные лимфадениты.

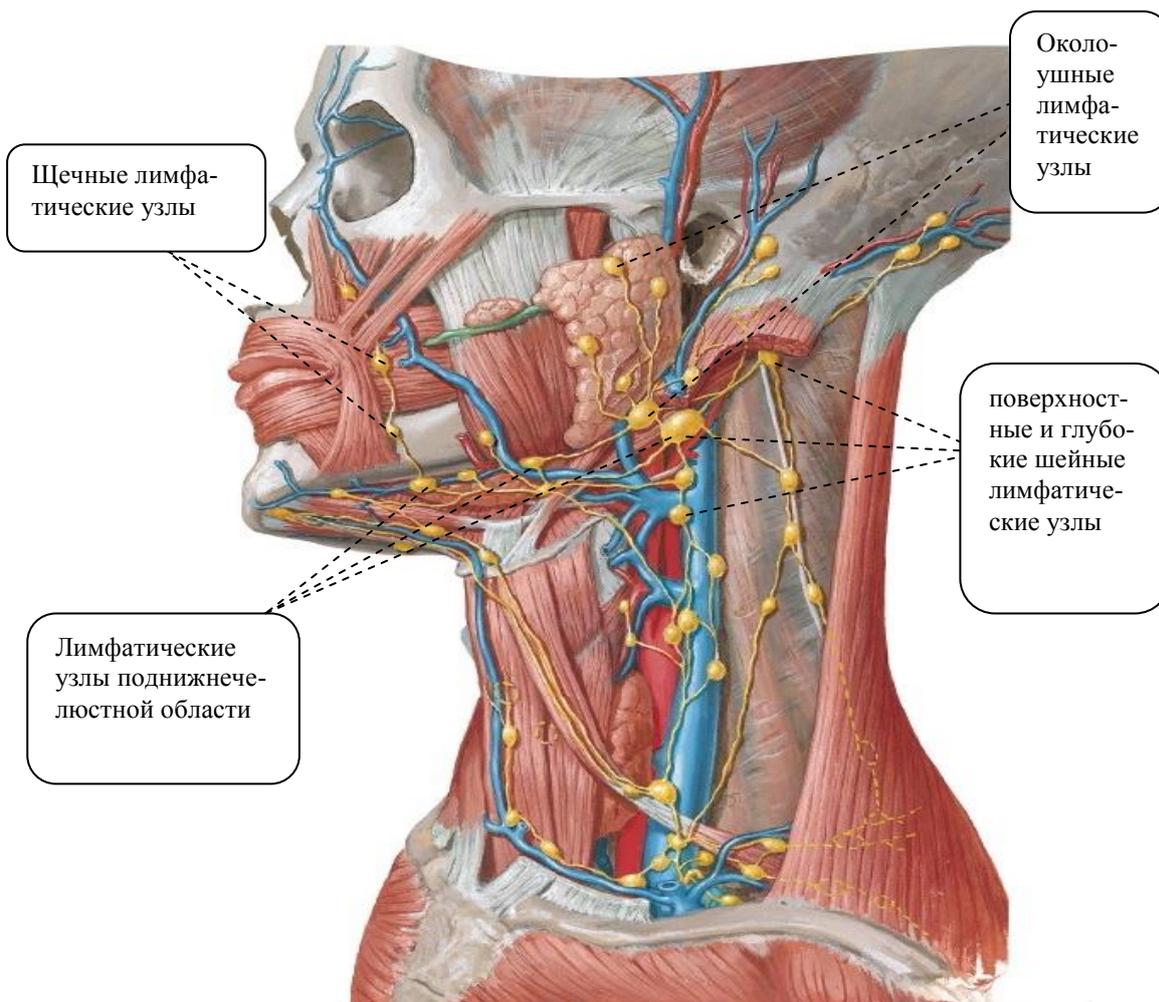


Рис. 46. Лимфатические сосуды и узлы головы и шеи (Р.Д. Синельников, 1996)

Возбудителем острых лимфаденитов челюстно-лицевой области и шеи чаще всего является патогенный стафилококк в виде монокультуры или в ассоциации со стрептококком и разнообразными анаэробами. У детей встречается специфическое поражение лимфатических узлов – актиномикотический лимфаденит.

К л а с с и ф и к а ц и я. По локализации входных ворот инфекции различают одонтогенные, стоматогенные, риногенные, дерматогенные и тонзиллогенные лимфадениты. У 15–20 % больных лимфаденитами удается установить связь с одонтогенной инфекцией. Однако почти у половины больных локализация первичного инфекционного очага остается невыясненной.

По характеру течения заболевания лимфадениты подразделяют на острые, хронические и обострившиеся хронические.

В зависимости от характера и распространенности острого воспалительного процесса в области лимфатического узла принято разли-

чать: острый серозный лимфаденит; острый гнойный лимфаденит и аденофлегмону.

Начальная стадия острого лимфаденита характеризуется расширением сосудов, отеком и клеточной инфильтрацией тканей лимфатического узла, в результате чего последний увеличивается. По объему мозговое вещество преобладает над корковым. Промежуточные синусы расширены резко, краевые – в меньшей мере, так как этому препятствует капсула лимфатического узла. В просвете синусов видны белковый коагулят, большое количество нейтрофилов, эозинофилов, тучных клеток, макрофагов, образовавшихся в результате укрупнения и освобождения ретикулярных клеток. Макрофагальная реакция в большей мере выражена в мозговом веществе, где появляется значительное количество клеток плазматического ряда, гранулоцитов разной степени зрелости, тучных клеток.

Довольно быстро описанная картина серозного воспаления сменяется гнойным воспалением, для которого характерно появление участков некроза лимфоидно-ретикулярной ткани с выраженной диффузной клеточной инфильтрацией преимущественно нейтрофильными лейкоцитами. Затем участки некроза ткани лимфатического узла, подвергаясь ферментативному расплавлению, сливаются в единую полость, заполненную тканевым детритом и окруженную валом грануляционной ткани, т. е. происходит абсцедирование. При этом гиперемия, отек, и лейкоцитарная инфильтрация наблюдаются не только со стороны лимфатического узла, но и в прилежащих к нему тканях. Иными словами, имеются признаки периаденита. Некроз и расплавление капсулы лимфатического узла способствуют распространению инфекционно-воспалительного процесса за его пределы.

При аденофлегмоне наряду с признаками гнойного лимфаденита наблюдается картина диффузного гнойного воспаления клетчатки той или иной анатомической области.

Хронический лимфаденит характеризуется гиперплазией лимфоидных элементов, что сопровождается увеличением лимфатического узла в объеме. Со временем лимфоидная ткань замещается соединительной. В толще такого узла могут формироваться абсцессы с хорошо выраженной соединительнотканной капсулой.

Острый серозный лимфаденит. Основная жалоба, которую предъявляют больные с подобной формой заболевания, – появление болезненного «шарика» под кожей в одной из анатомических областей, где располагаются лимфатические узлы. Появлению такого «шарика» нередко предшествуют травма, воспаление в области слизистой оболочки полости рта или кожных покровов головы, оперативное вмешательство (удаление зуба), острое респираторное заболевание, тонзиллит. Кроме того, серозный лимфаденит часто сопутствует острому периодонтиту, периоститу, остеомиелиту челюстей.

Общее состояние больных серозно-гнойным лимфаденитом без абсцедирования обычно остается удовлетворительным, температура тела нормальная или субфебрильная. Гематологические и биохимические показатели без существенных отклонений от нормы.

При осмотре больного пораженный лимфатический узел контурируется в виде небольшой ограниченной припухлости. Кожа над ним не изменена в цвете либо слегка гиперемирована, подвижна.

При пальпации определяется подвижное безболезненное образование овоидной формы, мягкоэластической консистенции диаметром 2–3 см. В случае поражения поднижнечелюстных лимфатических узлов может появиться боль при глотании, а при поражении околоушных узлов – боль при широком открывании рта. При осмотре кожных покровов головы, полости рта, рентгенологическом исследовании челюстей часто выявляется первичный инфекционный очаг в виде эскориации, инфицированной раны, афты, эрозии, язвы, гингивита, периодонтита, перикоронарита, одонтогенной кисты.

Острый гнойный лимфаденит. Заболевание характеризуется появлением пульсирующей боли в области пораженного лимфатического узла. Объясняется это тем, что формирование абсцесса в относительно замкнутом пространстве, ограниченном достаточно плотной капсулой, ведет к быстрому повышению внутритканевого давления, перерастяжению капсулы лимфатического узла. В то же время капсула ограничивает распространение инфекционно-воспалительного процесса, уменьшает всасывание через окружающие узел ткани микробов, токсинов и продуктов распада. В связи с этим у больных с рассматриваемой формой острого лимфаденита сравнительно редко наблюдается выраженная интоксикация. Общее состояние их, как правило, остается удовлетворительным. Температура тела обычно не превышает 38°C. Наблюдается умеренно выраженный нейтрофильный лейкоцитоз.

При осмотре больного определяется припухлость тканей той области, где располагается пораженный лимфатический узел. Кожа над ним гиперемирована. Вначале она подвижна, а по мере развития периаденита подвижность утрачивается. Пальпаторно определяется резко болезненное образование округлой формы, эластической консистенции. С развитием периаденита четкость его контуров утрачивается, появляется инфильтрация прилежащих тканей, ограничивающая его подвижность. В связи с появлением боли глотание и жевание затруднены. Характер функциональных нарушений зависит от того, где располагается пораженный лимфатический узел. Дальнейшее обследование больного направлено на выявление первичного инфекционного очага.

Дифференциальную диагностику проводят в первую очередь с серозным лимфаденитом. Она основана на сопоставлении выраженности местных проявлений воспалительного процесса и общих реакций организма.

Диагноз можно уточнить и путем пункции пораженного лимфатического узла под местной инфильтрационной анестезией 0,25 % раствором новокаина. Даже если при этом гной не получен, местную анестезию можно расценить как лечебное мероприятие – короткую новокаиновую блокаду по А. В. Вишневскому.

Аденофлегмоны. Чаще всего аденофлегмоны локализуются в поднижнечелюстной и подподбородочной областях, затем – околоушной и щечной области. Анамнез больных аденофлегмонами совпадает с анамнезом больных острым лимфаденитом. Заболевание начинается с появления болезненного «шарика» («горошины»), который постепенно увеличивается. Затем на месте «шарика» появляется разлитое уплотнение. Одновременно ухудшается самочувствие, повышается температура тела, боль становится менее локализованной (рис. 47)



Рис. 47. Аденофлегмона поднижнечелюстной области слева

Такие анамнестические данные играют решающую роль при постановке диагноза, ибо развившаяся аденофлегмона утрачивает специфические черты местного воспалительного процесса, присущие лимфадениту.

Общее состояние больных при аденофлегмонах нарушается обычно в меньшей степени, чем при остеофлегмонах. Температура тела редко превышает 39 °С. Выявляются нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 40 мм/ч и отклонения от нормы биохимических, иммунологических показателей, характерные для острой фазы воспаления.

При обследовании больного обнаруживается симптомокомплекс, соответствующий клиническим проявлениям флегмоны той или иной локализации, либо одновременное поражение двух-трех и более анатомических областей.

Л е ч е н и е острых лимфаденитов и аденофлегмон планируется и осуществляется в соответствии с теми же принципами, что и лечение одонтогенных флегмон и абсцессов. Если удастся выявить первичный очаг инфекции, то осуществляют мероприятия по скорейшей его ликвидации. При одонтогенных лимфаденитах с этой целью удаляют (иногда трепанируют) «причинный» зуб, иссекают нависшую над зубом десну при перикоронарите, вскрывают поддесневой абсцесс при абсцедирующей форме пародонтита, производят цистотомию или цистэктомию. При травме, инфекционно-воспалительных заболеваниях слизистой оболочки полости рта и кожных покровов очаг поражения регулярно обрабатывают антибактериальными препаратами, облучают УФ лучами, воздействуют кератопластическими средствами с целью скорейшего восстановления нарушенной целостности покровного эпителия. Одновременно осуществляют воздействие на вторичный инфекционный очаг, т. е. на пораженный лимфатический узел.

В начальной стадии заболевания, когда нет признаков гнойного воспаления, эффективна физиотерапия: воздействие электрического поля УВЧ в слаботепловой дозировке, излучение гелий-неонового лазера. Можно применить согревающие полуспиртовые компрессы, повязки по Дубровину. Эффективны короткие новокаиновые блокады по А.В. Вишневному.

Назначают препараты, стимулирующие иммунитет, повышающие резистентность организма к инфекции. Антибактериальную терапию проводят лишь при нарастании воспалительных явлений и у больных, у которых лимфаденит развивается на фоне таких общих заболеваний, как диабет, лейкоз и т. д. При остром гнойном лимфадените и аденофлегмоне показано срочное оперативное вмешательство – рассечение тканей, достаточное для эвакуации гноя и последующего дренирования раны.

Вопросы для самоконтроля

1. Чем абсцесс отличается от флегмоны?
2. На чем основаны принципы классификации флегмон?
3. Каковы особенности соотношения клетчаточных пространств лица и шеи?
4. Каковы наиболее частые причины возникновения гнойных очагов в мягких тканях лица и шеи?
5. Стадии течения воспалительных процессов при флегмонах?
6. Чем объясняется неоднозначность клинических проявлений флегмон различной локализации?
7. Каковы основные клинические признаки флегмон (абсцесса)?
8. Каковы основные требования к разрезам для вскрытия и дренирования гнойных очагов на лице?
9. Современные средства, пути и возможности дренирования гнойных ран.
10. Особенности течения и лечения флегмон орбиты и подглазничной области.
11. Какие флегмоны и почему относятся к околоверхнечелюстным или околонижнечелюстным?
12. Почему флегмоны дна полости рта и языка выделены в отдельную группу?
13. Чем объяснить различие в клинических проявлениях флегмон глубокой и поверхностной локализации?
14. Чем определяется доступ для вскрытия околоверхнечелюстных флегмон, какие существуют доступы?
15. В чем особенности течения флегмон височной, поджевательной области и крылонебного пространства?
16. На чем строится дифференциальная диагностика флегмон различной локализации?
17. Каковы современные особенности дренирования гнойных ран?
18. Чем определяется прогноз при лечении флегмон различной локализации?
19. Каковы особенности флегмон дна полости рта?
20. Каковы основные доступы при вскрытии околонижнечелюстных флегмон, чем они определяются?
21. Какова роль лимфатических узлов в организме человека?
22. Основные причины развития лимфаденита, аденофлегмоны?
23. Классификация воспалительных процессов лимфоидного аппарата.
24. Клиника, диагностика и принципы лечения острого лимфаденита и аденофлегмоны.
25. Клиника, диагностика и принципы лечения хронического лимфаденита.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ОГРАНИЧЕННЫЙ ГНОЙНЫЙ ПРОЦЕСС – ЭТО

- 1) флегмона
- 2) абсцесс
- 3) отек
- 4) некроз

2. РАЗЛИТОЙ ГНОЙНЫЙ ПРОЦЕСС – ЭТО

- 1) флегмона
- 2) абсцесс
- 3) фурункул
- 4) карбункул

3. СРЕДИ МИКРОБНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЛИЦА И ШЕИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1) кишечная палочка и палочка сине-зеленого гноя
- 2) зубная спирохета и различного вида анаэробы
- 3) пневмококки и лучистые грибки
- 4) стафилококки и стрептококки

4. АДЕНОФЛЕГМОНА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) инъекции нестерильных анестетиков во время удаления зубов
- 2) распространения воспалительного экссудата по межфасциальным щелям
- 3) абсцедирования лимфатических узлов
- 4) нагноения одонтогенной кисты

5. БУРНОЕ (ГИПЕРЭРГИЧЕСКОЕ) ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) аденофлегмоны
- 2) для постинъекционной флегмоны
- 3) для одонтогенной флегмоны
- 4) для всех перечисленных флегмон

6. ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нижний край глазницы
- 2) скулочелюстной шов
- 3) альвеолярный отросток верхней челюсти
- 4) край грушевидного отверстия

7. СОДЕРЖИМОЕ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ –

- 1) клетчатка, лимфатические узлы, цилиарный узел
- 2) клетчатка, подглазничный нерв, мимические мышцы
- 3) клетчатка, крыло-нёбный узел, жировой комок щеки
- 4) клетчатка, щечная мышца, лицевая артерия и вена

8. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ –

- 1) бугор верхней челюсти
- 2) подвисочный гребень основной кости
- 3) перпендикулярная пластинка нёбной кости
- 4) проходит на уровне щечно-глоточного шва

9. ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ТРЕУГОЛЬНИК СВЕРХУ ОГРАНИЧЕН

- 1) подчелюстной слюнной железой
- 2) передним брюшком двубрюшной мышцы
- 3) задним брюшком двубрюшной мышцы
- 4) краем тела нижней челюсти

10. ЗАДНЕЕ БРЮШКО ДВУБРЮШНОЙ МЫШЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ ГРАНИЦ

- 1) подчелюстного треугольника
- 2) подмассетериального пространства
- 3) подподбородочного треугольника
- 4) крыловидно-челюстного пространства

11. КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО ПОДЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА СООБЩАЕТСЯ

- 1) с клетчаткой крылонёбной ямки
- 2) с клетчаткой подвисочной ямки
- 3) с клетчаткой подглазничной области
- 4) с клетчаткой дна полости рта.

12. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ

- 1) без видимых явлений воспаления
- 2) гиперемирована
- 3) отечная
- 4) бледная, атрофичная

13. СОДЕРЖИМОЕ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА –

- 1) жевательный нерв, артерия и вена
- 2) клетчатка и лимфатические узлы

- 3) венозное крыловидное сплетение
- 4) нижний альвеолярный нерв, артерия и вена, клетчатка

14. ВЕРОЯТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОГЛОТОВОГО ПРОСТРАНСТВА –

- 1) тромбоз лицевых вен
- 2) паралич лицевого нерва
- 3) менингит
- 4) медиастинит

15. ОГРАНИЧЕНИЕ ОТКРЫВАНИЯ РТА ПРИ ПОДМАССЕТЕРИАЛЬНОЙ ФЛЕГМОНЕ ВЫЗВАНО ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРОЙ

- 1) латеральной крыловидной мышцы
- 2) медиальной крыловидной мышцы
- 3) жевательной мышцы
- 4) височной мышцы

16. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА ПОДЪЯЗЫЧНЫЕ ВАЛИКИ И БАХРОМЧАТЫЕ СКЛАДКИ ПОД ЯЗЫКОМ

- 1) гиперемированные и отечные, выстоят выше режущих краёв передних резцов
- 2) бледно-розового цвета, без признаков воспаления
- 3) сухие, покрыты трещинами
- 4) гипертрофированные, без явлений воспаления

17. ТИПИЧНЫМ ДОСТУПОМ ПРИ ВСКРЫТИИ АБСЦЕССА КОРНЯ ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗРЕЗ

- 1) окаймляющий угол нижней челюсти
- 2) в подподбородочной области
- 3) в подчелюстной области
- 4) по уздечке языка

18. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) стафилококки, стрептококки
- 2) лучистые грибы
- 3) анаэробная микрофлора
- 4) бледная трепонема

19. ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА СОПРОВОЖДАЕТСЯ НЕКРОЗОМ

- 1) костной ткани

- 2) клетчатки и гнойным ее расплавлением
- 3) мышц, клетчатки и фасций
- 4) кожных покровов

20. ПОЯВЛЕНИЕ РЕЗКОЙ ОДЫШКИ, ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ, ПОСТОЯННОЕ ПОКАШЛИВАНИЕ, ТАХИКАРДИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) воспаления средостения
- 2) одонтогенного сепсиса
- 3) тромбоза пещеристого синуса твердой мозговой оболочки
- 4) менингита

21. ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ ФЛЕГМОНЫ РАНУ

- 1) зашивают с оставлением дренажей
- 2) не зашивают
- 3) зашивают наглухо без оставления дренажей
- 4) зашивают на второй-третий день после операции

22. ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ФЛЕГМОНЫ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ

- 1) периапикальные очаги инфекции в области верхушек 1.5, 1.4, 1.3, 2.3, 2.4, 2.5 зубов
- 2) затрудненное прорезывание 1.8, 2.8, 4.8, 3.8 зубов
- 3) периапикальные очаги в области верхушек 1.6, 1.7; 2.6, 2.7 зубов
- 4) фурункулы носогубной складки или подглазничной области

23. СИМПТОМЫ ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ –

- 1) ограничение раскрытия рта
- 2) отёк крыловидно-нижнечелюстной складки
- 3) инфильтрация мягких тканей подчелюстной области
- 4) появление инфильтрата выше скуловой дуги

24. ОГРАНИЧЕНИЕ ОТКРЫВАНИЯ РТА ПРИ ФЛЕГМОНАХ КРЫЛОВИДНО-НЁБНОЙ И ПОДВИСОЧНОЙ ЯМОК ВОЗНИКАЕТ ПО ПРИЧИНЕ

- а) воспалительной контрактуры височной мышцы
- б) гнойного расплавления жевательной мышцы
- в) воспалительной контрактуры латеральной крыловидной мышцы
- г) воспалительной контрактуры медиальной крыловидной мышцы

25. БУГОР ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРЕДНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ДЛЯ

- 1) височной ямки

- 2) подвисочной ямки
- 3) крыловидно-небной ямки
- 4) зачелюстной ямки

26. ПРИЧИНОЙ ФЛЕГМОНЫ ПОДПОДБОРОДОЧНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) абсцедирование лимфатических узлов
- 2) распространение инфекции из периапикальных очагов в области фронтальных зубов нижней челюсти
- 3) распространение инфекции из периапикальных очагов в области премоляров нижней челюсти
- 4) распространение инфекции из периапикальных очагов в области моляров нижней челюсти

27. ПРАВИЛЬНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ РАНЫ ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ ФЛЕГМОНЫ ПРОВОДИТСЯ

- 1) марлевым тампоном, пропитанным мазью Вишневского
- 2) резиновыми полосками
- 3) марлевым тампоном, пропитанным синтомициновой эмульсией
- 4) перфорированными трубками

28. ВОСПАЛЕНИЕ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ВЫЗЫВАЮТ

- 1) острые и обострившиеся периодонтиты 18, 28 зубов
- 2) перикоронарит 38 и 48 зубов
- 3) ранения боковой стенки глотки
- 4) острые тонзиллиты

29. КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО ПОДЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА СООБЩАЕТСЯ С КЛЕТЧАТКОЙ

- 1) подподбородочного треугольника
- 2) подвисочной ямки
- 3) дна полости рта
- 4) подглазничной области

30. РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИНФЕКЦИИ В ПЕРЕДНЕЕ СРЕДОСТЕНИЕ ВОЗМОЖНО

- 1) из подчелюстной области
- 2) из подглазничной области
- 3) из окологлоточного пространства
- 4) со стороны дна полости рта или корня языка

Ответы к тестовым заданиям

№ задания	№ ответа	№ задания	№ ответа	№ задания	№ ответа
1	2	11	4	21	2
2	1	12	1	22	1, 4
3	4	13	4	23	1, 4
4	3	14	4	24	3, 4
5	3	15	3	25	2, 3
6	1	16	1	26	1, 2
7	2	17	4	27	2, 4
8	2	18	3	28	3, 4
9	4	19	3	29	1, 3
10	1	20	1	30	3, 4

Ситуационные задачи

Задача № 1

По скорой помощи в клинику поступил больной с диагнозом — флегмона подглазничной области слева, причиной которой явился 1.3 зуб.

- 1. Перечислите осложнения, которые может дать флегмона этой локализации.*
- 2. Укажите рекомендуемую тактику в отношении 1.3 зуба.*
- 3. Составьте план комплексного лечения больного с флегмоной челюстно-лицевой области.*

Задача № 2

У больного, 43 года, при осмотре обнаружен резко болезненный воспалительный инфильтрат в левой височной области, занимающий передние 2/3 этой области. Кожа над ним гиперемирована, в складку не собирается. В передненижних отделах инфильтрата определяется симптом флюктуации. Открывание рта и боковые движения челюсти ограничены, резко болезненны. Полость рта не санирована.

- 1. Перечислите недостающие данные, необходимые для постановки окончательного диагноза.*
- 2. Поставьте предположительный диагноз на основании имеющихся данных*
- 3. Укажите обстоятельства, которые необходимо учитывать при составлении плана лечения.*

Задача № 3

Больная, 37 лет, поступила в клинику с жалобами на сильную, постоянную боль в правой половине головы, боль при глотании и открывании рта, нарушения зрения. Выражены симптомы интоксикации: повышение температуры тела до 39,0–39,5° С, головокружение, тошнота, рвота, озноб, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта. Из анамнеза выявлено, что три дня назад заболел 1.8. Беспокоила постоянная, ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. К врачу не обращалась, принимала анальгетики. Два дня назад боль распространилась на всю правую половину верхней челюсти, иррадиировала в ухо, в висок. Появилась боль при глотании и открывании рта. Симптомы быстро нарастали, вскоре появились симптомы нарушения зрения: диплопия, снижение остроты зрения правого глаза. При осмотре: определяется отек в околоушно-жевательной и височной областях справа, отмечается симптом "песочных часов". Пальпация в этих областях безболезненная. Значительно выражен отек век справа, глаз полностью закрыт. Конъюнктивы обеих век гиперемирована. Определяется

также отек век левого глаза. При симметричном надавливании на глазные яблоки определяется резкая болезненность справа. Открывание рта полностью ограничено, в 1.8 имеется глубокая кариозная полость, перкуссия резко болезненная, подвижность II степени. Слизистая оболочка по переходной складке и десны с вестибулярной стороны на уровне моляров гиперемирована, отечна, определяется отек в области крыловидно-нижнечелюстной складки справа. При надавливании на мягкие ткани по направлению к бугру верхней челюсти справа определяется болезненный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании в области 1.8 определяется разрежение костной ткани в области верхушек корней с четкими контурами, размером 0,4–0,5 см.

- 1. Поставьте диагноз и составьте план лечения.*
- 2. Укажите оперативные подходы для вскрытия воспалительных очагов.*
- 3. Объясните наличие отёка обоих век левого глаза.*
- 4. Перечислите дополнительных специалистов, необходимых при лечении такого заболевания.*

Задача № 4

Больная, 53 года, обратилась с жалобами на наличие болезненной припухлости в левой щечной области, ограниченное открывание рта. Из анамнеза выявлено, что в течение четырех лет она находится на диспансерном наблюдении и лечении у стоматолога по поводу хронического двустороннего паренхиматозного паротита. Около двух месяцев назад находилась на лечении в стоматологическом стационаре по поводу флегмоны левой щечной области. Произведено вскрытие флегмоны, получен гной. Зубы не удалялись. Около трех недель назад вновь появилось уплотнение и припухлость в нижних отделах левой щечной области. В течение нескольких дней боль отсутствовала, затем появилась незначительная болезненность. Четыре дня назад боль усилилась, появилось покраснение кожи. Объективно: в нижних отделах левой щечной области определяется воспалительный инфильтрат размером 5,0 x 7,0 см. с нечеткими границами, слегка болезненный. Кожа над ним незначительно гиперемирована, синюшна, в складку не собирается. В левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, подвижный, слабо болезненный лимфатический узел. Открывание рта ограничено за счет болезненности, однако постепенно удалось открыть рот полностью. Слизистая оболочка левой щеки отечна, цианотична. Из левого околоушного протока слюна не выделяется. Из правого околоушного протока слюна выделяется в небольшом количестве с хлопьями.

- 1. Перечислите данные, которых не хватает для постановки окончательного диагноза.*
- 2. Назовите предполагаемые заболевания.*

- 3. Укажите ошибку врачей, ранее лечивших больную.*
- 4. Назовите сведения, являющиеся несущественными для постановки основного диагноза.*

Задача № 5

Больной, 25 лет, впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области 3.5 со смещением. Произведено удаление 3.5 из линии перелома, наложены бимаксиллярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга. Назначена противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Однако назначения не выполнял, на второй день самостоятельно снял резиновую тягу. Повторно поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области. Наблюдается выделение гноя через лунку удаленного 3.5, незначительная боль при глотании, общая слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0–38,5 °С. При осмотре в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат размером 10,0 x 7,0 см. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. В глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуации. Умеренно выражен коллатеральный отек. Открывание рта ограничено до 0,5 см., болезненно. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение тканей губы, кожи подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Лунка удаленного 3.5 содержит гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки в подъязычной области слева и отсутствие инфильтрации. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень щели перелома, проходящая через лунку удаленного 3.5. Положение фрагментов удовлетворительное. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

- 1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.*
- 2. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.*
- 3. Укажите признаки, несущественные для диагностики вторичного воспалительного процесса.*

Задача № 6

Больная, 47 лет, поступила в клинику с жалобами на незначительную припухлость в правой поднижнечелюстной области, резкую боль в области нижней челюсти справа, невозможность открывания рта, болезненное глотание, (жидкую пищу проглатывать труднее, чем твердую). Беспокоит также незначительная боль и ощущение тяжести в области верхней челюсти справа, заложенность носа больше справа, общая слабость, озноб, по-

вышение температуры тела до 39,0 °С. Три дня назад простудилась, тогда же появилась умеренная боль в горле, усиливающаяся при глотании. Терапевт в районной поликлинике поставил диагноз ОРВИ, выдал больничный лист, назначил прогревания, полоскания, витаминотерапию. Со вчерашнего дня боль усилилась, появилось и развивалось ограничение открывания рта, нарастали симптомы интоксикации. Бригадой "скорой помощи" больная доставлена в стоматологическое отделение дежурной клиники. При осмотре у больной отмечается умеренно выраженный отек в поднижнечелюстной области. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, резко болезненны. При введении пальцев врача позади ветви нижней челюсти справа отмечается резкая болезненность. Челюсти сомкнуты, открывание рта отсутствует. Осмотреть полость рта удалось только после блокады двигательных ветвей тройничного нерва справа по методу Егорова. Полость рта не санирована, имеются множественные кариозные полости. Слизистая оболочка крыловидно-нижнечелюстной складки, небной занавески, боковой стенки глотки справа резко отечна, гиперемирована, выбухает до центральной линии. При пальпации определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат, локализующийся в области крыловидно-нижнечелюстного пространства и боковой стенки глотки справа. При рентгенологическом исследовании определяется гомогенное затемнение правой верхнечелюстной пазухи и очаги разрежения костной ткани у верхушек корней.

- 1. Поставьте диагноз, укажите, что, по Вашему мнению, явилось причиной развития острого воспалительного процесса.*
- 2. Составьте план лечения, укажите особенности оперативного вмешательства.*
- 3. Укажите несущественные для данного заболевания признаки, объясните их.*

Задача № 7

Больной, 34 года, поступил с жалобами на резко болезненную припухлость в обеих поднижнечелюстных и подбородочных областях, слабость, недомогание, повышение температуры тела. Также беспокоит затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появилась постоянная ноющая боль в 4.7, усиливающаяся при накусывании. Боль нарастала, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 4.7 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба, припухлость увеличивалась, боль и симптомы нарушения функций нарастали. После по-

вторного обращении к стоматологу больной направлен в стоматологический стационар. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела – 38,5°С. В обеих поднижнечелюстных и в под подбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограниченно собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5–2,0 см., резко болезненное. Движение языка, особенно его смещение вперед, резко болезненно. Слизистая оболочка обоих челюстно-язычных желобков и подъязычных областей отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 4.7 заполнена организующимся кровяным сгустком, покрытым фибринозным налетом. На ортопантограмме в области лунки 4.7 патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне 4.3 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

2. Укажите на признаки, нехарактерные для данного заболевания, объясните их.

3. Опишите методику оперативного лечения.

Задача № 8

Больной, 57 лет, поступил с жалобами на боль в области правой половины языка, усиливающуюся при разговоре, приеме пищи, затрудненное и болезненное открывание рта. В течение пяти лет наблюдается у отоларинголога по поводу хронического тонзиллита. Дважды ранее проводилось вскрытие паратонзиллярных абсцессов. Неделю назад заболело горло, обратился к ЛОР-врачу. Проводилось лечение по поводу обострения хронического тонзиллита. Несмотря на проводимое лечение, около трех дней назад появилось чувство заложенности в ухе справа, боль при глотании незначительно усилилась больше справа, появилось затруднение при открывании рта, резкая болезненность. Симптомы нарастают. ЛОР-врачом направлен на консультацию к стоматологу. Объективно: определяются увеличенные, болезненные лимфатические узлы в обеих поднижнечелюстных областях, а также в позади челюстной области справа. Открывание рта до 1,5–2,0 см., резко болезненное. Движения языка не ограничены, болезненны. Определяется отек слизистой оболочки подъязычных областей, больше справа, небных дужек справа и слева. Миндалины увеличены, рыхлые, гиперемированные. Пальпация в области крыловидно-нижнечелюстных складок слабо болезненна, инфильтрации не определяется. Пальпируется резко болезненный инфильтрат в челюстно-язычном же-

лобке справа. Определяется незначительная деформация тела нижней челюсти справа за счет вздутия, пальпация безболезненна. В 4.6 – глубокая кариозная полость. Зондирование, перкуссия безболезненны.

- 1. Составьте план обследования больного.*
- 2. Поставьте предположительный диагноз.*
- 3. Перечислите дополнительные сведения, выявленные при обследовании, которые могут повлиять на план лечения.*
- 4. Укажите несущественные для данного заболевания признаки, объясните их.*

Задача № 9

Больной, 45 лет, обратился с жалобами на боль в области корня языка, усиливающуюся при глотании, разговоре и приеме пищи. Боль появилась 4 дня назад и постепенно нарастала, ее появление ни с чем не связывает. Из анамнеза выявлено, что полгода назад проводилось оперативное вмешательство по поводу удаления кисты корня языка. Сразу после операции обратил внимание на онемение передних двух третей языка слева, которое сохранялось около трех месяцев. В течение последнего времени чувствительность языка стала медленно восстанавливаться. Объективно: в правой поднижнечелюстной области определяется увеличенный, болезненный, спаянный с окружающими тканями лимфатический узел. Открытие рта в полном объеме, болезненное. Язык отечен больше в задней трети, выдвижение его из полости рта резко болезненно. Слизистая оболочка языка в задней трети спинки и боковых поверхностей гиперемирована. Слизистая оболочка в подъязычной области отечна, обычной окраски. Вертикальное надавливание на область корня языка резко болезненно. В области корня пальпируется воспалительный инфильтрат размером 3,0 x 4,0 см. Полость рта санирована.

- 1. Поставьте диагноз, укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.*
- 2. Составьте план лечения.*
- 3. Укажите признаки, несущественные для данного заболевания, объясните их.*

Задача № 10

Больная, 60 лет, обратилась к стоматологу в районную поликлинику с жалобами на боль в языке, усиливающуюся при приеме пищи и разговоре, припухлость языка. Данные жалобы появились после того, как два дня назад больная прикусила язык. Самостоятельно применяла теплые содовые ротовые ванночки, однако симптомы нарастали. После осмотра стоматолог поставил диагноз: абсцесс передней трети языка справа. Кроме того, обращено внимание на наличие у больной деформации нижней челюсти на

уровне 4.1 за счет вздутия. Пальпация его безболезненна, слизистая оболочка в цвете не изменена. Во 4.2 – глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия 4.2 безболезненная.

- 1. Перечислите клинические симптомы, на основании которых был поставлен диагноз.*
- 2. Расскажите о методике оперативного лечения абсцесса данной локализации.*
- 3. Укажите несущественные для данного заболевания признаки, объясните их. Расскажите о дальнейшей тактике врача.*

Ответы к ситуационным задачам

Ответ к задаче № 1

1. Флегмону глазницы, флегмону щечной области, флегмону подвисочной ямки и крылонебной ямки.
2. Рекомендовано удалить 1.3 зуб.
3. Под местным или общим обезболиванием производится вскрытие флегмоны: разрезом размером 6—8 см рассекают кожу, подкожную клетчатку, подкожную мышцу. После эвакуации гноя рану дренируют. Обязательно проводят пальцевую ревизию. Затем назначают антибиотики, сульфаниламиды, десенсибилизирующие препараты, витамины. По показаниям — другое симптоматическое лечение.

Ответ к задаче № 2

1. Прежде всего, необходимо уточнить жалобы больного: точная локализация, характер боли, степень и характер нарушения функций, общее самочувствие. Не достаёт анамнестических данных: когда, в связи, с чем возникло заболевание, динамика его развития до момента обращения, какое лечение проводилось? Не достаёт данных клинического обследования, прежде всего, касающихся степени и характера нарушения функций. Необходимо выяснить, имеются ли ещё какие-либо признаки воспаления в тканях соседних областей. Нет данных, указывающих на причину развития воспаления. Нет данных рентгенологического обследования: состояние зубочелюстной системы, состояние костей мозгового черепа.

2. Флегмона височной области слева. Необходимо исключить или подтвердить наличие воспалительного процесса в подвисочной ямке и крылонебной ямке, так как изолированно флегмона височной области встречается крайне редко – при непосредственной травме или инфицировании данной области. Чаще всего флегмона височной области возникает при распространении гноя из подвисочной области. Необходимо выяснить следующие данные: нарушение и болезненность глотания, наличие воспалительной инфильтрации тканей за бугром верхней челюсти. При распространении гнойного отделяемого в крылонебную ямку может присоединиться отек век.

3. Необходимо учитывать два обстоятельства:
- а) наличие и характер причин развития воспаления;
 - б) точная локализация и распространённость острого гнойного воспалительного процесса.

Ответ к задаче № 3

1. Флегмона подвисочной, крылонебной ямок справа. Обострение

хронического периодонтита 1.8. План лечения: удаление 1.8, вскрытие гнойных очагов и их дренирование. В данном случае целесообразно применение активного дренирования, раневого диализа. Проведение массивного местного и общего противовоспалительного, антибактериального, дезинтоксикационного и симптоматического лечения.

2. Для вскрытия флегмоны подвисочной и крылонебной ямок используют сочетание внутриротового (по переходной складке на уровне моляров) и внеротового (по переднему краю височной мышцы) разрезов. Из этих разрезов проникают и вскрывают гнойные очаги в подвисочной и крылонебной ямках, производят ревизию височной области. В контрапертуру вводятся сквозные дренажи. Для вскрытия флегмоны орбиты производится вскрытие верхнечелюстной пазухи с соответствующей стороны традиционным способом. Гнойный очаг вскрывается путем трепанации верхнезадней стенки пазухи. Эвакуация гнойного отделяемого осуществляется через соустье с нижним носовым ходом.

3. Наличие отека обоих век левого глаза связано с тем, что воспалительный отек распространился по периневральной клетчатке правого зрительного нерва, через перекрест правого и левого зрительных нервов и затем по периневральной клетчатке левого зрительного нерва в полость левой глазницы, на ее клетчатку.

4. Офтальмолог, невропатолог.

Ответ к задаче № 4

1. Не достает:

а) данных клинического осмотра о наличии или отсутствии симптома флюктуации, симптомов интоксикации, состояния зубов;

б) данных рентгенологического обследования о наличии и характере очагов инфицирования клетчатки;

в) данных цитологического исследования пунктата или отделяемого гнойного очага на предмет выявления признаков, характеризующих специфический воспалительный процесс.

2. Можно предположить следующие заболевания:

а) неспецифические воспалительные заболевания: воспалительный инфильтрат, абсцесс, флегмона щечной области;

б) специфические воспалительные заболевания: подкожная или подкожно-межмышечная форма актиномикоза щечной области;

в) нагноившаяся эпидермальная киста левой щечной области.

3. Ошибка врачей, ранее лечивших больную, в том, что они, по-видимому, не выявили и не провели лечения очагов хронического одонтогенного (или другого) инфицирования, т.к. в анамнезе эти сведения отсутствуют. Это вероятнее всего послужило причиной повторного обострения воспалительного процесса.

4. Несущественными для данного заболевания являются сведения, характеризующие наличие у больной хронического двустороннего паротита, как сопутствующего заболевания.

Ответ к задаче № 5

1. Флегмона поднижнечелюстной области слева. Перелом нижней челюсти в области 3.5 со смещением фрагментов. План лечения: вскрытие флегмоны. Антисептическая обработка лунки 3.5 и ее рыхлая тампонада йодоформным тампоном для разобщения костной раны от полости рта. Наложение резиновой тяги. Госпитализация больного для проведения общего и местного противовоспалительного лечения.

2. Развитию воспалительного процесса способствовало несоблюдение больным назначений врача, самостоятельное снятие резиновой тяги. Непосредственной причиной развития воспаления могло стать:

- а) нагноение мягких тканей, нагноение гематомы;
- б) абсцедирование лимфатического узла;
- в) нагноение костной раны;
- г) развитие хронического посттравматического остеомиелита.

3. Признаком, несущественным для диагностики флегмоны, является онемение нижней губы и кожи подбородка на пораженной стороне. Эти признаки характерны для симптома Венсана, который развивается при остром остеомиелите нижней челюсти в области моляров.

Ответ к задаче № 6

1. Флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа. Причиной развития абсцессов и флегмон данной локализации чаще всего являются очаги хронической одонтогенной инфекции в области нижней челюсти с соответствующей стороны. Повидимому, в данном случае причиной развития флегмоны послужило обострение хронического периодонтита 4.7, связанное с развитием простудного заболевания, как пускового момента. Однако свою роль мог сыграть хронический периодонтит 4.6.

2. План лечения: санация полости рта (удаление 4.7 можно попытаться лечить консервативно); затем вскрытие флегмоны; проведение общего и местного противовоспалительного, общеукрепляющего, симптоматического лечения в условиях стационара. Особенности оперативного вмешательства является то, что вскрытие флегмоны, учитывая объем воспаления, должно проводиться внеротовым доступом из поднижнечелюстной области. При этом надо вскрыть поднижнечелюстное, крыловидно-нижне-челюстное и окологлоточное пространства справа.

3. Несущественными признаками являются: гомогенное затемнение верхнечелюстной пазухи справа, болезненность и чувство тяжести в

области верхней челюсти справа, заложенность носа. Это свидетельствует о наличии хронического одонтогенного гайморита справа, развившегося на фоне хронического периодонтита 4.6. Это серьезное сопутствующее заболевание, поэтому в общем комплексе мероприятий необходимо планировать и лечение гайморита.

Ответ к задаче № 7

1. Флегмона дна полости рта. Диагноз ставится на основании локализации воспалительного инфильтрата, занимающего несколько клетчаточных пространств дна полости рта: обе поднижнечелюстные, под подбородочную области, челюстно-язычный желобок справа, область корня языка.

2. Для данного заболевания нехарактерно наличие на рентгенограмме участка уплотнения костной ткани. Это может быть связано с наличием одонтогенной или неодонтогенной костной опухоли: одонтомы или остеомы.

3. Методика оперативного вмешательства: под местным инфильтрационным обезболиванием с премедикацией или под наркозом производится разрез кожи параллельно краю нижней челюсти, отступя от него на 2,0 см. Разрез начинается в поднижнечелюстной области с одной стороны, ведется через подподбородочную область, заканчиваясь в поднижнечелюстной области с другой стороны. Рассекается кожа, подкожная клетчатка, подкожная мышца и фасция, затем по желобоватому зонду или между браншами кровоостанавливающего зажима рассекается поверхностный листок собственной фасции шеи. Далее тупым путем необходимо проникнуть в клетчаточные пространства поднижнечелюстных, подподбородочной областей, к корню языка, в оба челюстно-язычных желобков, подъязычную область. После широкого раскрытия клетчаточных пространств в каждое из них вводятся перфорированные резиновые или пластиковые трубки, фиксирующиеся йодоформным тампоном. Накладывается асептическая повязка.

Ответ к задаче № 8

1. Необходимо дополнительное проведение рентгенологического обследования для выявления причины воспалительного заболевания.

2. Абсцесс челюстно-язычного желобка справа. Более полный диагноз будет зависеть от результатов рентгенологического исследования.

3. План лечения зависит от результатов рентгенологического обследования. У больного отмечается деформация нижней челюсти за счет вздутия и при рентгенологическом обследовании может быть выявлено кистовидное образование (киста или опухоль). В этом случае помимо вскрытия абсцесса и удаления причинного зуба в дальнейшем нужно

планировать удаление новообразования.

4. Несущественные признаки: заложенность уха, увеличение миндалин, отечность слизистой оболочки небно-язычных дужек свидетельствуют о наличии ЛОР-заболеваний.

Ответ к задаче № 9

1. Диагноз: абсцесс корня языка. Развитие абсцесса может быть связано с тем, что операция удаления кисты корня языка проведена нерадикально – оставлен участок оболочки. Вследствие этого мог возникнуть рецидив кисты корня языка и ее нагноение и формирование абсцесса.

2. Вскрытие абсцесса корня языка внеротовым доступом, госпитализация для проведения местного и общего консервативного лечения. В дальнейшем за больным устанавливается динамическое наблюдение. В случае образования кисты или свищевого хода в области корня языка необходимо проведение в плановом порядке радикального вмешательства.

3. Несущественными признаками являются симптомы выпадения чувствительности языка, свидетельствующие о наличии неврита язычного нерва. Это может быть связано с его травмой при первой операции.

Ответ к задаче № 10

1. Диагноз поставлен на основании наличия резко болезненного воспалительного инфильтрата в передней трети языка справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. Определяется симптом флюктуации. Абсцедирование произошло в результате нагноения гематомы, полученной и инфицированной во время травмы (прикусывание языка).

2. Под местной инфильтрационной или подъязычной анестезией справа производится разрез слизистой оболочки языка в продольном направлении на боковой поверхности ближе к спинке, во избежание повреждения язычной артерии, вены и нерва. Разрез проводится на всю длину инфильтрата. Далее тупым путем проникают в полость абсцесса, эвакуируют гнойное отделяемое, делают ревизию и вводят резиновые выпускники.

3. Несущественным признаком для данного заболевания является наличие деформации нижней челюсти за счет вздутия. Это может свидетельствовать о наличии внутрикостной патологии (киста, доброкачественная опухоль и др.). Необходимо проведение дополнительных методов обследования, прежде всего рентгенологического. После постановки предварительного диагноза следует планировать лечение.

Иллюстративный материал

Фотоматериал для иллюстраций подготовлен авторами, а также использованы рисунки из следующих источников:

1. Бажанов Н.Н. Стоматология: учебник / Н.Н. Бажанов. – М.: Медицина, 1970. – 400 с.
2. Золотко Ю.Л. Атлас топографической анатомии человека / Ю.Л. Золотко – В 3 частях, ч.1 – М.: «Медицина», 1964. – 214 с.
3. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека: учебное пособие / Р.Д. Синельников, Я.Р. Синельников. – 2-е изд., стереотипное. – В 4 томах. Т. 1. – М.: Медицина, 1996. – 344 с.
4. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека: учебное пособие / Р.Д. Синельников, Я.Р. Синельников. – 2-е изд., стереотипное. – В 4 томах. Т. 2. – М.: Медцина, 1996. – 264 с.
5. Соловьев М.М. Абсцессы, флегмоны головы и шеи /М.М. Соловьев, О.П. Большаков. – М.:МЕДпресс, 2001. – 230 с.

Рекомендуемая литература

Основная

1. Козлов В.А. Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология: учебное пособие / В.А. Козлов – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 544 с.
2. Медведев Ю.А. Стоматология: учебник / Ю.А. Медведев. – М.: Медицинское информационное агентство, 2016. – 432 с.
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова. – Медицина, 2014. – 688 с.
4. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / Т.Г. Робустова. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015 – 928 с.
5. Соловьев М.М. Гнойно-воспалительные заболевания головы и шеи (этиология, патогенез, клиника, лечение) / М.М. Соловьев, О.П. Большаков, Д.В. Галецкий. – 1-е изд. перераб. и доп. – М.: МЕД пресс – информ, 2012. – 192 с.

Дополнительная

1. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология: учебник / В.В. Афанасьев. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2016 – 400 с.
2. Грицук С.Ф. Анестезия и интенсивная терапия в стоматологии / С.Ф. Грицук. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 240 с.
3. Кабанова А.А. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология / А.А. Кабанова. – Мед. литература, 2015 – 160 с.
4. Козлов В.А. Воспалительные заболевания и повреждения челюстно-лицевая хирургия / В.А. Козлов. – СПб.: СпецЛит, 2014. – 415 с.
5. Семёнов Г.М. Топографическая анатомия и оперативная хирургия для стоматологов: учебное пособие / Г.М. Семёнов, В.А. Лебедев. – СПб, 2012. – 304 с.
6. Фищев С.Б. Воспалительные заболевания, травмы и опухоли челюстно-лицевой области у детей / С.Б. Фищев. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 55 с.
7. Робустова Т.Г. Одонтогенные воспалительные заболевания / Т.Г. Робустова. – М.: «Медицина», 2006. – 664 с.
8. Лойт А.А. Хирургическая анатомия головы и шеи / А.А. Лойт – М.: МЕД пресс-информ, 2009. – 192 с.

Учебное издание

И.Д. Тазин, Д.И. Тазин

Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области

Учебное пособие

Редактор Е.М. Харитонова
Технический редактор И.Г. Забоенкова
Обложка И.Г. Забоенкова

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. 8(3822) 51-41-53
E-mail: otd.redaktor@ssmu.ru

Подписано в печать 24.08. 2017 г.
Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.
Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ. л. 6. Авт. л. 4,4
Тираж 50 экз. Заказ №

Отпечатано в Издательстве СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru