

Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области

Выполнила:
студентка 4 курса ЛФ
Монгуш Сайлык



Абсцесс – ограниченное гнойное воспаление с расплавлением ткани и образованием полости, заполненной гноем.

Флегмона – разлитое гнойное воспаление.

Причины абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области

- * одонтогенные очаги: острая и обострившаяся периодонтит, острый периостит, пародонтит, перикоронарит, нагноившаяся радикулярная или фолликулярная киста, воспаление лунки после удаления зуба);
- * гнойное воспаление лимфатических узлов – гнойные лимфадениты;

- * воспалительные заболевания слюнных желез – сиалоадениты, слюнокаменная болезнь;
- * послеинъекционные абсцессы и флегмоны;
- * переломы нижней челюсти, осложнённые нагноением костной раны, острым травматическим остеомиелитом или нагноением гематомы.

Классификация абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области

I. Абсцессы и флегмоны около верхней челюсти:

- подглазничной области (собачьей ямки);
- скуловой области;
- орбитальной области (верхний и нижний веки);
- височной ямки;
- подвисочной и крыло-небной ямок;
- твердого и мягкого неба.

II. Абсцессы и флегмоны около нижней челюсти:

- подбородочной и подподбородочной областей;
- щечной области;
- подчелюстного треугольника;
- крыловидно-челюстного пространства;
- окологлоточного пространства;
- подмассетриального пространства;
- зачелюстной ямки.

III. Абсцессы и флегмоны дна полости рта:

- абсцессы и флегмоны верхнего отдела дна полости рта;
- абсцессы челюстно-язычного желобка;
- абсцессы и флегмоны нижнего отдела дна полости рта;

IV. Абсцессы и флегмоны языка:

- абсцессы собственно языка;
- флегмоны корня языка.

V. Абсцессы и флегмоны шеи:

- поверхностные;
- глубокие;
- клетчаточного пространства сосудисто-нервного пучка;
- клетчаточного пространства вокруг трахеи и пищевода;
- предпозвоночного клетчаточного пространства.

В зависимости от преобладания явлений воспалительного процесса

С преобладанием явлений экссудации:

- серозные;
- гнойные.

С преобладанием явлений альтерации – гнилостно-некротические флегмоны.

Флегмоны:

- поверхностные;
- глубокие.

При поверхностном расположении флегмоны

- * выраженная асимметрия лица;
- * гиперемия кожи без четких границ;
- * отечность кожи подкожной клетчатки;
- * кожа лоснится, трудно собирается в складку;
- * сглаженность естественных складок и углублений;
- * умеренная боль;
- * лимфатические узлы увеличены и резко болезненны.

При глубоком расположении флегмоны

- * асимметрия лица незначительная, изменения кожи малозаметны или их нет;
- * обращает на себя внимание плотные болезненные инфильтраты;
- * общая интоксикация организма.

Клиническая картина

Жалобы: на появление болезненной припухлости в той или иной области, боли (чаще пульсирующие), повышение температуры тела и озноб, слабость, недомогание, головная боль.

При обследовании больного определяется асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей пораженной области. Вначале инфильтрат плотный, болезненный при пальпации, кожа над ним напряжена в складку не берется, лоснится, гиперемирована, горячая на ощупь. Позже в центре происходит размягчение, определяется флюктуация.



В общем анализе крови:

- лейкоцитоз;
- ускоренное СОЭ до 30-40 мм/ч;
- сдвиг лейкоцитарной формулы влево;
- уменьшение или исчезновение эозинофилов.

Флегмона подглазничной области

- * Границы области: сверху - нижний край глазницы, снизу - альвеолярный отросток, верхней челюсти, внутренняя – боковая граница носа, наружная -скулочелюстной шов.
- * Источниками инфицирования прослоек межмышечной клетчатки, заполняющих эту область мимических мышц, являются обычно воспалительные процессы, происходящие в периапикальных тканях клыков, боковых резцов и премоляров. По мере развития флегмоны появляется разлитая инфильтрация мягких тканей передней поверхности верхней челюсти. Отек распространяется на верхнюю губу, на нижнее веко и ткани прилежащих областей. Кожа в зоне инфильтрации напряжена, лоснится, гиперемирована. Больные отмечают сильную боль. Сравнительно часто течение заболевания осложняется тромбофлебитом угловой вены. Оперативный доступ – со стороны полости рта по верхней переходной складке. Прогноз при своевременном лечении больного обычно благоприятный, при развитии тромбофлебита оценивается как очень серьезный.

Флегмона поднижнечелюстной области

- * Поднижнечелюстная область ограничено: латерально-внутренней поверхностью тела нижней челюсти, медиально-передним и задним брюшком двубрюшной мышцы, сверху – глубоким листком собственной фасции шеи, которая покрывает челюстно-подъязычную мышцу и подъязычно-язычную мышцу; снизу – поверхностный листок собственной фасции шеи, прикрепляющийся к телу нижней челюсти. Поднижнечелюстное пространство выполнено поднижнечелюстной слюнной железой и рыхлой клетчаткой, среди которой расположены лимфатические узлы. Здесь проходят лицевая артерия и нервы. Поднижнечелюстное пространство имеет сообщение с другими клеточными пространствами: с подъязычной – по ходу поднижнечелюстного пространства, с крыловидно-челюстным и передним отделом окологлоточного пространства. Флегмона поднижнечелюстного пространства наиболее часто встречается среди всех других околочелюстных флегмон.

- * Причиной ее возникновения является обычное воспаление периапикальных тканей. Вторичное поражение наблюдается при распространении воспалительного процесса из подъязычной и подбородочной областей, позадичелюстной ямки, крылочелюстного и окологлоточного пространств, поднижнечелюстной железы. Часто наблюдается проникновение инфекции по лимфатическим путям. Флегмона поднижнечелюстного пространства поверхностная. Инфильтрат ограничен мягкотканными образованиями: шейной фасцией, тонкой подкожной мышцей, слоем подкожной жировой клетчатки и кожи. Поэтому признак воспалительного инфильтрата резко выражен: конфигурация лица больного всегда изменена, определяется значительная асимметрия лица. Рот больной открывает свободно, или несколько ограниченно. Боль при глотании. Воспалительная реакция со стороны слизистой оболочки дна полости рта почти не определяется, в некоторых случаях на стороне поражения можно обнаружить отек и гиперемию слизистой оболочки подъязычной области. Гнойно-воспалительные процессы данной локализации могут осложняться передним медиастинитом.
- * Оперативный доступ – наружный в поднижнечелюстной области, отступя на 2 см от нижнечелюстного края. Длина разреза – 6-7 см. Послойно рассекают кожу, подкожную клетчатку, платизму и поверхностную фасцию шеи. В ходе оперативного вмешательства обнаруживают, перевязывают и пересекают лицевую артерию и вену. Проводят пальцевую ревизию гнойника, объединяя при этом затеки и отростки в одну общую полость. Дренажирование гнойного очага проводят активным сдвоенным трубчатым перфорированным дренажом.

Флегмона дна полости рта

Дно полости рта следует разделять на два этажа, границами верхнего этажа являются: сверху – слизистая оболочка дна полости рта; снизу – челюстно-подъязычная мышца; спереди и снаружи – внутренняя поверхность нижней челюсти; сзади – основание языка. Границами нижнего этажа являются: сверху – челюстно-подъязычная мышца; передне-наружная – внутренняя поверхность нижней челюсти; сзади – мышцы, прикрепляющиеся к шиловидному отростку и заднее брюшко двубрюшной мышцы; снизу – кожа поднижнечелюстной и подбородочной областей. Между мышцами, составляющими дно рта, имеется ряд межмышечных клетчаточных пространств подбородочной и два поднижнечелюстных треугольника. Эти межмышечные и межфасциальные пространства не являются замкнутыми. Развивающиеся здесь гнойные процессы могут свободно распространяться, в частности, в окологлоточное пространство. Очаги инфицирования могут располагаться в области зубов нижней челюсти, а также на слизистой оболочке дна полости рта. Инфекция может распространяться по протяжении из рядом расположенных клетчаточных пространств. Причиной могут быть также воспалительные процессы в лимфатических узлах, развивающиеся при ангинах и тонзиллитах.

* . Клиническое течение флегмон дна полости рта тяжелое. Больной предъявляет жалобы на боль при глотании, разговоре, движении языком. Из-за механического сдавливания гортани отеком окружающих мягких тканей или при отеке надгортанника возникает затрудненное дыхание. Заболевание протекает с выраженными явлениями интоксикации и сопровождается высокой температурой тела. Положение больного вынужденное – он сидит, наклонив голову вперед. Вид страдальческий. Речь невнятная, голос хриплый. За счет припухлости мягких тканей подподбородочной и поднижнечелюстной области возникает удлинение лица. При вовлечении в воспалительный процесс подкожной клетчатки кожа становится гиперемированной, отечной, напряженной, лоснится, в складку не берется. Пальпаторно определяется плотный инфильтрат, резко болезненный. Может наблюдаться флюктуация. Рот больного полуоткрыт, из него исходит неприятный запах. Язык сухой, покрыт налетом грязно-серого цвета, движения его ограничены, на боковых поверхностях – отпечатки зубов. Язык выступает из полости рта. Слизистая оболочка дна полости рта гиперемирована, отечна. Отмечается резкий отек тканей подъязычной области.

Лечение

- * **Лечение** больных с флегмонами челюстно-лицевой локализации в острой фазе заболевания включает мероприятия, направленные на снижение вирулентности инфекционного начала и интоксикации, нормализацию иммунологической реактивности организма, поддержание функций жизненно важных органов и систем, а в подострой фазе — на активизацию репаративных процессов и скорейшее восстановление функций зубочелюстной системы.

Снижение вирулентности инфекционного начала достигается эвакуацией гноя из инфекционно-воспалительного очага, применением антибактериальных препаратов, специфических антитоксических сывороток.

- * **Принцип «ubi pus, ibi evasuo» реализуется:**

- * 1) вскрытием гнойно-воспалительного очага в околочелюстных мягких тканях путем послойного рассечения и расслоения их;
- * 2) дренированием операционной раны с целью создания условий для эвакуации гнойного экссудата, содержащего возбудителей заболевания, продукты их жизнедеятельности и распада тканей, которые могут выступать в роли факторов повреждения;
- * 3) у больных с одонтогенными флегмонами устранением первичного очага инфекции в пародонте — причинного зуба путем удаления его либо дренирования через канал корня.

- * **При выборе оперативного доступа предпочтение следует отдавать тому, при использовании которого:**
- * 1) путь к гнойному очагу (толщина слоя рассекаемых и расслаиваемых тканей) является наиболее коротким;
- * 2) повреждение органов и важных в функциональном отношении структур (сосуды, нервы) при рассечении тканей наименее вероятно;
- * 3) послеоперационный рубец на коже лица, шеи отсутствует или он малозаметен;
- * 4) обеспечиваются наилучшие условия для оттока гнойного экссудата.

При вскрытии флегмоны кожу, слизистую оболочку, фасциальные образования над гнойным очагом рассекают; мышцы отсекают от места прикрепления к кости (височная, медиальная, крыловидная, жевательная мышцы) или расслаивают мышечные волокна (височная, челюстно-подъязычная, щечная мышцы) с помощью кровоостанавливающего зажима.

- * Исключение составляют подкожная мышца шеи и челюстно-подъязычная мышца, волокна которых пересекают в поперечном направлении, что обеспечивает зияние раны и создает хорошие условия для оттока гнойного экссудата. Расположенную на пути к гнойному очагу рыхлую клетчатку во избежание повреждения находящихся в ней сосудов, нервов, выводного протока слюнных желез расслаивают и раздвигают кровоостанавливающим зажимом.

После вскрытия флегмоны струей изотонического раствора натрия хлорида или раствора антисептика с помощью шприца эвакуируют (вымывают) гнойный экссудат. Операционную рану дренируют:

- * 1) марлевыми турундами, ленточными дренажами из перчаточной резины или полиэтиленовой пленки, поверх которых накладывают стерильную ватно-марлевую повязку с гипертоническим раствором натрия хлорида, обеспечивающим осмотическое дренирование раны;
- * 2) углеродными адсорбентами в виде гранул, ваты, плетеных изделий из углеродного волокна;
- * 3) диализом операционной раны через трубчатый дренаж из эластичной пластмассы с оттоком инстиллируемой жидкости в емкость-приемник самотеком или путем вакуумного отсасывания;
- * 4) прерывистой или постоянной аспирацией экссудата из раны с помощью электроотсоса или других устройств, обеспечивающих создание постоянного вакуума в системе рана — дренаж.

- 
- * При гнилостно-некротических флегмонах с целью снижения интоксикации организма больного продуктами аутолиза тканей, удаления субстрата, на котором развивается патогенная микрофлора, а также создания условий для быстреего заживления операционной раны и ликвидации остаточных явлений инфекционно-воспалительного процесса производят некрэктомию — иссечение нежизнеспособных тканей. Критерием их нежизнеспособности служат изменение цвета от серого до черного; отсутствие кровоточивости при рассечении. С той же целью (для ускорения очищения раны от некротических тканей) рекомендуется местно применять протеолитические ферменты в растворе или иммобилизованные на коллагене, полисахаридах (в сочетании с антибиотиками, антисептиками), а также воздействие на рану ультразвуком, электромагнитным полем УВЧ, СВЧ, излучением низкоэнергетического гелий-неонового лазера.

Появление в ране грануляционной ткани свидетельствует о наступлении второй стадии раневого процесса — стадии дегидратации, когда целесообразно использовать повязки (тампоны) с различными мазями, предупреждающими повреждение грануляционной ткани во время смены повязки, положительно влияющими на течение репаративного процесса. Физиотерапия ускоряет ликвидацию остаточных явлений воспаления, снижает вероятность рецидива инфекционно-воспалительного процесса и возникновения такого осложнения, как актиномикоз. Для сокращения продолжительности реабилитационного периода и формирования более нежного рубца после очищения раны от нежизнеспособных тканей ее края могут быть сближены путем наложения так называемого вторичного шва.

- * Антибактериальную терапию на первом этапе лечения осуществляют с учетом обобщенных данных изучения чувствительности возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний к антибиотикам, согласно которым к препаратам выбора первого ряда относят ампициллин, пенициллин, ванкомицин, амоксициллин, эритромицин, бисептол. На следующем этапе антибактериальную терапию планируют с учетом результата бактериологического исследования с целью определения вида возбудителя заболевания и его чувствительности к антибактериальным препаратам. Если лабораторная база не позволяет исследовать анаэробную микрофлору, то при назначении антибактериальной терапии больным с гнилостно-некротическими флегмонами следует ориентироваться на сводные данные В.В. Теца об антибактериальных препаратах, наиболее эффективных при анаэробной инфекции,— метронидазоле и его производных (нитазол, тинидазол), левомицетине, пенициллине, ампициллине, цефокситине, тетрациклине и клиндамицине. При тяжелом течении заболевания антибиотики применяют в ударных дозах и только парентерально. Антибиотики пенициллинового ряда целесообразно назначать вместе с аминогликозидами (стрептомицин, гентамицин, канамицин, неомицин) или сульфаниламидами, которые, ингибируя пенициллиназу — фермент, разрушающий пенициллин, повышают эффективность антибактериальной терапии.
- * Нормализация иммунологической реактивности при гиперергическом варианте реакции организма на инфекционно-воспалительный очаг достигается проведением гипосенсибилизирующей терапии. С этой целью назначают анальгетики-антипиретики (антипирин, амидопирин, анальгин, фенацетин, парацетамол), салицилаты (ацетилсалициловая кислота), производные фенилпропио-новой, фенилуксусной кислот (ибупрофен, индометацин), антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил).

Спасибо за внимание!!! 😊