Карагандинский Государственный Медицинский Университет
Кафедра стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии

Лекция на тему: «Абсцессы и флегмоны языка, дна полости рта и шеи. Гнилостно-некротические флегмоны челюстно-лицевой области (ангина Жансуля - Людвига) Принципы диагностики и лечения».

Лектор: доцент Закишева С.М.
Дисциплина «Пропедевтика хирургической стоматологии»
Специальность 051302 «Стоматология»
Курс: 4
Время (продолжительность) 1 часа

Караганда 2016

Цель:

- Ознакомить с этиологией, патогенезом, диагосностикой, дифференциальной диагностикой и лечением абсцессов и флегмон языка, дна полости рта и шеи.

План

- Актуальность
- Определение, этиология.
- Классификация, клиника
- Диагностика, диф.диагностика
- Лечение
- Обратная связь
- Литература

Актуальность

- Частота развития абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области головы обусловлена высокой распространенностью хронической очаговой одонтогенной и тонзиллогенной инфекции, а также инфекционно-воспалительных поражений кожи и слизистой оболочки полости рта. На основании данных о локализации инфекционно-воспалительного процесса в различных анатомических отделах, зонах, областях, а также пространствах головы и шеи строится их систематизация.
  Из описания топографо-анатомического строения областей лица, околочелюстных и прилегающих к ним областей шеи можно видеть всю сложность их анатомии. Здесь находятся многие клетчаточные пространства, многочисленные лимфатические узлы и сосуды, рассеянные по всем областях» лица, обильная сеть артерий и вен с богатой иннервацией этих областей.
-

Абсцесс – это ограниченное воспаление клетчатки с образованием полости.

Флегмона – это разлитое гнойное воспаление подкожной, межмышечной или межфасциальной жировой клетчатки, нередко распространяющееся на два, три и более анатомические пространства

Этиология

Возбудителем абсцессов и флегмон может явиться любая микрофлора, вегетирующая в полости рта: стафилококки, стрептококки, диплококки, Грамм (+) и Грамм (-)палочки и т.д. В последнее время ведущая роль в развитии флегмон отводится анаэробной инфекции (облигатные и факультативные анаэробы). Среди них чаще встречаются бактероиды (неспорогенные бактерии, пептострептококки), реже клостридии. Все чаще возбудителями абсцессов и флегмон становится условно-патогенная флора. Нередко отмечается ассоциативное участие аэробов и анаэробов.

Воротами для проникновения инфекции могут служить:

1. Периапикальные очаги инфекции при хроническом, реже – остром периодонтите.
2. Воспалительные очаги инфекции при затрудненном прорезывании 3.8, 4.8 зубов.
3. Нагноившиеся кисты челюстей
4. Альвеолит.
5. Обострение болезней пародонта.
6. Инфицированные раны мягких тканей лица и полости рта.
7. Фурункулы, карбункулы лица.
8. Тонзиллит.
9. Инфицированная рана при переломе челюсти.
10. Острые сиаладениты.
11. Другими источниками инфекции могут быть слизистая оболочка носа и верхнечелюстной синус.

Фазы общей гнойной инфекции

В зависимости от анатомо-топографической локализации одонтогенные абсцессы и флегмоны делят на четыре группы:

1. Абсцессы и флегмоны тканей, прилежащих к верхней челюсти:

А). Поверхностные – подглазничная, щечная скуловая области;

Б). Глубокие – подвисочная и крыловидно-небная ямки;

височная область и область глазницы.

2. Абсцессы и флегмоны, прилежащие к нижней челюсти:

А). Поверхностные – поднижнечелюстной, подподбородочный треугольники;

Б). Глубокие – крыловидно-нижнечелюстное, окологлоточное, подъязычное пространства;

позадичелюстная область, клетчаточные пространства шеи.

3. Абсцессы и флегмоны языка.

4. Распространенные флегмоны лица и шеи.

Развитие абсцессов и флегмон лица и шеи зависит от многих факторов:

1. Вирулентность и характер инфекции.
2. Антибиотикоустойчивость микрофлоры.
3. Неспецифическая антимикробная резистентность.
4. Резистентность тканей челюстно-лицевой области.
5. Возрастные особенности макроорганизма.

Микробы, проникшие в ткани, скапливаются вблизи сосудов и вокруг них, развивается воспалительная реакция тканей. Различают следующие стадии:

1. Отек;
2. Инфильтрация;
3. Гнойное расплавление тканей;
4. Некроз;
5. Ограничение очага с образованием грануляционного вала или дальнейшего распространения гнойного воспалительного процесса по протяжению, а также через систему сосудов венозного и артериального типа.

Дифференциальная диагностика отека и инфильтрата

отек	инфильтрат
Не имеет границ Кожа в цвете не изменена Кожа легко собирается в складку При пальпации безболезненный, мягкий Флюктуации нет	Имеет границы Кожа гиперемирована, напряжена, лоснится Кожа в складку не собирается При пальпации болез-ненный, плотный или с очагами размягчения Флюктуация глубокая или поверхностная

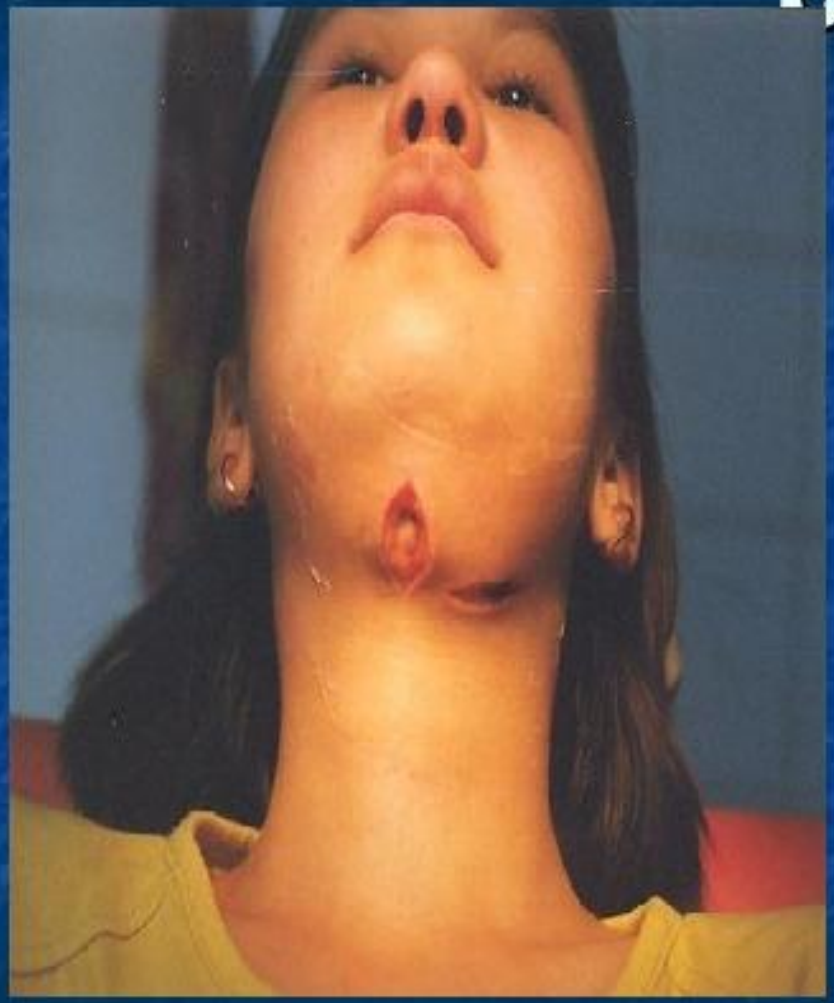
Клиника

Наиболее характерным для флегмоны одонтогенного происхождения является появление, а затем некоторое стихание болей в причинном зубе, появление припухлости в области очага поражения. В зависимости от глубины очага припухлость, возникающие вслед за ней гиперемия и напряжение кожи могут быть резко выражены (флегмона щечной области) или практически не выявляться (флегмона поджевательного пространства). Локализация и границы распространения флегмоны также определяют степень открывания рта, нарушение жевания, глотания, речи. При флегмоне корня языка, дна полости рта может нарушаться дыхание. Продолжительность развития флегмоны и время обращения за помощью составляют от 1-3 до 7-10 сут от момента заболевания. Наиболее характерными признаками при обследовании больного с флегмоной являются повышение температуры тела и области поражения.

Местно отмечается наличие плотного или с признаками размягчения инфильтрата, резко болезненного при пальпации, часто без четких границ. Определяется той или иной степени выраженность контрактуры жевательных мышц. В полости рта, в отличие от ярких изменений слизистой оболочки, зубодесневого края при остром остеомиелите, отмечается незначительная гиперемия и сглаженность переходной складки, кроме случаев отдельных локализаций флегмоны (крыло-челюстное пространство, окологлоточное, ретромолярное).

Эти проявления носят общий характер и, вместе с интенсивностью общей интоксикации, могут варьировать в достаточно широких пределах. Тем же закономерностям подчиняются и лабораторно-биохимические, иммунологические показатели

Флегмона дна полости рта



Гнилостно-некротическая флегмона шеи

Больная Т., 26 лет. Д-з: Хронический лимфаденит сонного треугольника шеи справа

Больная П., 25 лет. Д-з: Острый гнойный лимфаденит околоушно-жевательной области слева

Аденофлегмона

- Лечение больных с аденофлегмонами основывается на принципах неотложной помощи. Хирургические вмешательства целесообразно проводить под общим обезболиванием
- Если источником инфекции является разрушенный зуб, показано или его удаление, или вскрытие полости зуба
- Затем производят кожный разрез и, при необходимости, рассекают жировую ткань. В большинстве случаев достаточно рассечения кожи с последующим раздвиганием мягких тканей браншами кровоостанавливающего зажима

Больной Д., 45 лет. Д-з: Аденофлегмона подподбородочной области

Дренирование гнойного очага.

- После вскрытия абсцесса и флегмоны струей раствора антисептика (натрия гипохлорита), вводимого в рану под давлением с помощью шприца, эвакуируют (вымывают) гнойный экссудат. Затем в рану вводят дренаж.

  В клинической практике у больных с абсцессами и флегмонами лица чаще всего применяют дренирования гнойной раны:
  - с помощью ленточных дренажей из перчаточной резины;
  - с помощью углеродных адсорбентов, вводимых в рану в виде гранул. ваты, плетеных изделий из углеродного волокна;
  - путем диализа раны;
  - прерывистой или постоянной аспирацией экссудатов из раны с помощью электроотсоса, обеспечивающих создание постоянного вакуума в системе рана - дренаж.

  При гнилостно-некротических флегмонах с целью снижения интоксикации организма производят некрэктомию - иссечение нежизнеспособных тканей. Для ускорения очищения раны от некротических тканей целесообразно местное применение левомиколя, натрия гипохлорита, а также воздействие на рану ультразвуком, магнитным полем, низкоэнергетического гелий неонового лазера.

  Дренирование гнойной раны путем диализа, вакуумного отсасывания экссудата, применение натрия гипохлорита и др. показаны в первой стадии раневого процесса - в стадии гидратации и очищения раны. Появление в ране грануляционной ткани свидетельствует о наступлении второй стадии раневого процесса - стадии дегидратации. На этом этапе раневого процесса целесообразно использовать повязки (тампоны) с различными мазями, предупреждающими повреждение грануляционной ткани во время смены повязки, оказывающими положительное влияние на течение репаративного процесса. 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.

Лечение абсцессов и флегмон ЧЛО комплексное. Оно должно проводиться с учетом локализации и распространенности процесса, длительности заболевания, характера и чувствительности микрофлоры, состояния реактивности организма, возраста больного

1. Хирургический метод лечения – основной:

1). дать отток гнойному экссудату;

2). удалить зуб - одонтогенный источник инфекции.

2. Консервативная патогенетическая терапия должна включать в себя:

1). борьбу с инфекцией;

2). повышение иммунобиологических свойств, общеукрепляющее воздействие на организм;

3). Коррекция функций органов и систем.

Вскрытие гнойного очага.

- Инцизионно-дренажный способ лечения флегмон и абсцессов мягких тканей достаточно широко распространен до настоящего времени. Он предусматривает вскрытие гнойного очага и открытое ведение раны в послеоперационном периоде. Инцизионно-дренажный способ является классическим, в целом он определяет тактику в лечении острых гнойных заболеваний мягких тканей и гнойных ран.

  Вскрытие гнойного очага осуществляется наружным доступом со стороны кожных покровов, либо внутриротовым доступом со стороны слизистой оболочки.

  При выборе оперативного доступа необходимо соблюдать следующие требования:
  1. Кратчайший путь к гнойному очагу.
  2. Наименьшая вероятность повреждения органов и образований при рассечении тканей на пути к гнойному очагу.
  3. Полноценное дренирование гнойного очага.
  4. Получение оптимального косметического эффекта со стороны послеоперационной раны.

  При операции вскрытия абсцесса (флегмоны) кожу, слизистую оболочку, фасциальные образования над гнойным очагом рассекают; мышцы отсекают, отслаивают от места прикрепления к кости височной, медиальной крыловидной и жевательной мышц (m. temporalis, т. pterygoideus mcdialis, т. masseter) или с помощью кровоостанавливающего зажима раздвигают мышечные волокна височной, челюстно-подъязычной и щечной мышц (m. temporalis, т. mylohyoideus, т. buccalis). Исключение составляет подкожная мышца шеи (m. platysma) и нередко 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 потока слюнных желез, расслаивают и раздвигают кровоостанавливающим зажимом.

Требования к оперативному доступу при вскрытии абсцессов и флегмон:

1. Разрез должен быть достаточным для надежного доступа и ревизии раны, обеспечивать полный отток раневого содержимого. В то же время разрез должен быть по возможности щадящим из косметических соображений.
2. Разрез должен быть произведен по нижнему полюсу инфильтрата, чтобы не было карманов.
3. Длина разреза должна быть одинакова по всей глубине, недопустимы воронкообразные разрезы. Скальпелем рассекаются только кожа и подкожная клетчатка, глубжележащие ткани раздвигаются тупым путем, но на одинаковую длину.
4. Если это флегмона одонтогенная, то обязательно инструментом надо дойти до кости , только «получить» гной – недостаточно.

Различают два способа вскрытия флегмон челюстно-лицевой области: внеротовои и внутриротовой.

- Внеротовой способ используется в тех случаях, когда операция со стороны полости рта не обеспечивает полноценного дренирования клетчаточного пространства или невозможна из-за сопутствующего тризма жевательной мускулатуры.

- Внутриротовой способ используется редко.
  Правила проведения типичных разрезов на лице.
  1. Вначале рассекают кожу или слизистую оболочку, а затем фасциальные образования над гнойным очагом.
  2. Отсекают мышцы от места прикрепления, за исключением подкожной мышцы шеи и челюстно-подъязычной мышцы, волокна которых пересекают в поперечном направлении, что обеспечивает получение эффекта зияния раны и создает хорошие условия для оттока гнойного содержимого.
  3. Тупое продвижение к гнойному очагу (пальцевое или инструментальное).

Обратная связь

- Пациентка К. 30 лет поступила в челюстно – лицевое отделение в тяжелом состоянии с жалобами на высокую температуру тела, головную боль и боль в глубине глазницы, понижение зрения. Хемоз, экзофтальм, диплопия.

- Диагноз, пути распространения инфекции???

- Диагноз: Флегмона глазницы
- Пути распространения: 1) Верхнечелюстная пазуха

  2)Крылонебная ямка

Литература

- Робустова Т.Г.,"Хирургическая стоматология " Москва , 2000г.
- Безруков В.М., Робустова Т.Г. – Руководства по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Москва: «Медицина», 2000, том 1.
- Бернадский Ю.Ю., "Основы хирургической стоматологии" Киев , 1984г.
- Дунаевский В.А., "Хирургическая стоматология" Ленинград , 1981г.
- Муковозов И.И., «Дифференциальное диагностика воспалительных заболеваний ЧЛО», Ленинград, 1982г.
- Кузин М.И., Костюченок А., «Рана и раневая инфекция», Москва, 1986г.