



Карагандинский Государственный Медицинский Университет

Кафедра стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии

**Лекция на тему: «Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой
области. Принципы диагностики и лечения.»**

Лектор: доцент Закишева С.М.

Дисциплина «Пропедевтика хирургической стоматологии»

Специальность 051302 «Стоматология»

Курс: 4

Время (продолжительность) 1 часа

2016 год

Цель:

- ❖ Ознакомиться с общими особенностями течения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области
- ❖ Выработать алгоритм диагностических и лечебных мероприятий

План:

- ❖ Актуальность
- ❖ Введение
- ❖ Классификация абсцессов и флегмон ЧЛО
- ❖ Этиология и патогенез воспалительных процессов челюстно-лицевой области
- ❖ Анатомо-топографические особенности челюстно-лицевой области
- ❖ Обследование больного с одонтогенными заболеваниями челюстно-лицевой области
- ❖ Оценка тяжести состояния больного и прогноз заболевания
- ❖ Общие принципы лечения больных с одонтогенными абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области
- ❖ Обратная связь
- ❖ Список использованной литературы

Актуальность:

- ❖ вопросы одонтогенной инфекции остаются наиболее актуальными для клиники, как в теоретическом, так и в практическом отношении.
- ❖ Данные заболевания не следует рассматривать как чисто хирургическую проблему,
- ❖ частота воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в значительной мере зависит от эффективности лечения кариеса зубов и его осложнений, заболеваний тканей пародонта.

Введение

Воспалительный инфильтрат

- ❖ Диффузное острое воспаление кожи, подкожной клетчатки, характеризующиеся их уплотнением, без некроза и нагноения. По существу – серозное воспаление клетчатки.

Абсцесс

- ❖ Ограниченный очаг гнойного воспаления, приводящий к расплавлению участка клетчатки или другой ткани с образованием полости.











12.07.2006

Флегмона

- Флегмона - острое разлитое гнойное воспаление подкожной жировой клетчатки, не склонное к отграничению. Флегмоны, развившиеся вследствие перехода гнойного воспаления с лимфатических узлов, называются аденофлегмонами. Флегмоны склонны к распространению по клетчаточным пространствам, сосудистому ложу, фасциальным футлярам.
- Развитие флегмоны начинается с серозной инфильтрации подкожной жировой клетчатки. Экссудат быстро приобретает гнойный характер, образуются участки некрозов, которые затем сливаются. Некроз и расплавление клетчатки приводят к абсцедированию флегмоны.
- Признаки флегмон являются общими с симптомами гнойно-воспалительных процессов (повышение температуры тела, слабость, недомогание, головная боль). Они и определяют жалобы больных, которые отмечают также боли и припухлость в месте развития воспаления, болезненность при движении, перемене положения тела.
- Местные проявления подкожной флегмоны характеризуются классическими признаками воспаления. Припухлость, как правило, нарастает, кожа над ней красная и лоснится, а затем постепенно бледнеет и становится нормальной окраски. При пальпации определяется болезненное уплотнение без четких границ, неподвижное, горячее на ощупь.

Поверхностная флегмона

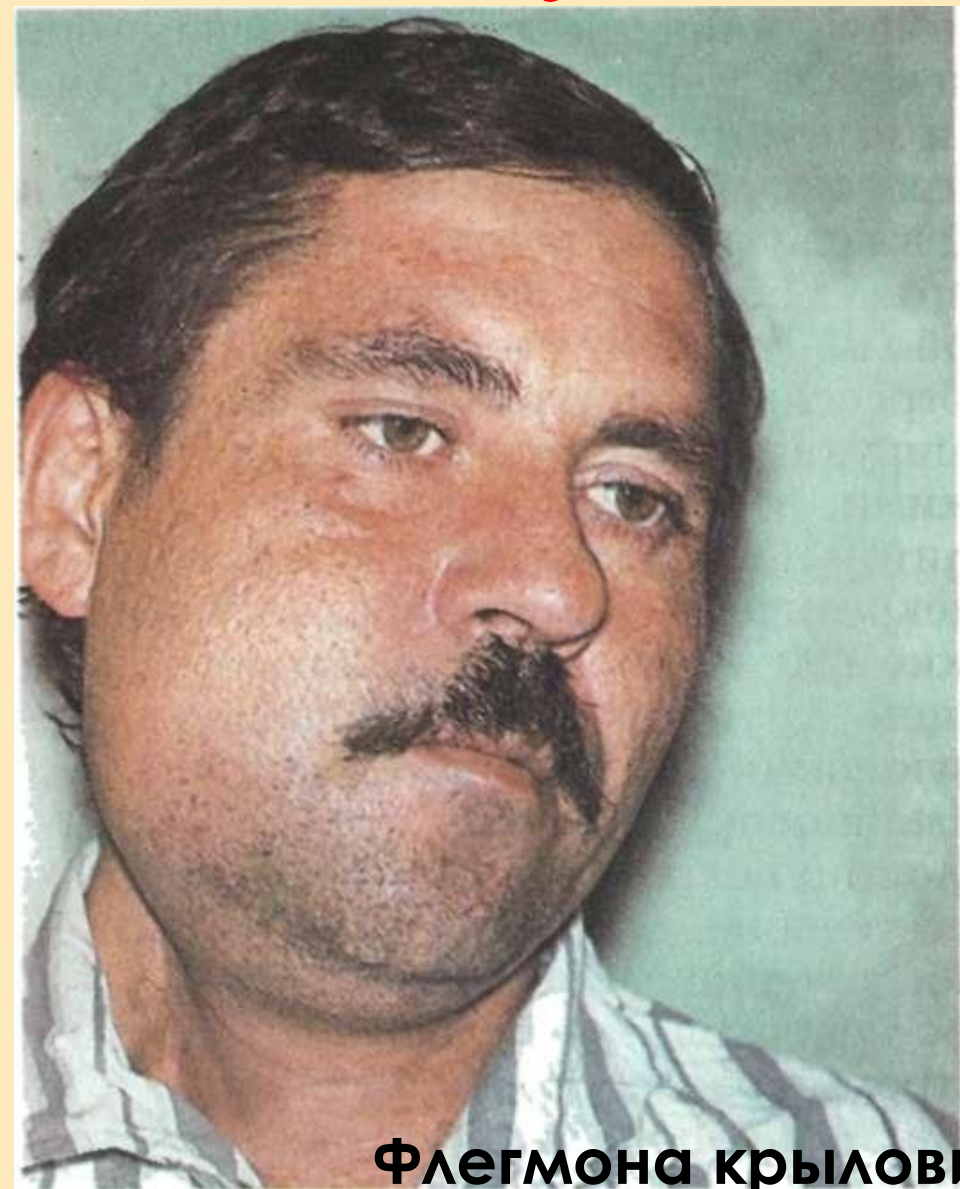


- Для поверхностной флегмоны характерен диффузный болезненный инфильтрат, покрытый гиперемированной кожей или слизистой оболочкой.
- По мере развития воспалительного процесса инфильтрат увеличивается, в центральных его отделах появляется флюктуация.

Флегмона щечной

области

Глубокие флегмоны



- При глубоко расположенных гнояниках эти признаки выражены менее резко, а иногда совсем отсутствуют.
- Для большинства флегмон челюстно-лицевой области характерны боль, нарушение подвижности нижней челюсти, повышенная саливация, затруднение акта жевания, глотания, речи и дыхания.
- Сведение челюстей возникает обычно при вовлечении в воспалительный процесс жевательных мышц.

Флегмона крыловидной



Рис. 2-5. Локализация нагноительных процессов лица и шеи и пути их распространения.

Классификация абсцессов и флегмон ЧЛО (основанная на анатомо-топографической локализации)

I. Околочелюстные абсцессы и флегмоны тканей прилежащих **к верхней челюсти**

Поверхностные: подглазничная и щечная
области

Глубокие: подвисочная и крыловидно небная
ямки

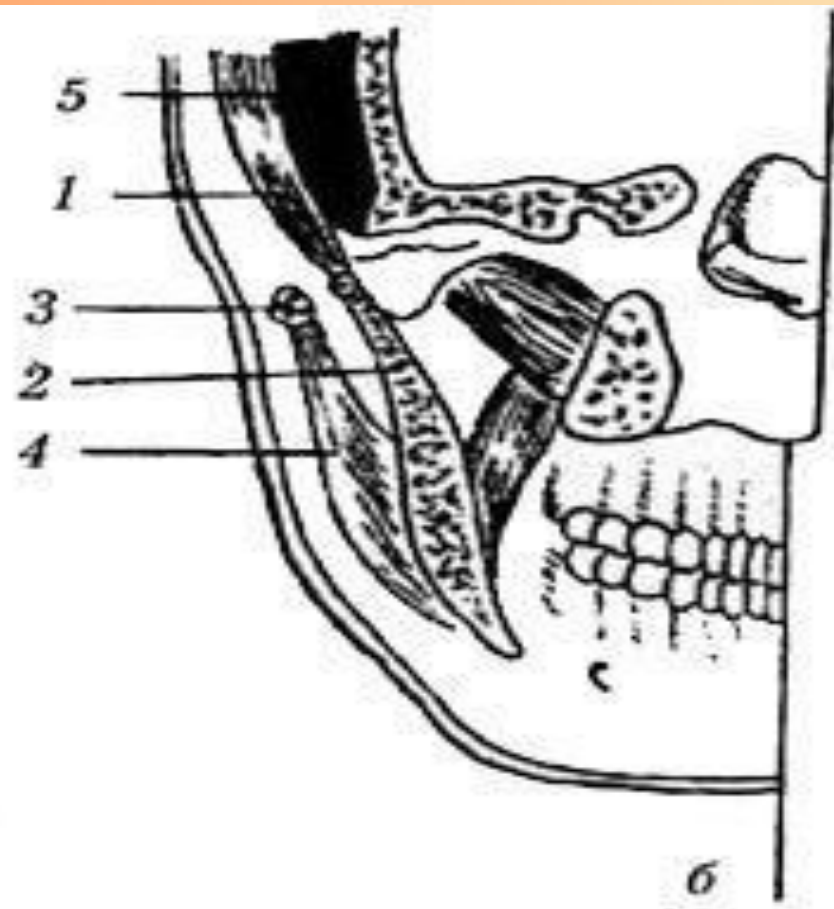
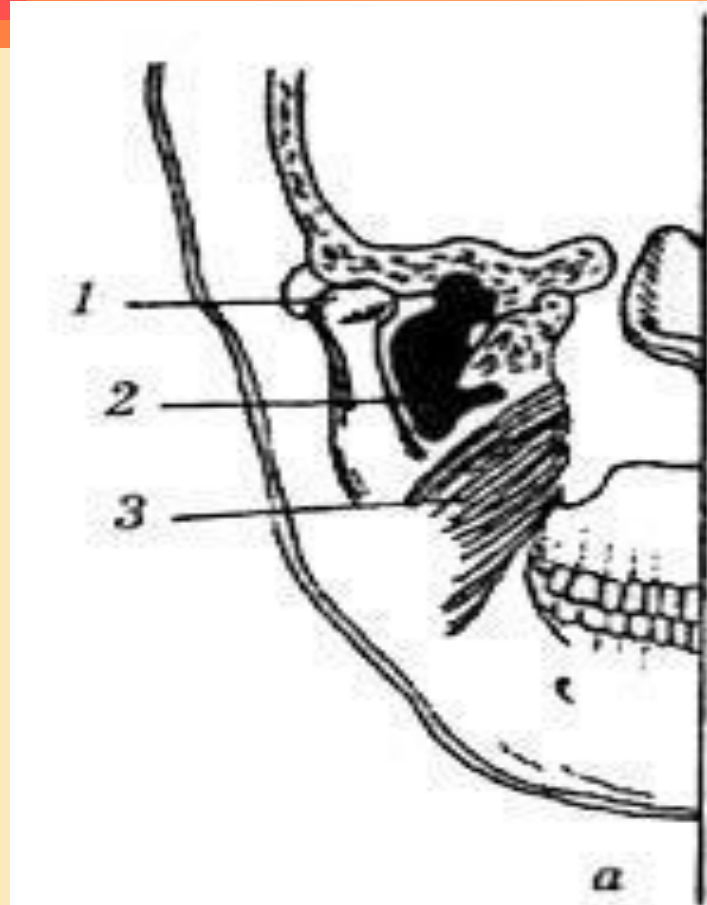


Рис. Схема локализации флегмон.

а — крылонёбной и подвисочной ямок:

1 — головка нижней челюсти;

2 — воспалительный инфильтрат;

3 — медиальная крыловидная мышца;

б — височная область:

1 — жевательная мышца;

2 — нижняя челюсть;

3 — скуловая кость;

4 — височная кость;

5 — воспалительный инфильтрат

Классификация абсцессов и флегмон ЧЛО (основанная на анатомо-топографической локализации)

I. Околочелюстные абсцессы и флегмоны тканей прилежащих **к нижней челюсти**

Поверхностные: поднижнечелюстные, подподбородочная, околоушно-жевательные области.

Глубокие: крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства, подъязычная область

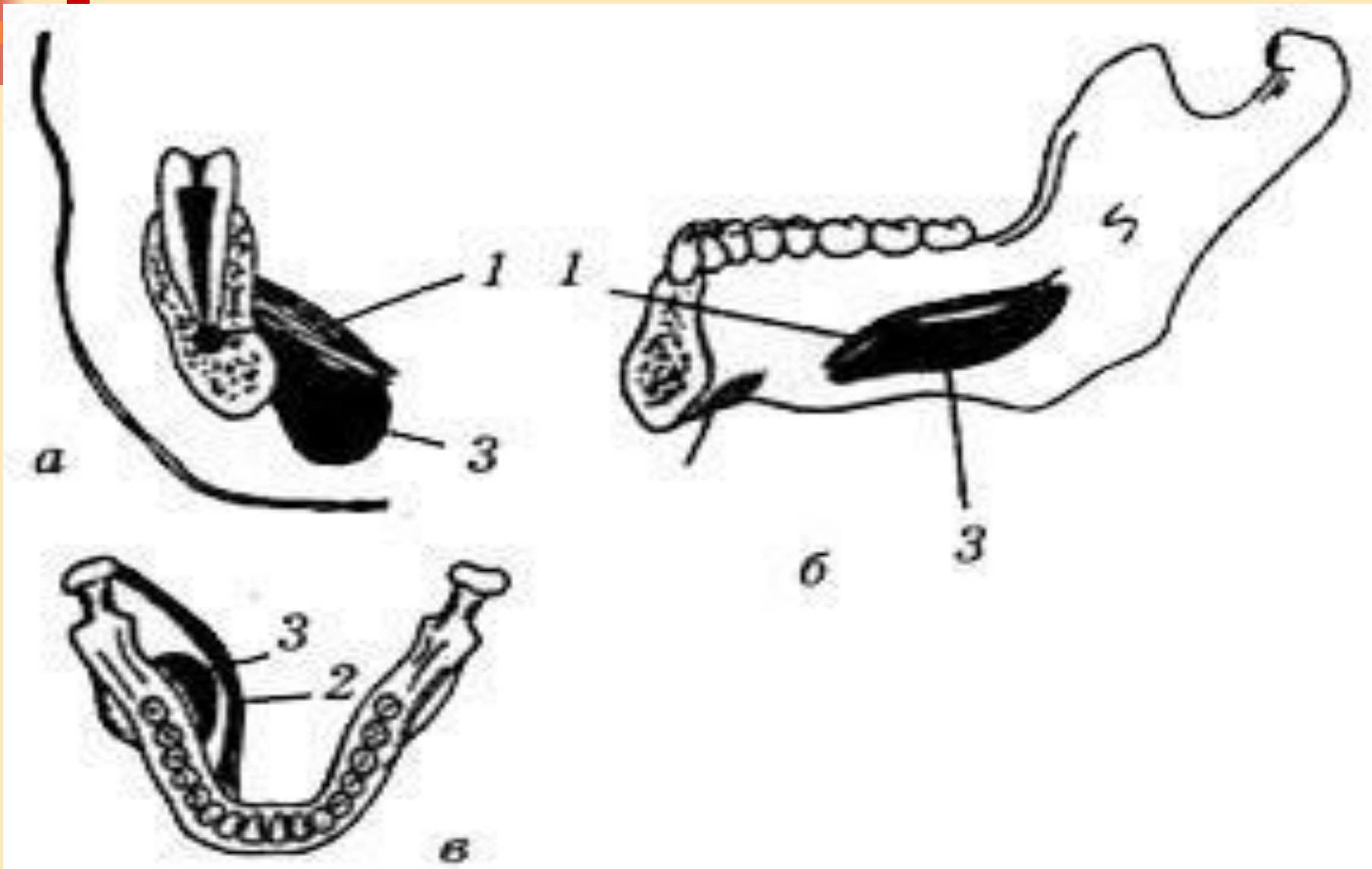


Рис. Схема локализации флегмон подчелюстного пространства:

1 — челюстно-подъязычная мышца;

2 — двубрюшная мышца;

3 — воспалительный инфильтрат

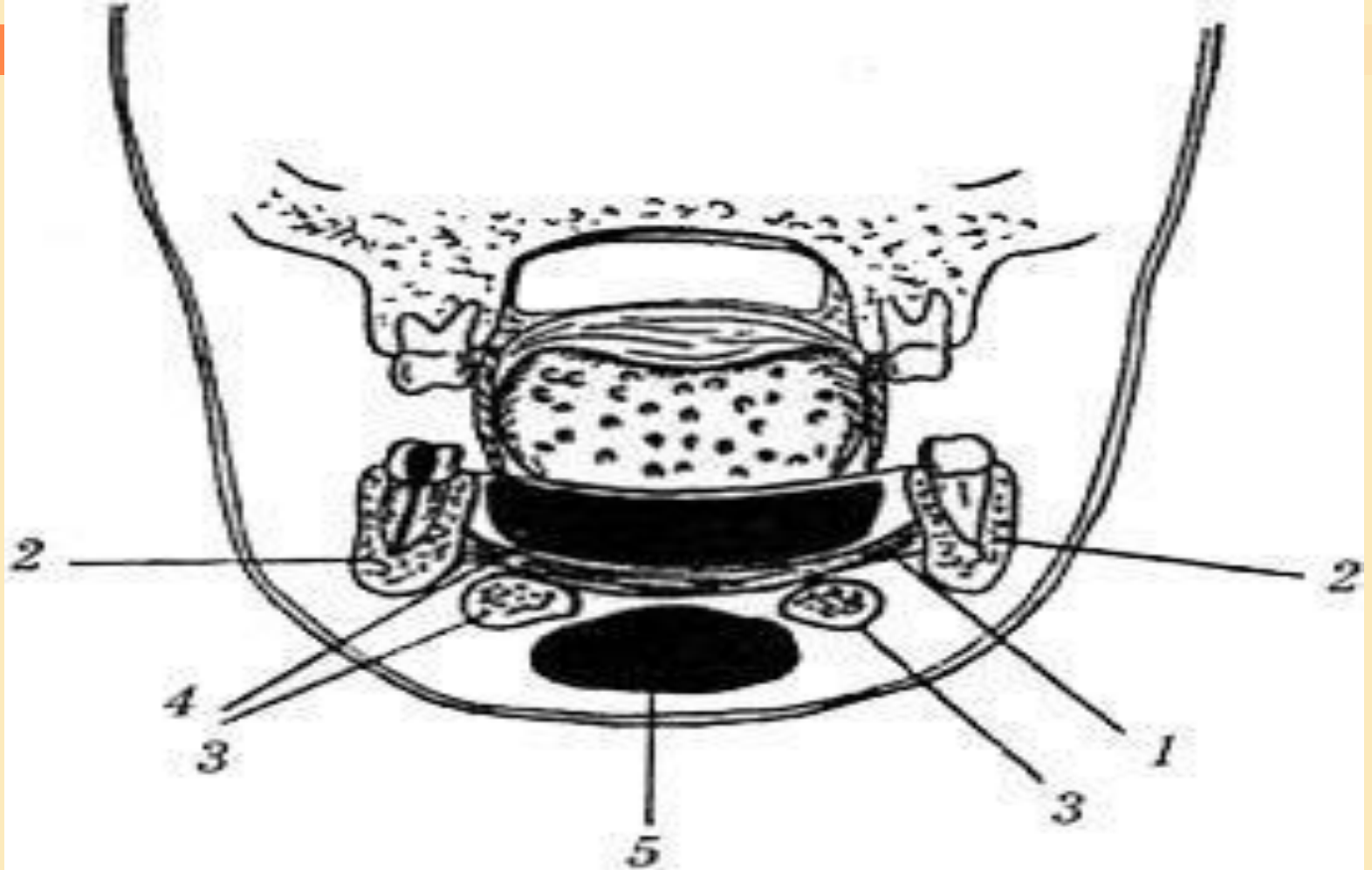


Схема локализации флегмон дна полости рта и подбородочного пространства



Классификация абсцессов и флегмон ЧЛО (основанная на анатомо-топографической локализации)

II. Вторичные абсцессы и флегмоны в соседних с околочелюстными тканями областях, в которые гнойный процесс распространяется по протяжению

Позадичелюстная, скуловая, височная области, глазница, грудино-ключично-сосцевидная область шеи и др.











Классификация абсцессов и флегмон ЧЛО
(основанная на анатомо-топографической локализации)

III. Абсцессы и флегмоны языка

IV. Распространенные флегмоны лица и
шеи.

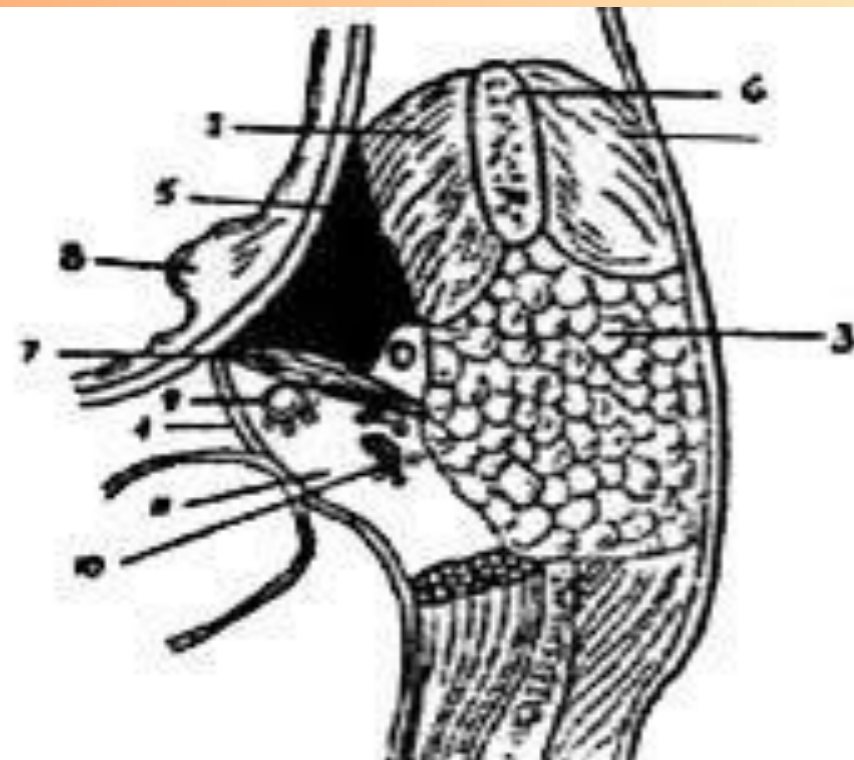
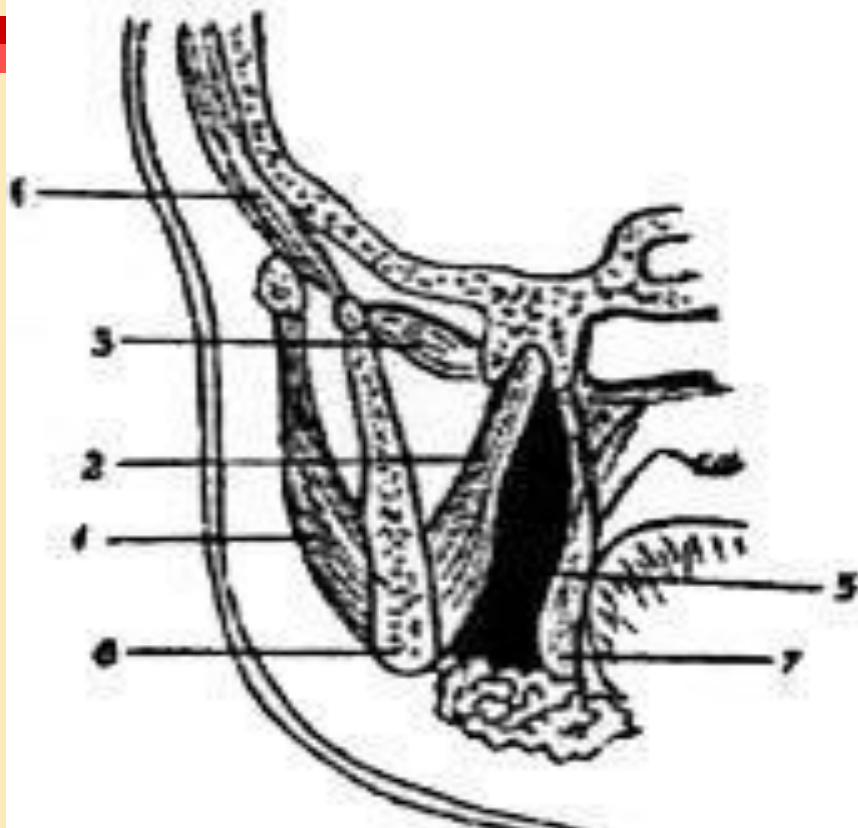



Рис. Схема локализации окологлоточного пространства:


а — фронтальная плоскость:

- 1 — жевательная мышца;
- 2 — медиальная крыловидная мышца;
- 3 — латеральная крыловидная мышца;
- 4 — височная мышца;
- 5 — воспалительный инфильтрат;
- 6 — нижняя челюсть;
- 7 — боковая стенка глотки;

б — горизонтальная плоскость:

- 1 — жевательная мышца;
- 2 — медиальная крыловидная мышца;
- 3 — околоушная железа;
- 4 — глоточно-предпозвоночная фасция;
- 5 — воспалительный инфильтрат;
- 6 — нижняя челюсть;
- 7 — шилодиафрагма;
- 8 — нёбная миндалина;
- 9 — внутренняя сонная артерия;
- 10 — внутренняя яремная вена;
- 11 — задний отдел окологлоточного пространства

- 
- ❖ В последнее время наблюдаются значительные изменения в проявлениях воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области.
 - ❖ На ряду с атипичным торпидным течением болезни, увеличилось число прогрессирующих форм, нередко опасных для жизни больного.
 - ❖ Несмотря на совершенствование методов лечения осложненного кариеса,
 - ❖ увеличивается число больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области.

- 
- ❖ Отсутствие единой методологической позиции затрудняет
 - ❖ правильную, раннюю диагностику и
 - ❖ лечение одонтогенных воспалительных заболеваний,
 - ❖ поэтому актуальна разработка новых методов патогенетической терапии,
 - ❖ на основе современных представлений о механизмах возникновения и течения воспаления.

Этиология и патогенез воспалительных процессов челюстно-лицевой области

- ❖ Воспалительные процессы в челюстно-лицевой области во всех случаях имеют инфекционный характер.
- ❖ Присутствие микроорганизмов в зоне воспаления в умеренном количестве стимулирует фагоцитоз.
- ❖ Однако повышение «Критического уровня» микробных тел, который индивидуален для каждого организма, неизбежно приводит к развитию воспаления, вызывающего значительные нарушения местного и общего характера.
- ❖ Тем не менее, нельзя говорить о роли возбудителя в этиологии воспалительных процессов без учета его вирулентности и реактивности организма.

- ❖ В большинстве случаев воспаление имеет одонтогенную природу,
- ❖ т.е. микроорганизмы попадают в ткань через частично или полностью некротизированную пульпу зуба,
- ❖ либо через патологические пародонтальные карманы.
- ❖ Поэтому такие абсцессы и флегмоны относятся к **одонтогенным**.
- ❖ В случаях, когда абсцессы и флегмоны сопутствуют одонтогенному остеомиелиту и осложняют его течение, их называют остеофлегмонами.

- ❖ Абсцессы и флегмоны возникшие в результате
- ❖ инфицирования поврежденных кожных покровов лица или слизистой оболочки полости рта,
- ❖ а также осложнившие такие заболевания, как фурункулез,
- ❖ сиаладенит,
- ❖ язвенный стоматит,
- ❖ нагноение гематом при травмах,
- ❖ лимфоидных образований глоточного кольца относятся к **неодонтогенным**.


Возбудителями абсцессов и флегмон являются в основном

❖ **облигатные анаэробы:**


- бактерииды,
- фузобактерии,
- пептострептококки;


❖ **факультативные анаэробы:**

- стафилококки и
- стрептококки.

- 
- ❖ Установлена определенная закономерность во взаимоотношениях популяций микробов, возбудителей одонтогенной инфекции.
 - ❖ Анаэробно-аэробные ассоциации наиболее часто включают 3-4 вида.
 - ❖ Находясь в смешанных культурах, бактерии вступают в антогонистические и синергические отношения.
 - ❖ Этим можно объяснить ухудшение клинической картины заболевания при смешанных анаэробно-аэробных инфекциях.
 - ❖ Так, например, отмечено, что гнойно-воспалительные процессы с участием ассоциации из пептококков и пептострептококков сопровождаются более тяжелым течением и обширным поражением, чем воспаление, вызванное монокультурой анаэробных положительных кокков.

- ❖ Тяжесть воспалительного процесса и возникновение осложнений в большей степени связано с концентрацией бактерий и мало зависит от видового состава.
- ❖ Важная роль в возникновении атипично протекающих гнойно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области,
- ❖ увеличение числа тяжелых прогрессирующих форм отводится **антибиотикорезистентным** формам бактерий.

- 
- ❖ Все вышеизложенное свидетельствует о клинической значимости микробиологических исследований в комплексном обследовании больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.
 - ❖ Результаты этих исследований позволяют врачу не только определить чувствительность микрофлоры инфекционного очага к антибиотикам,
 - ❖ но и прогнозировать течение заболевания, составить план рациональной терапии.



Уровень общей иммунологической реактивности организма во многом определяет

- ❖ характер течения одонтогенно-воспалительного процесса и
- ❖ выраженность деструкции костной ткани.

По формам проявления различают нормальную, повышенную и пониженную реактивность.

- ❖ Особенно актуальна проблема ранней диагностики типов воспалительной реакции – нормоэргической, гипоэргической и гиперэргической, так как она определяет тактику врача в выборе местного и общего лечения.

При **нормоэргическом типе** воспалительной реакции


- ❖ умеренно выражены
- ❖ симптомы интоксикации и
- ❖ болевой синдром, как правило,
- ❖ воспалительным процессом поражается одна анатомическая область.
- ❖ Степень нарушения функций соответствует объему и локализации поражения.
- ❖ Температура тела в пределах 38°C.
- ❖ Характерно увеличение фагоцитарной активности лейкоцитов и рост концентрации IgG в два раза, отмечается тенденция к увеличению IgM.
- ❖ Показатели клеточной защиты существенно не изменяются.
- ❖ **Таким образом,** при нормоэргическом воспалении происходит повышение уровня гуморальной защиты на фоне нормального ответа клеточного иммунитета.


- ❖ При **гипоэргическом типе воспалительной реакции** заболевание начинается незаметно, при удовлетворительном самочувствии больного.
- ❖ Температура тела субфебрильная.
- ❖ Болевой синдром, степень ограничения функции, симптомы интоксикации слабо выражены.
- ❖ Чаще воспалительный процесс распространяется на две и более анатомические области.
- ❖ При вскрытии гнойного очага на фоне обширной инфильтрации тканей определяется незначительное гнойное отделяемое.
- ❖ Фагоцитарная активность лейкоцитов в пределах нормы или снижена незначительно.
- ❖ Отмечается увеличение IgG в два раза и незначительное снижение клеточной иммунологической защиты.
- ❖ **Таким образом,** повышение уровня гуморального ответа носит компенсаторный характер.


- ❖ При **гиперэргическом типе реакции** отмечается быстрое течение, иногда молниеносное начало заболевания.
- ❖ Болевой синдром, степень ограничения функции, симптом интоксикации резко выраженный.
- ❖ Температурная реакция превышает 38,5 °С.
- ❖ Воспалительные процессы распространяется на две и более анатомические области.
- ❖ При вскрытии патологического очага определяется значительное гнойное отделяемое.
- ❖ На снижение клеточного иммунитета и гуморальной защиты указывают следующие показатели: увеличение фагоцитарной активности в 3-4 раза по сравнению общепринятой нормой, снижение IgG и рост концентрации IgM в два раза.

❖ Известно, что возникновению острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области предшествует ряд **причинных факторов** :

- ❖ иммунодефицитные состояния,
- ❖ гиповитаминозы,
- ❖ сахарный диабет,
- ❖ заболевания почек,
- ❖ недостаточность кровоснабжения,
- ❖ а также охлаждение,
- ❖ перегревание,
- ❖ физическое и эмоциональное перенапряжение,
- ❖ чрезмерное общее ультрафиолетовое облучение и др.

- 
- ❖ Конституционный статус организма и возраст больного также влияют на устойчивость организма к тем или иным патологическим факторам.
 - ❖ Таким образом, реактивность организма отражает его защитно-приспособительные способности и обусловлена наследственными и приобретенными факторами.
 - ❖ Во многом она зависит от пола, возраста, условий и среды проживания.

- 
- ❖ **Особенностью одонтогенной инфекции** является то, что
 - ❖ организм больного не может самостоятельно, без соответствующих лечебных мероприятий, прекратить поступление микроорганизмов в пародонт через канал корня зуба.
 - ❖ Поэтому, рассчитывать на самоизлечение и полную ликвидацию инфекционно-воспалительного очага в пародонте не приходится.
 - ❖ В лучшем случае происходит стабилизация процесса, в результате чего формируется хронический очаг одонтогенной инфекции, находящийся в состоянии динамического равновесия с организмом больного.

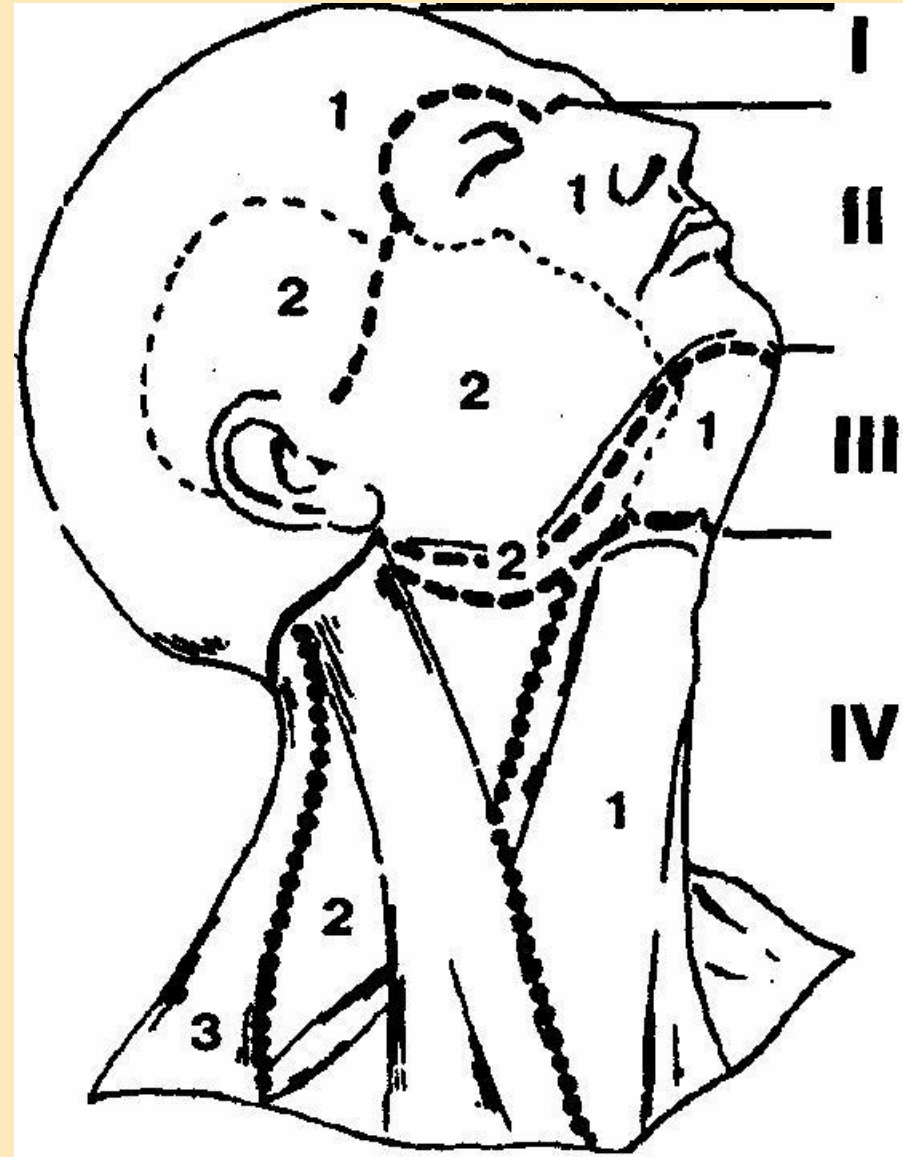
- 
- ❖ При нарушении установившегося равновесия между инфекционным очагом и организмом больного,
 - ❖ из-за нарушения путей оттока экссудата через канал корня зуба,
 - ❖ в инфекционном очаге повышается концентрация микробов, их токсинов и продуктов тканевого распада,
 - ❖ которые по законам диффузии и осмоса в большей мере начинают проникать через соединительно-тканную капсулу в прилежащие ткани.
 - ❖ Затем начинают проявляться все признаки воспаления: альтерация, нарушение кровообращения, пролиферация.
 - ❖ Поэтому при лечении одонтогенных флегмон, первоочередной задачей является удаление «причинного» зуба с одновременным вскрытием и дренированием гнойного очага.

Анатомо-топографические особенности челюстно-лицевой области

- ❖ Патогенез и клиническое течение воспалительных заболеваний лица и шеи тесно связаны с анатомо-топографическими особенностями этих областей.
- ❖ Наличие большого количества связанных между собой клетчаточных пространств,
- ❖ обильная сеть кровеносных и лимфатических сосудов способствует быстрому распространению гнойного экссудата.
- ❖ Очень опасно распространение инфекции в соседние с лицом и шеей области – полость черепа и средостение.

Топографо-анатомическое деление

ГОЛОВЫ И ШЕИ



I — область свода черепа:

1 — лобно-теменно-затылочная область
(*regio fronto-parietooccipitalis*),

2 — височная область (*regio temporalis*);

II — область лица:

1 — передняя область (*regio facialis anterior*),

2 — боковая область (*regio facialis lateralis*);

III — надподъязычная часть шеи (*regio suprahyoidea*):

1 — подподбородочная область (*regio submental*),

2 — поднижнечелюстная область (*regio submandibularis*);

IV — подподъязычная часть шеи (*regio infrahyoidea*):

1 — передняя область,


2 — боковая область,

3 — задняя область

- ❖ Клинические наблюдения В.Ф. Войно-Ясенецкого и др. свидетельствуют о возможности перехода воспаления вдоль **жирового тела щеки** из одного клетчаточного пространства в другое:
- ❖ **Нижняя доля** лежит в щечной области,
- ❖ **средняя доля** – под скуловой дугой,
- ❖ **верхняя глубокая часть комка** распространяется в височную область,
- ❖ **задний его отросток** проникает в подапневротическое клетчаточное пространство,
- ❖ **верхний отросток** прилежит к нижней глазничной щели,
- ❖ **медиальный отросток** проникает в крылонебную ямку.

- ❖ Вовлечение **жирового тела** щеки в воспалительный процесс чревато возможностью проникновения инфекции **в полость черепа**.
- ❖ Анатомическими путями инфицирования мозговых оболочек являются:
 - ❖ клетчаточное пространство щеки ⇒
 - ❖ клетчатка клыковой ямки ⇒
 - ❖ подглазничный канал ⇒
 - ❖ жировая клетчатка глазницы ⇒
 - ❖ верхняя глазничная щель ⇒ **полость черепа**

- ❖ Жировое тело щеки ⇒
- ❖ клетчатка подвисочной ямки, крыловидное венозное сплетение ⇒
- ❖ овальное и круглое отверстие ⇒ **полость черепа**

- 
- ❖ Особенности течения воспалительных процессов верхней челюсти в значительной мере обусловлены
 - ❖ топографией верхнечелюстной пазухи.
 - ❖ При низком расположении дна пазухи возможно её инфицирование из патологических периапекальных одонтогенных очагов и развитие эмпиемы пазухи.

- ❖ Клетчаточные пространства прилежащие к верхней челюсти тесно сообщаются друг с другом.
- ❖ Так при инфицировании поднижнечелюстного клетчаточного пространства возможно распространение инфекции
- ❖ в подъязычную,
- ❖ подбородочную области,
- ❖ в окологлоточное пространство с возможным распространением **в заднее средостение**,
- ❖ в позадичелюстную ямку,
- ❖ фасциальное влагалище сосудисто-нервного пучка шеи, с возможным распространением в **переднее средостение**,
- ❖ а также на все клетчаточные пространства **надподъязычной области.**

Обследование больного с одонтогенными заболеваниями ЧЛО

- ❖ При обследовании больного с одонтогенными флегмонами ЧЛО врач ориентируется на наличие классических местных признаков воспаления:
- ❖ припухлость или инфильтрация тканей,
- ❖ боль
- ❖ гиперемия кожных покровов или СОПР,
- ❖ повышение температуры и
- ❖ нарушение функции жевания, глотания, дыхания, речеобразования.
- ❖ Однако, выраженность каждого из перечисленных симптомов варьирует, что в первую очередь зависит от локализации воспалительного процесса.
- ❖ Вследствие различного расположения клетчаточных пространств могут отсутствовать один или несколько признаков воспаления. Так при флегмонах крылонебной ямки, окологлоточного, крыловидно-нижнечелюстного, подмассетерального пространства и глубоких отделов височной области отсутствуют гиперемия кожи, флюктуация.

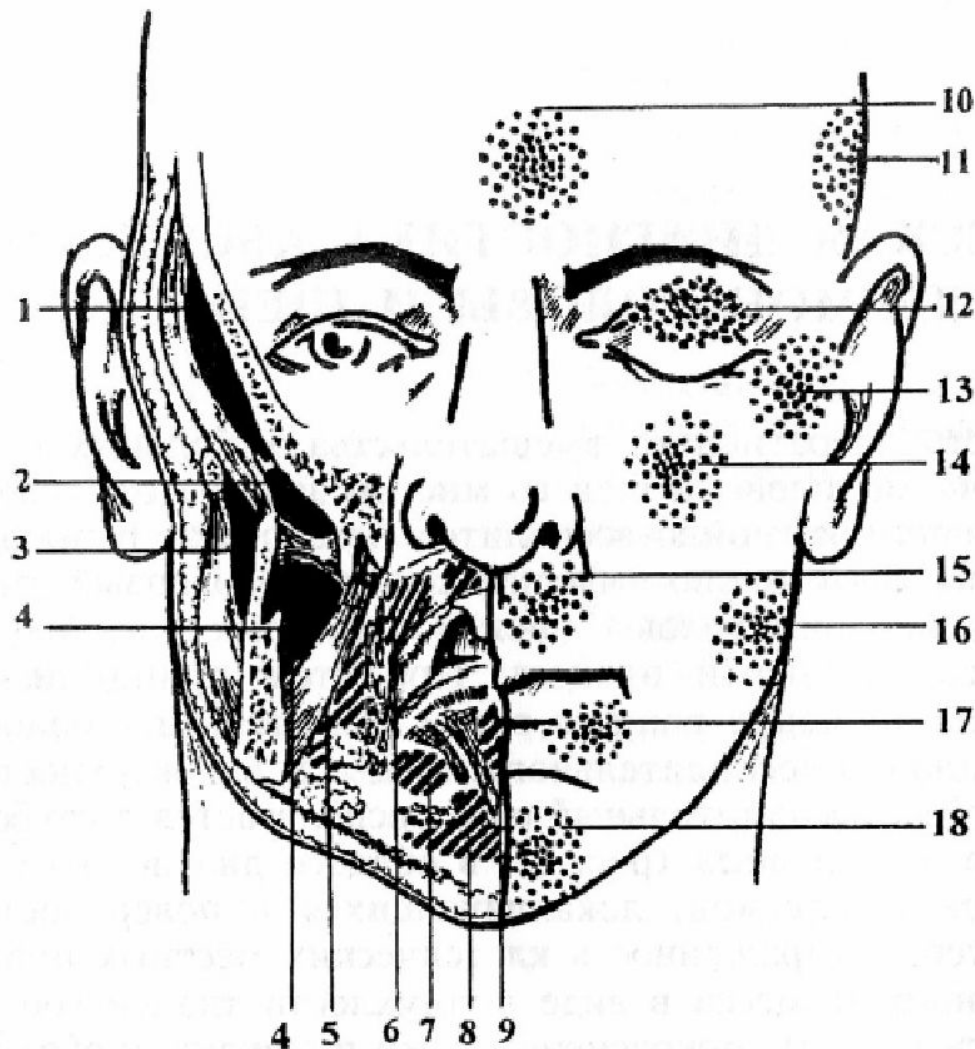


Рис. 5. Наиболее характерные симптомы при абсцессе, флегмоне головы и шеи различной локализации. Ограничение открывания рта: 1 — *regio temporalis* (подмышечное пространство), 2 — *fossa infratemporalis*, 3 — *regio masseterica* (подмышечное пространство), 4 — *spatium interpterygoideum et pterygomandibulare*. Нарушение глотания из-за боли: 5 — *spatium parapharyngeum*, 6 — *palatum molle*, 7 — *regio sublingualis*, 8 — *regio submandibularis*, 9 — *corpus et radix linguae*. Припухлость, гиперемия кожи: 10 — *regio frontalis*, 11 — *regio temporalis* (подкожная клетчатка), 12 — *regio palpebralis*, 13 — *regio zygomatica*, 14 — *regio infraorbitalis*, 15 — *labium oris superior*, 16 — *regio buccalis*, 17 — *labium oris inferior*, 18 — *regio mentalis*

- ❖ При флегмонах, развивающихся в области расположения жевательных мышц, рано
- ❖ появляется ограниченное открывание рта (флегмоны крыловидно-нижнечелюстного, окологлоточного, поджевательного пространства, глубоких отделов височной области).
- ❖ Нарушается прием пищи вследствие ограниченного открывания рта, болей при глотании или же затрудненного глотания при абсцессах и флегмонах притонзиллярного, окологлоточного пространства, корня языка, дна полости рта.
- ❖ Нарушается дыхание вследствие инфильтрации и отека верхних дыхательных путей.
- ❖ При флегмонах глазницы возможно нарушение зрения.

- ❖ Нарушается дыхание вследствие инфильтрации и отека верхних дыхательных путей.
- ❖ При флегмонах глазницы возможно нарушение зрения.
- ❖ Таким образом, знание особенностей течения одонтогенных флегмон ЧЛО позволит улучшить **топическую диагностику**, поможет сформировать основные принципы патогенетической терапии, определиться в выборе места лечения.


Оценка тяжести состояния больного и прогноз заболевания

- ❖ Существуют различные способы оценки состояния больного с острой одонтогенной инфекцией на основании данных
- ❖ гематологического,
- ❖ биохимического,
- ❖ иммунологического обследования.
- ❖ Однако, на догоспитальном этапе не всегда представляется возможность провести комплексное обследование больного,
- ❖ поэтому актуальны индексные оценки, включающие как общеклинические, так и лабораторные показатели.

❖ Для прогнозирования, выбора метода лечения и оценки динамики патологического процесса мы рекомендуем **интегральный показатель тяжести (ИПТ)**, предложенный М. М. Соловьевым и Т.Н. Алеховой, с учетом **температуры тела, пульса и гемограммы**.

- ❖ $ИПТ = 0,36 \times X_1 + 0,0056 \times X_2 + 0,01 \times X_3 - 12,42$
- ❖ где ИПТ – интегральный показатель тяжести в баллах
- ❖ X_1 – температура тела
- ❖ X_2 – содержание лейкоцитов, тыс.1мкл/100
- ❖ X_3 – СОЭ, мм/ч
- ❖ 12,42 – т.н. свободный член множественной регрессии

- ❖ Принцип прогнозирования с использованием математического моделирования следующий.
- ❖ При значении **ИПТ до 1,5 баллов** течение инфекционно-воспалительного процесса оценивается как легкое, а прогноз удовлетворительный.
- ❖ При значении **ИПТ от 1,5 до 2,5 баллов** течение инфекционного процесса оценивается как средней тяжести, а прогноз заболевания как сомнительный.
- ❖ При значении **ИПТ свыше 2,5 баллов** течение инфекционно-воспалительного процесса следует трактовать как тяжелое, а прогноз заболевания неблагоприятный.

- 
- ❖ ИПТ по Соловьеву позволяет прогнозировать тяжесть течения острых одонтогенных воспалительных заболеваний ЧЛО,
 - ❖ адекватно отражает динамику воспаления.
 - ❖ В данном индексе одновременно использовано несколько клинико-лабораторных показателей, доступных любому медицинскому учреждению.

- ❖ Существенную помощь по оценке тяжести и вероятного прогноза заболевания может сказать определение по гемограмме лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по Я.Я. Кальф-Калифу, вычисляемого по формуле:

$$\text{ЛИИ} = \frac{(4\text{ми} + 3\text{ю} + 2\text{п} + \text{с})(\text{пл} + 1)}{(\text{л} + \text{м})(\text{э} + 1)}$$

где

ми – миелоциты;

ю – юные формы;

п – палочкоядерные нейтрофилы;

с – сегментоядерные нейтрофилы;

пл – плазматические клетки;


л – лимфоциты;

м – моноциты;

э – эозинофилы.

ЛИИ в норме составляет 0,47


- Анализ показал, что у больных с одонтогенными медиастенитами значения ЛИИ колебались от 1,5 до 17,0 в среднем составляло 4,6, при поверхностных флегмонах 0,9, при глубоких флегмонах 1,2. Считается, что повышение ЛИИ до 4-9 свидетельствует о влиянии бактериальных токсинов, а ЛИИ в пределах 2-3 об интоксикации продуктами аутолиза
- Одним из критериев тяжести состояния больных является степень интоксикации. Оценка данного показателя основывается на жалобах больного и неспецифических симптомах (общее состояние больного, окраска кожных покровов, тахикардия и т.д.). Для контроля эффективности проводимого лечения необходима количественная оценка степени интоксикации

- 
- Наибольшее распространение получила методика определения токсичности «параameцийным методом».
 - При этом этом методе определяется время жизнедеятельности микроорганизмов в биологически активных жидкостях.
 - Однако многие авторы отмечают недостаточную информативность данного теста из-за субъективности, чувствительности микроорганизмов к условиям внешней среды, а так же недостаточную чувствительность к незначительным колебаниям токсичности.

- Тяжесть состояния больных с острыми воспалительными заболеваниями в значительной степени определяются синдромом эндогенной интоксикации. Этот симптомакомплекс связан с повреждением соединительной ткани, нарушением микроциркуляции, накоплением промежуточных продуктов обмена веществ, метаболитов, токсическим воздействием эндогенных и бактериальных токсинов.
- К вторичным эндогенным токсинам относятся вещества полипептидной природы со средней молекулярной массой, которые присутствуют в крови здоровых людей в количестве 0,21 УЕ оптической плотности и считаются неспецифическими маркерами эндогенной интоксикации.

- Уровень молекул со средней молекулярной массой (МСМ) в крови мы определяем по Скрининг-методу Н.И.Габриэляна. Методика заключается в следующем: берется 0,3мл плазмы крови, добавляется 0,3мл раствора 10% трихлоруксусной кислоты, центрифугируется при 4000об/мин 15минут. Затем к 0,3мл супернатанта добавляется 2,7мл дистиллированной воды. Оптическая плотность определяется на спектрофотометре при длине волны 254нм в кювете 1см против воды. Физиологическая концентрация молекул средней массы составляет 0,24 условных единиц оптической плотности

- При повышении уровня М.С.М. от 0,3 до 0,4 ЕОП — течение инфекционного процесса оценивается как средней тяжести, а прогноз заболевания как сомнительный.
- При повышении уровня МСМ до 0,5 ЕОП — течение инфекционного процесса трактуется как тяжелое, а прогноз неблагоприятный. Данный метод дает возможность регистрировать минимальные колебания токсичности технически прост, позволяет в течение 40 минут получить результат.

- 
- Известно, что большая часть данных полипептидов выводится с мочой.
 - Физиологическая концентрация М.С.М. в моче 0,21 ЕОП.
 - Показатели количества средних молекул в моче коррелируют с аналогичными исследованиями в плазме крови тех же больных.
 - Вышеуказанные методики позволяют объективно оценить тяжесть инфекционного процесса, своевременно определить тактику лечения.



**ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

- Конкретной целью лечения больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области является
 - купирование инфекционного процесса и
 - восстановление нарушенных функций организма в максимально короткий срок.
-
- Поэтому при выборе лечебных мероприятий следует учитывать
 - стадию заболевания,
 - характер воспалительного процесса,
 - вирулентность возбудителей инфекции,
 - тип ответной реакции организма,
 - локализацию очага поражения,
 - сопутствующие заболевания и
 - возраст больного.

- В острой стадии заболевания, когда нарастают воспалительные явления,
- основная задача лечения сводится к
- ограничению зоны распространения инфекционного процесса и
- восстановлению равновесия между очагом хронической одонтогенной инфекции и организмом больного.
- В этой стадии заболевания основные лечебные мероприятия направлены на
- снижение вирулентности инфекционного начала и
- направленную регуляцию иммунологических реакций.

- Первоочередным мероприятием, приводящим к снижению вирулентности инфекционного начала, является дренирование инфекционного очага путем рассечения мягких тканей над местом скопления гноя.
- У больных с одонтогенными абсцессами и флегмонами одновременно с дренированием инфекционного очага в мягких тканях,
 - производится санация первичного очага воспаления в челюсти путем удаления «причинного зуба».
 - Вместе с экссудатом из инфекционного очага удаляется часть микроорганизмов, их токсинов и продуктов тканевого распада, являющихся эндогенными факторами повреждения, медиаторами воспаления.
- Поэтому принцип немедленной эвакуации гноя из клетчаточных пространств и первичного очага воспаления — «причинного зуба» — остается **ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ** при лечении больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области.
- Чем раньше произведено оперативное вмешательство, тем лучше прогноз заболевания, тем ниже вероятность развития таких грозных осложнений, как тромбоз синусов твердой мозговой оболочки, медиастенит, сепсис.







31.07.2006

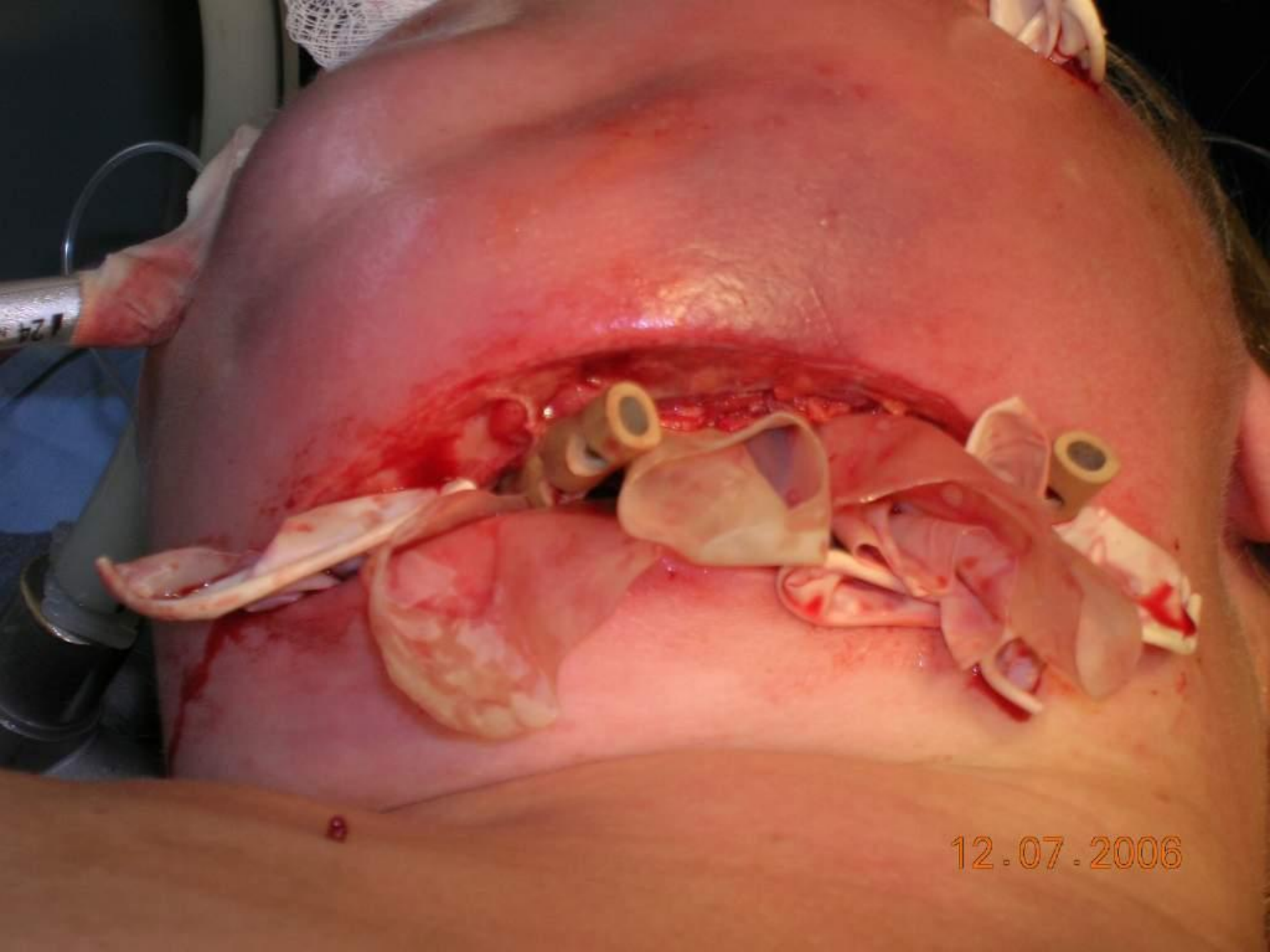
- Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области являются неотложными состояниями, требующими наряду с хирургическим вмешательством рационального комплексного анестезиологического обеспечения и адекватной инфузионной терапии с использованием патогенетических средств коррекции нарушенного гомеостаза.
- При выборе оптимального оперативного доступа к инфекционному очагу необходимо учитывать анатомо-топографические особенности данной области, связь клетчаточных пространств между собой, расположение верхушек корней зубов по отношению к диафрагме дна полости рта и дну верхнечелюстной пазухи, конституциональные особенности пациента.

- Длина разреза кожных покровов и слизистой оболочки при вскрытии абсцессов и флегмон определяется протяженностью инфильтрата. Слизистую оболочку, кожу, подкожную мышцу и фасции на пути к инфекционному очагу следует рассекать, а глубже лежащие ткани расслаивать по ходу клетчаточных пространств.
- У больных с гнилостно-некротическими флегмонами при больших участках некроза показана некрэктомия.



10.08.2006








12.07.2006





14.07.2006

- 
- В комплексном лечении гнойных ран в первой фазе (в стадии гидратации) необходимо обеспечить хороший отток экссудата, то есть выделение продуктов воспаления из раны наружу.
 - Адекватное дренирование раны во многих случаях снижает интоксикацию организма больного, помогает ему бороться с инфекцией и предотвращает развитие гнойных осложнений.

- 
- В последнее время большое внимание уделяется совершенствованию способов дренирования гнойного очага.
 - Разработаны методы вакуумного дренирования, фракционного и непрерывного промывания ран, позволяющие проводить дозированное и целенаправленное введение лекарственных веществ в зависимости от характера воспалительного процесса, его распространенности и стадии процесса.

- 
- Созданы принципиально новые дренажные материалы, содержащие биологически активные вещества — трипсин, террилитин, гепарин, гордокс.
 - Все более широко используется дренирующие сорбенты — сорбилекс, дебризан, гевелин, обеспечивающие сорбцию раневого экссудата. Ряд авторов указывает на детоксикационную активность азотосодержащих активированных углей и сорбционно-активных волокнистых материалов на основе целлюлозы.

- 
- Препараты, используемые в I фазе раневого процесса, должны оказывать на рану комплексное многонаправленное действие — антимикробное, дегидратирующее, некролитическое, противовоспалительное и обезболивающее. Наиболее полно этим требованиям отвечают современные отечественные мази на водорастворимой полиэтиленоксидной основе — левосин, левомеколь, левонорсин, диоксиколь, сульфамеколь, сульфамелон и др.
 - Многие авторы указывают на улучшение результатов лечения при применении мембранных устройств, обеспечивающих постоянное, дозированное поступление лекарственных веществ.

- 
- Особое место при лечении больных с тяжелыми гнойнонекротическими процессами занимает гипербарическая оксигенация и лечение ран в управляемой абактериальной среде, а также вибромассаж на ауторезонантных частотах.
 - Хорошие результаты получены при УЗ обработке гнойных ран в сочетании с протеолитическими ферментами, фонофорезе комплексонов, УФ — облучении раневой поверхности и лазерном воздействии, методе вакуум — оксигенации гнойных ран.

- Во второй фазе раневого процесса с целью стимуляции развития грануляционной ткани применяются мазевые лекарственные формы и лечебные аэрозоли: винилин, каротолин, вульнузан, мазь каланхоэ, метилуроциловая, контрикаловая мази, камбутек, облепиховое масло, оксиклозолин, олазол и др. Для достижения косметического эффекта больным показаны ранние вторичные швы.
- Лечение больных воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи основано на комплексном проведении оперативных вмешательств и консервативных мероприятий.

- Общая терапия существенно не отличается от основных хирургических принципов лечения в общей хирургии. Наиболее патогенетически обоснованными являются методы воздействия, связанные с выведением токсинов из организма, которые должны применяться на фоне полного комплекса традиционной терапии, направленной на коррекцию всех выявленных нарушений. К традиционным методам дезинтоксикации относятся инфузии плазмозаменителей гемодинамического, дезинтоксикационного, гемореологического действия, гемотрансфузии, форсированный диурез, введение ингибиторов протеолитических ферментов, антикоагулянтов. Заслуживают внимания методы реинфузии с ультрафиолетовым облучением крови, экстракорпоральная гемокоррекция, сорбционные методы детоксикации.

- При назначении антибиотиков следует учитывать антибиограмму. Выбор метода иммунокоррекции определяется результатами изучения общей реактивности и показателей специфического иммунитета.
- Коррекция метаболических расстройств проводится комплексно в отделении реанимации при обязательном объективном контроле за клиническими, параклиническими и лабораторными показателями.
- Таким образом, комплексное лечение больных с одонтогенными флегмонами индивидуально для каждого больного.



02.08.2006



29.07.2006



02.08.2006





11.08.2006

Обратная связь

- Больной С., 46 лет, поступил с жалобами на невозможность полного открывания рта, боли при глотании слева, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,5 С. Из анамнеза: 6 дней назад удален 37 зуб, удаление было сложным. 2-ое суток назад присоединились вышеуказанные симптомы. Объективно: внешне без изменений. Рот открывает ограниченно до 2,5 см. В полости рта: слизистая крылочелюстной складки и небных дужек слева гиперемирована, левая небная дужка смещена к центру.



???

Ваш

**предварительный
диагноз?**

???

Диагноз

- Флегмона крылочелюстного и окологлоточного пространств;

Список литературы:

1. Шаргородский А. Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи.
2. Сергиенко В.И. Оперативная хирургия абсцессов, флегмон головы и шеи.

