

«Флегмоны и абсцессы височной области, подвисочной и крыловидно-нёбной ямок».

Выполнил:
Герасимов Ф.С.
421 группа

Височная область:

Границы:

сверху и сзади - височная линия лобной и теменной костей;

снизу - подвисочный гребень основной кости;

спереди - скуловая кость и скуловой отросток лобной кости;

снаружи - скуловая дуга;

внутри - височная площадка, которая образована височной, теменной и основной костями.



В височной области имеются:

Поверхностная и собственная височная фасция. Собственная височная фасция начинается от височной линии на покровных костях черепа и покрывает височную мышцу. Книзу она раздваивается: поверхностный листок прикрепляется к наружной, а внутренний - к внутренней поверхности скуловой дуги. Между листками над скуловой дугой образуется межжапоневротическое пространство, заполненное жировой клетчаткой.

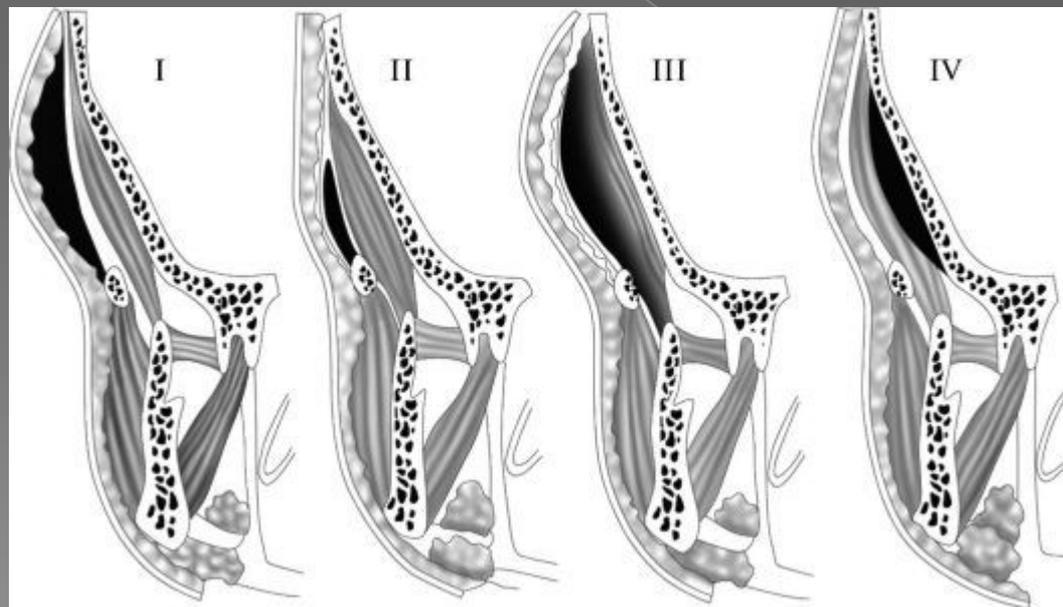
Абсцесс и флегмона височной области возникают вторично при распространении одонтогенной инфекции из щечной и околоушно-жевательной областей, крыловидно-нижнечелюстного и окологлоточного пространства, а также из подвисочной ямки.

Абсцесс височной области встречается редко, флегмоны чаще. Клинически в височной области выделяют следующие формы флегмоны:

1. Поверхностная.
2. Межапоневротическая.
3. Подапоневротическая.
4. Глубокая.
5. Разлитая.



При абсцессе, флегмоне анатомических областей, имеющих послойную структуру, топическая диагностика заключается в уточнении слоя, в котором локализуется очаг гнойного воспаления: в подкожной, подфасциальной, межфасциальной, подмышечной клетчатке, в надкостнице (в поднадкостничной клетчатке)



Этиология и патогенез флегмоны височной области

Чаще развивается в результате распространения воспалительного процесса от соседних областей (околоушно-жевательной, крылочелюстной, щечной областей, подвисочной ямки). Первичное развитие обусловлено также гемо- и лимфогенным заносом инфекции, при фурункуле в этой области, актиномикозе и др.



Симптомы:

Боль

Нарушение функции

Отек

Гиперемия

Повышение местной температуры

Ограниченное открывание рта

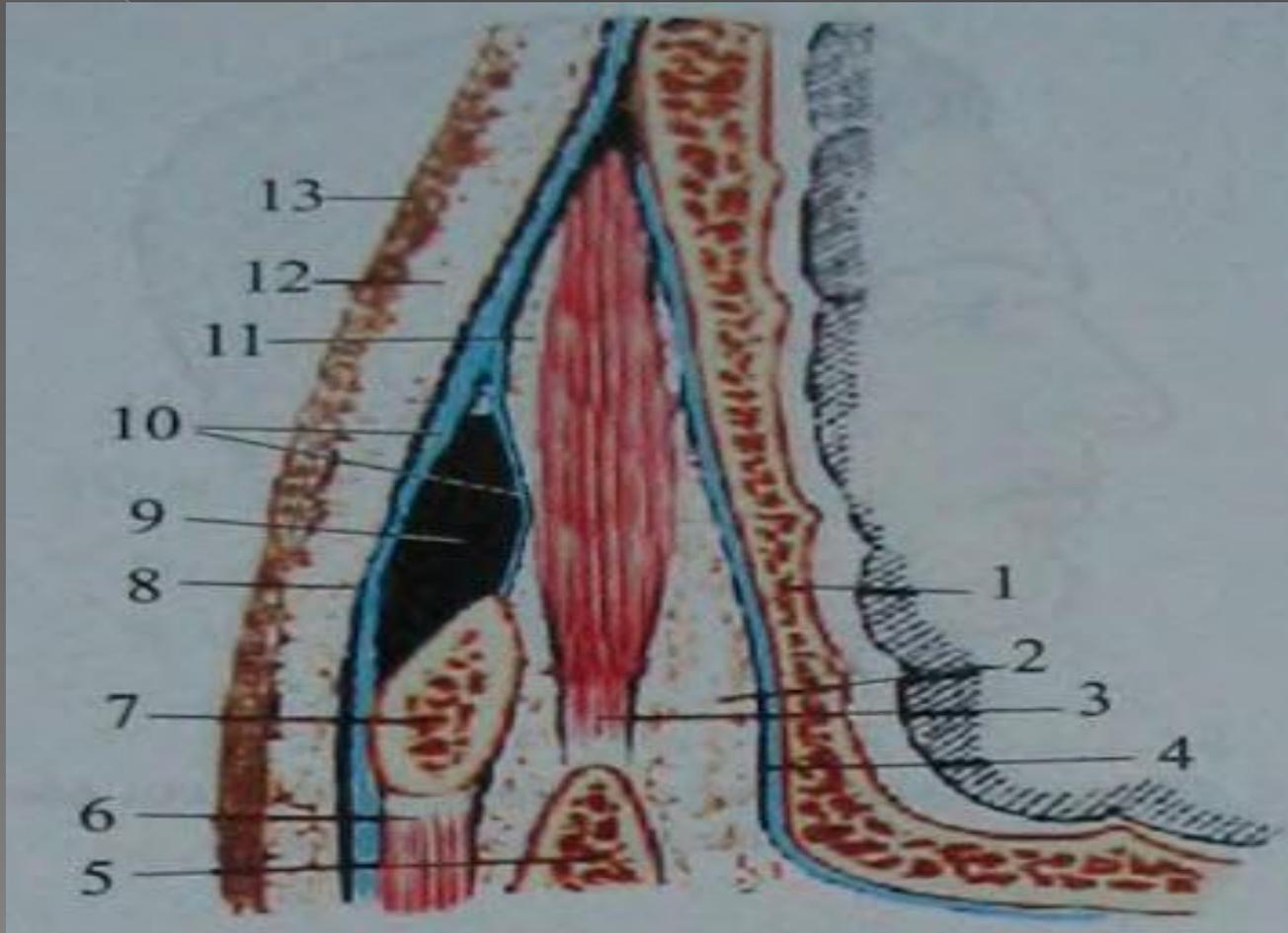
Нарушение глотания, с последующим нарушением дыхания.

Контрактура жевательных мышц

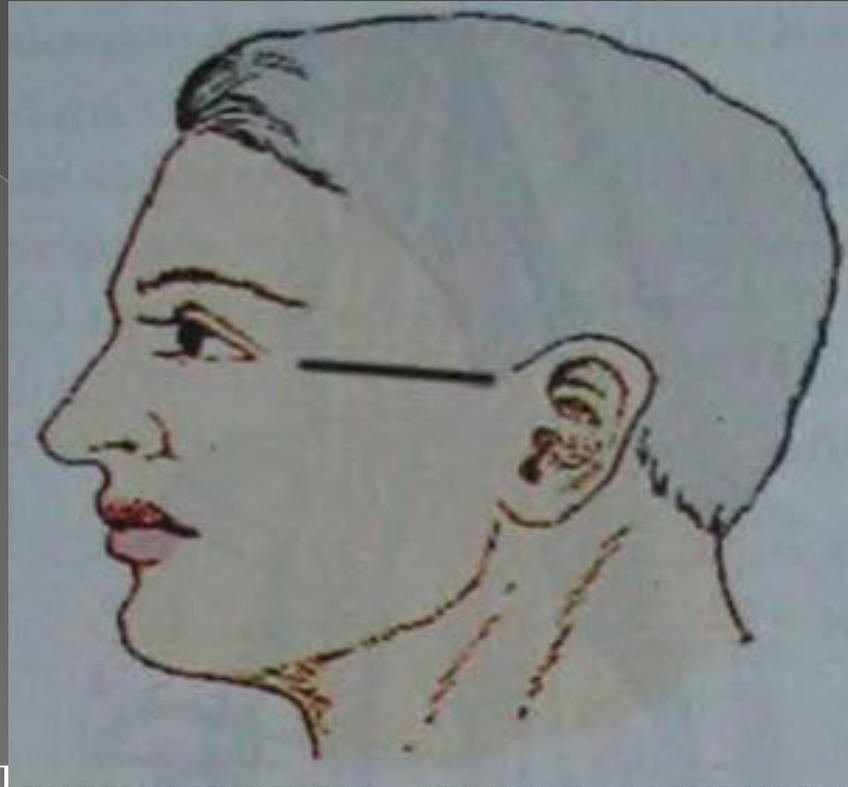
Пути дальнейшего распространения инфекции

Подвисочная, лобная, околоушно-жевательная
области, область глазницы, височная кость,
твердая мозговая оболочка и ее синусы.

Вскрытие межжапоневротического абсцесса височной области

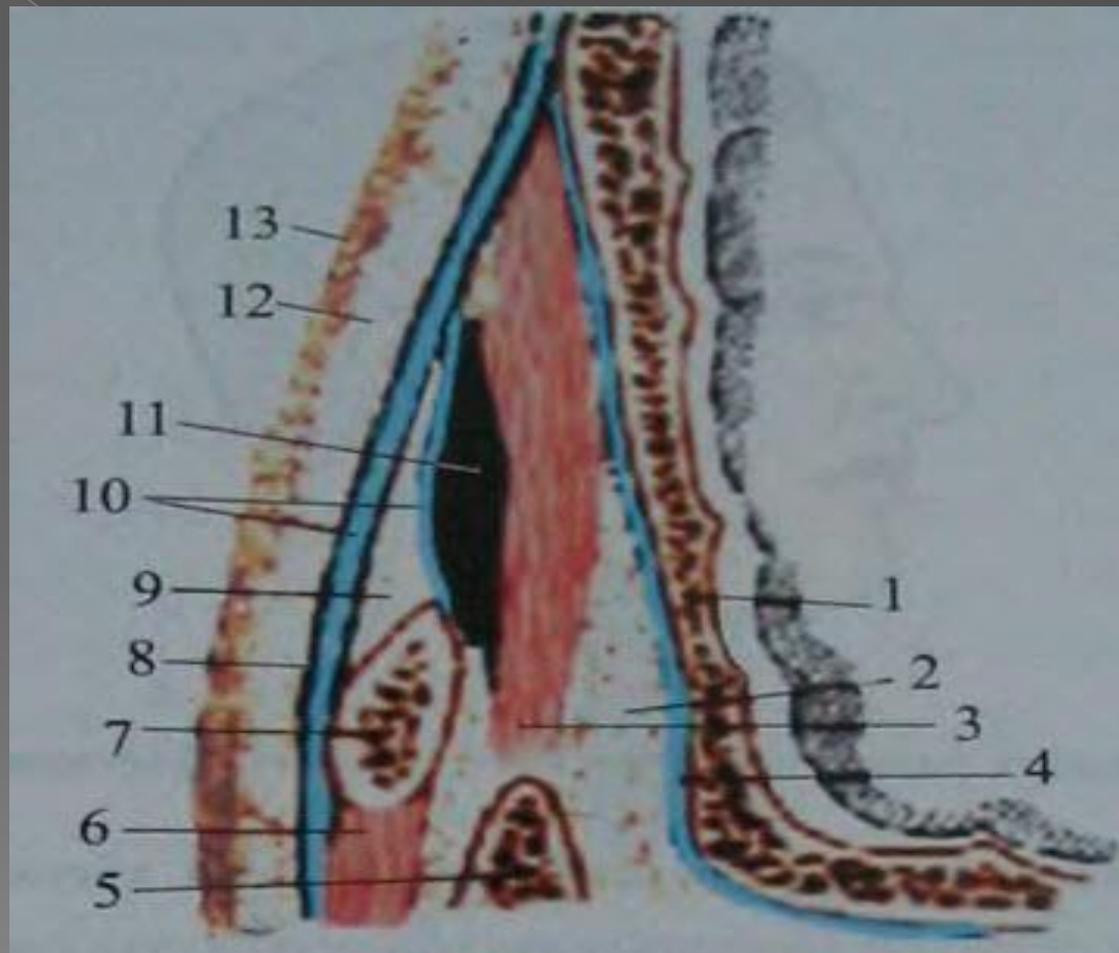


Вскрытие межапоневротического абсцесса височной области проводят разрезом вдоль верхнего края скуловой дуги.



С помощью кровоостанавливающего зажима отделяют подкожно-жировую клетчатку от наружной поверхности височного апоневроза на 0,5-1 см вверх от края скуловой дуги. Рассекают поверхностный листок височного апоневроза в месте прикрепления его к височной дуге на протяжении 2 см. Вводят зажим в межапоневротическое пространство и расслаивая клетчатку, вскрывают гнойный очаг, эвакуируют гной. Операцию заканчивают дренированием гнойника путем введения в операционную рану резиновых перчаточных выпускников.

Вскрытие подапоневротического абсцесса, флегмоны височной области

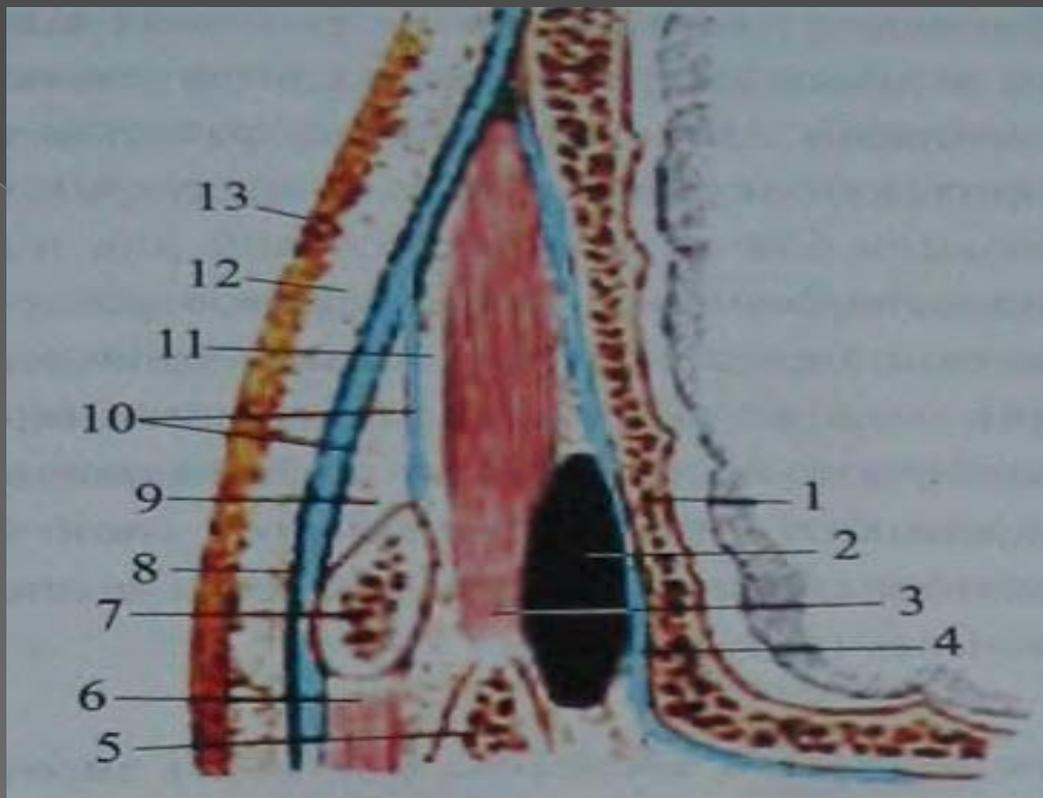




Техника: вскрытие подапоневротического абсцесса, флегмоны височной области проводят радиальным разрезом через середину воспалительного инфильтрата на всем его протяжении.

Захватив и приподняв височный апоневроз, надсекают его. Через разрез вводят зажим в подапоневротическое клетчаточное пространство, а затем над разведенными браншами зажима рассекают височный апоневроз на всем протяжении кожной раны. Тупо вскрывают гнойник и эвакуируют гной. С целью предупреждения склеивания краев раны и создания благоприятных условий для полноценного дренирования гнойника проводят дополнительное рассечение височного апоневроза в поперечном направлении. Операцию заканчивают дренированием гнойника путем введения в операционную рану резиновых перчаточных выпускников.

Вскрытие глубокого абсцесса, флегмоны височной области.



1 - височная кость; 2 - клетчатка позади и впереди височной мышцы; 3 - височная мышца. 4 - надкостница; 5 - венечный отросток нижней челюсти; 6 - жевательная мышца; 7 - скуловая дуга; 8 - межжапоневротическая клетчатка; 9 - собственная фасция; 10 - подкожная флегмона; 11 - поверхностная фасция; 12 - кожа

Вскрытие разлитого абсцесса, флегмоны височной

Техника: вскрытие флегмоны проводят дугообразным разрезом над линией прикрепления височной мышцы к височной кости и горизонтальным разрезом по верхнему краю скуловой дуги.



Крючком оттягивают нижний край раны вниз, пересекают височный апоневроз и височную мышцу вдоль верхней височной линии. Отслаивая распатором височную мышцу от места прикрепления ее к височной кости, входят в подмышечное пространство, тупо вскрывают гнойный очаг и эвакуируют гной. Операцию заканчивают дренированием гнойника путем введения в операционную рану трубчатых дренажей.



Вскрытие глубокого абсцесса, флегмоны височной области

Захватив и приподняв височный апоневроз, надсекают его. Через разрез вводят зажим в подапоневротическое клетчаточное пространство, а затем над разведенными браншами зажима рассекают височный апоневроз на всем протяжении раны. С целью предупреждения склеивания краев раны и создания благоприятных условий для полноценного дренирования гнойника проводят дополнительное рассечение височного апоневроза в поперечном направлении. С помощью зажима раздвигают волокна височной мышцы над воспалительным инфильтратом, тупо расслаивая ткани зажимом, проникают в подмышечное клетчаточное пространство, вскрывают гнойник и эвакуируют гнои. Операцию заканчивают дренированием гнойника путем введения в операционную рану резиновых перчаточных выпускников.

Крылонебная и подвисочная ямки

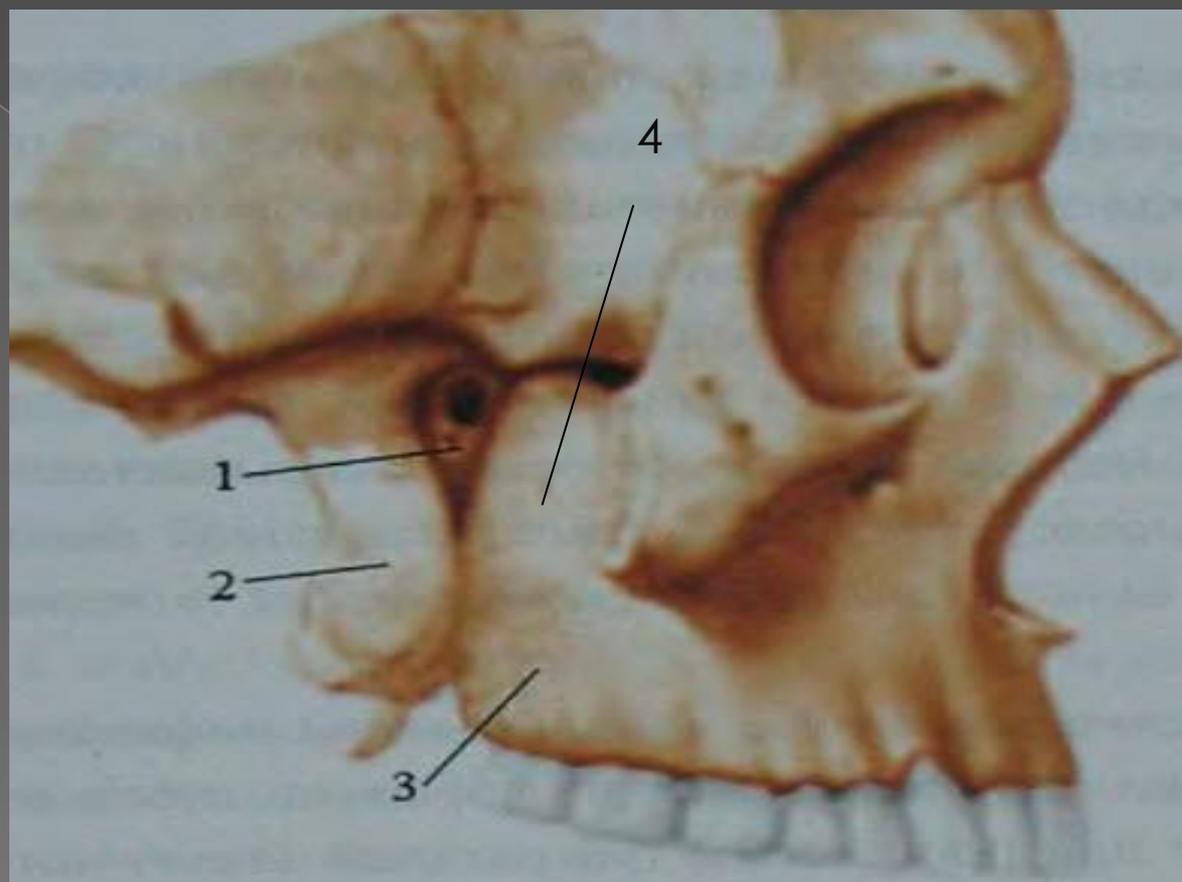
Границы крылонебной ямки:

- передняя - задняя поверхность тела верхней челюсти и глазничный отросток небной кости;
- задняя - крыловидный отросток клиновидной кости,
- внутренняя - вертикальная пластинка небной кости,
- верхняя - нижняя поверхность тела и основания большого крыла основной кости, большое крыло клиновидной кости.

Границы подвисочной ямки:

- передняя - бугор верхней челюсти и нижний отдел височной поверхности скуловой кости,
- задняя - шиловидный отросток височной кости с отходящими от него мышцами и передняя поверхность мышцелкового отростка нижней челюсти;
- наружная - внутренняя поверхность ветви нижней челюсти,
- внутренняя - наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости, верхняя - гребешок большого крыла клиновидной кости.

С нижнемедиальной стороны подвисочную ямку ограничивает медиальная крыловидная мышца, которая начинается от крыловидной ямки и прикрепляется к внутренней поверхности угла нижней челюсти.



1 - крылонебная ямка; 2 - крыловидный отросток клиновидной кости; 3 - бугор верхней челюсти; 4- подвисочная ямка.

Проекцией крылонебной ямки на кожу является равносторонний треугольник, основанием которого является средняя треть линии, проведенной по верхнему краю скуловой дуги от верхнего края козелка уха к наружному углу глаза. От данной линии книзу под углом 60° строят две боковые его стороны.



Крылонебная ямка лежит в глубине между верхней челюстью и крыловидным отростком внутрь от подвисочной ямки. С подвисочной ямкой крылонебная ямка соединяется серповидной щелью. Крылонебная ямка сообщается с глазницей через нижнюю глазничную щель; с полостью носа - через клиновидно-небное отверстие, которое находится на медиальной стенке крылонебной ямки; с полостью рта через большой небный канал, который открывается большим и малыми небными отверстиями; со средней черепной ямкой - через круглое отверстие; с наружным основанием черепа - через крыловидный канал.

Основные источники и пути проникновения инфекции:

Очаги одонтогенной инфекции в области больших коренных зубов верхней челюсти, Инфицирование при проведении туберальной анестезии.

Вторичное поражение в результате распространения инфекции по протяжению из крыловидно-челюстного пространства, из височной, щечной, околоушно-жевательной областей.

Внешний вид пациентки с флегмоной крылонебной ямки:

Объективно: лицо асимметрично за счет умеренно выраженной припухлости тканей нижнего века.

Определяется гиперемия слизистой оболочки свода преддверия рта. При пальпации отмечается инфильтрат в заднем отделе свода преддверия рта за бугром верхней челюсти, резко болезненный. Открывание рта умеренно ограничено.



Внешний вид пациента с флегмоной подвисочной ямки.

Объективно: лицо асимметрично, кожные покровы гиперемированы. Местные признаки воспаления очень хорошо выявляются при осмотре со стороны полости рта в виде сглаженности заднего свода преддверия рта, гиперемии слизистой оболочки. При пальпации определяется инфильтрат за бугром верхней челюсти, резко болезненный. Определяется гиперемия слизистой оболочки свода преддверия рта. Открывание рта умеренно ограничено. При флегмоне подвисочной и крылонебной ямок в большинстве случаев определяется инфильтрат в области переходной складки верхнезаднего отдела преддверия полости рта; при флегмоне височной области этот симптом отсутствует.



Схема внутриротового способа вскрытия абсцесса, флегмоны крылонебной и подвисочной ямок



Техника: при изолированном поражении подвисочной и крылонебной ямок используют внутриротовой разрез в верхнем своде преддверия рта несколько ниже переходной складки слизистой оболочки на уровне двух последних моляров.

Далее распатором отслаивают верхние края раны от бугра верхней челюсти и изогнутым зажимом тупо проходят за бугор верхней челюсти в крылонебную и подвисочную ямки к месту скопления гноя. Операцию заканчивают дренированием гнойника путем введения через операционную рану во рту резиновых перчаточных выпускников. Внутриротовой разрез применяют редко. Флегмона подвисочной ямки обычно сочетается с поражением клетчаточных пространств смежных анатомических областей. В таких случаях дренирование подвисочного клетчаточного пространства осуществляется из оперативного доступа, используемого для вскрытия флегмоны соседних заинтересованных областей, т. е. наружных разрезов.

Спасибо за внимание!!!

