



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, диагностикой, 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, окологлазничных 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 областям 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 левомикола, натрия гипохлорита, а также воздействие на рану ультразвуком, магнитным полем, низкоэнергетического гелий неоновом лазере.

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*, *t. pterygoideus medialis*, *t. masseter*) или с помощью кровоостанавливающего зажима раздвигают мышечные волокна височной, челюстно-подъязычной и щечной мышц (*m. temporalis*, *t. mylohyoideus*, *t. 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, глубже лежащие 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: внеротовой 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).

- 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., Костюченко А., «Рана и раневая инфекция», Москва, 1986г.