

Тема: Осложнения при остром гематогенном и одонтогенном остеомиелите костей лицевого скелета у детей

Цель: Изучить осложнения при остром гематогенном и одонтогенном остеомиелите костей лицевого скелета у детей.

Задачи:

1. Изучить клинику и диагностику осложнений при остром гематогенном и одонтогенном остеомиелите костей лицевого скелета у детей.

2. Изучить принципы комплексного лечения осложнений при остром гематогенном и одонтогенном остеомиелите костей лицевого скелета у детей.

Место проведения занятия: детское челюстно – лицевое отделение

Необходимое оборудование и материалы: ноутбук ,мультимедийная презентация, рентгенограммы, фотокарты больных, операционная и перевязочная.

План занятия

Этапы занятия	Оборудование	Учебные пособия и средства контроля	Место	Время(в процентах к общей продолжительности занятия)
1.Проверка исходных знаний, решение учебных задач	Ноутбук	Контрольные вопросы и задачи для выявления исходных знаний студентов. Фотографии. Набор хирургических инструментов.	Хирургический кабинет	40
2.Самостоятельная курация больных.Обсуждение принятых больных, проверка историй болезни	Оборудование и инструментарий хирургического кабинета.	Методические указания, медицинская документация.Листок практических навыков.	-- « --	50
3.Подведение итогов занятия. Задание на следующее занятие.		Ситуационные задачи		10

Гематогенный остеомиелит, являющийся проявлением септикопиемии в челюстно – лицевой области, характеризуется многообразием клинических проявлений, сложностью раннего распознавания, тяжелым и стремительным течением, нарушением функций многих систем организма, высокой летальностью.

Острый одонтогенный остеомиелит — тяжелое гнойно-инфекционное воспалительное заболевание челюстных костей, при котором источником инфекции являются пораженные кариесом и его осложнениями зубы.

Знание особенностей функционирования детского организма, особенностей течения воспалительных процессов в детском возрасте, способствует своевременному выявлению и проведению комплексного противовоспалительного лечения в полном объеме и спасению жизни ребенка.

Течение остеомиелитов челюстей часто осложняются воспалительными процессами в мягких тканях и лимфатических узлах, наблюдается гибель зачатков постоянных зубов. При гематогенном остеомиелите гибнут зоны роста, что прерывает нормальный рост челюсти и становится причиной ее недоразвития и формирования первично-костных поражений ВНЧС в форме вторичного деформирующего остеоартроза (чаще), костного анкилоза (реже) или неоартроза (редко).

Флегмона поднижнечелюстной области

Границы поднижнечелюстной области : верхневнутренняя — челюстно-подъязычная мышца (*m. mylohyoideus*), наружная — внутренняя поверхность тела нижней челюсти, передненижняя — переднее брюшко двубрюшной мышцы (*venter anterior m. digastrici*), задненижняя — заднее брюшко двубрюшной мышцы (*venter posterior m. digastrici*).



Виды Специалисты выделяют несколько видов флегмоны подчелюстной области:

- Серозный. Это первоначальная стадия заболевания. В травмированных местах накапливается экссудат, а жировая ткань при этом инфильтруется. Клетчатка по своей структуре напоминает холодец. Рубеж между здоровыми и пораженными тканями не отчетлив.

- Гнойный. Эта стадия отличается гистолизом - процессом расплавления тканей с формированием в дальнейшем гноя. При этом экссудат становится белесым, желтым или зеленоватым, мутным. Возникают свищи и язвочки. В случае распространения воспалительного процесса патология охватывает мышечную и костную ткань, которая впоследствии тоже травмируется.

- Гнилостный. Эта форма сопровождается выработкой зловонных газов. Ткани становятся рыхлыми, похожими на темную полужидкую массу. Гнилостная флегмона обязательно сопровождается сильной интоксикацией.

- Некротический. При этой форме возникают некротические очаги, которые впоследствии плавятся и отторгаются. В результате вместо них появляются раны. В случае благоприятного течения патологии воспаленное место отделяется и подвергается абсцессу, который запросто вскрывается.

- Анаэробный. Это серьезное заболевание с распространенными некротическими очагами. Эта форма отличается образованием пузырьков газа. Травмированные ткани становятся серыми, приобретают ужасный запах. При надавливании на травмированный участок можно услышать хруст, который возникает из-за газов.

Возбудитель Непосредственной предпосылкой к развитию патологии являются патогенные микроорганизмы. Как правило, возбудителями флегмоны подчелюстной области становятся золотистые стафилококки и стрептококки. Однако причины могут крыться в активной деятельности других бактерий: синегнойной палочки; клостридии; протей; пептококка; кишечной палочки; пневмококка; паратифозной либо дифтерийной палочки.

Клиническая картина Поднижнечелюстной треугольник утрачивает свои черты, возникает болезненная припухлость. Патологический участок заметно краснеет и отекает. Лимфоузлы, находящиеся возле пораженного места, значительно увеличиваются. В случае односторонней патологии обычно это касается только одного бока. Например, у пациента с одонтогенной флегмоной подчелюстной области слева, как правило, увеличивается лимфоузел только с этой стороны. Травмированная область тактильно кажется горячей, эпителий на ней лоснится. Болевой синдром проявляется при движении. По мере прогрессирования патологического состояния возникает гиперемия, напряжение постоянно нарастает, кожа перестает собираться в складку. Пальпация становится с каждым разом болезненнее. Проявляется коллатеральный отек. Пациенту больно открывать рот, челюсти при этом могут сводиться по-разному. В некоторых случаях глотание также сопровождается болью. Из ротовой полости доносится ужасный запах, наблюдается избыточная выработка слюны. Лицо может перекоситься, ткани обретают отечность в зоне шеи и подбородка. Общее самочувствие пациента обуславливается вирулентностью инфекции.

Лечение комплексное ,сочетающее хирургическое вмешательство и комплексную противовоспалительную терапию

Хирургическое вмешательство При изолированном поражении поднижнечелюстной области применяют наружный доступ. Разрез кожи длиной 6–7 см производят в поднижнечелюстной области по линии, соединяющей точку, отстоящую на 2 см книзу от вершины угла челюсти, с серединой подбородка. Такое направление разреза снижает вероятность повреждения краевой ветви лицевого нерва, которая у 25 % людей опускается в виде петли ниже основания нижней челюсти. На всю длину кожного разреза рассекают подкожную жировую клетчатку и подкожную мышцу шеи с окутывающей ее поверхностной фасцией шеи. Над желобковатым зондом рассекают также поверхностную пластинку собственной фасции шеи. Затем, расслаивая и раздвигая клетчатку кровоостанавливающим зажимом, проникают между краем челюсти и поднижнечелюстной слюнной железой в глубь поднижнечелюстного треугольника – к центру инфекционно-воспалительного очага. Если на пути встречается лицевая артерия и передняя лицевая вена, их лучше пересечь между лигатурами. Во избежание повреждения лицевой артерии и передней лицевой вены при рассечении тканей во время операции не следует приближаться скальпелем к кости тела нижней челюсти, через край. Это улучшает доступ к инфекционному очагу и уменьшает вероятность вторичного кровотечения.

Флегмона окологлоточного пространства

Окологлоточное или парафарингеальное пространство (*spatium peripharyngeum*) располагается сзади и сбоку от глотки. В нем различают боковой отдел — *spatium lateropharyngeum* (его называют собственно парафарингеальным или окологлоточным) и задний отдел — *spatium retropharyngeum* (его называют ретрофарингеальным или позади глоточным пространством). Границу между ними образует соединительнотканый листок, натянутый между предпозвоночной фасцией и собственной фасцией глотки — *aponeurosis pharyngopraevertebralis*. Собственно парафарингеальное пространство имеет следующие границы: внутренняя — стенка глотки с покрывающей ее фасцией, мышцы, поднимающие и натягивающие мягкое нёбо; наружная — глубокий листок капсулы околоушной слюнной железы и медиальная крыловидная мышца (*m. pterygoideus medialis*); верхняя — основание черепа; нижняя — *t. hyoglossus*; передняя — межкрыловидная, щечно-глоточная фасция и латеральная крыловидная мышца (*t. pterygoideus lateralis*); задняя — глоточно-предпозвоночный

К парафарингеальному пространству медиально примыкает небная миндалина, латерально — глоточный отросток околоушной слюнной железы (в промежутке между внутренней крыловидной мышцей и шиловидным отростком). На этом участке наблюдается истончение, а иногда и дефект капсулы околоушной железы. По латеральной границе парафарингеального пространства, ближе к предпозвоночной фасции, располагаются сосуды и нервы. Наиболее латеральное положение занимает внутренняя яремная вена. Внутри от нее проходит внутренняя сонная артерия, а также нервы: п. glossopharyngeus, n. vagus, n. accessorius, п. hypoglossus, а на предпозвоночной фасции — truncus sympathicus. Здесь же располагается верхняя группа глубоких шейных лимфатических узлов. В переднем отделе парафарингеального пространства находятся ветви восходящей небной артерии с одноименными венами.

Характерные местные признаки , флегмоны окологлоточного простран- ства

Жалобы на боль при глотании, резко затрудняющую или исключаящую прием пищи, жидкости, проглатывание слюны.

Объективно. Умеренно выраженная припухлость тканей верхнезаднего отдела поднижнечелюстной области. Кожные покровы обычной окраски. При глубокой пальпации под углом нижней челюсти определяется инфильтрат, давление на который вызывает боль. Может быть умеренное ограничение открывания рта за счет воспалительной контрактуры медиальной крыловидной мышцы. Боковая стенка глотки смещена к средней линии («выпячивается»), покрывающая ее слизистая оболочка гиперемирована. •



Рис.1 Флегмона окологлоточного
пространства

Методика операции вскрытия флегмоны окологлоточного пространства

При одонтогенных воспалительных процессах обычно имеет место вторичное поражение окологлоточного пространства в результате распространения инфекции из соседних анатомических областей, т. е. инфекционно-воспалительный процесс носит разлитой (флегмонозный) характер. Наружный поднижнечелюстной оперативный доступ позволяет в таких случаях осуществить хорошее дренирование не только окологлоточного пространства, но и пораженных смежных областей.

Флегмона крыловидно – нижнечелюстного пространства

Границы. Крыловидно-челюстное пространство расположено между внутренней поверхностью ветви нижней челюсти и крыловидными мышцами . Оно имеет следующие границы: верхняя — латеральная крыловидная мышца (*m. pterygoideus lateralis*) и межкрыловидная фасция, нижняя — верхняя линия прикрепления сухожилия внутренней крыловидной мышцы к ветви нижней челюсти (*m. pterygoideus medialis*), наружная — внутренняя поверхность ветви нижней челюсти (*ramus mandibulae*), внутренняя — задняя и наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы, передняя — щечно-глоточный шов (*raphe buccopharyngea*).

Основные источники и пути проникновения инфекции

Очаги одонтогенной инфекции в области нижних моляров, в частности, при затрудненном прорезывании этих зубов, осложненном развитии перикоронарита, а также инфицирование во время выполнения проводниковой мандибулярной, торусальной анестезии (по ММ.Вейсбрему).

Жалобы на боль в горле, усиливающуюся при открывании рта, жевании, глотании; ограничение открывания рта.

Объективно. Лицо симметричное, кожные покровы обычной окраски. Открывание рта резко ограничено из-за воспалительной контрактуры внутренней крыловидной мышцы, может наблюдаться уменьшение амплитуды бокового перемещения нижней челюсти в «здоровую» сторону. Слизистая оболочка в области крыловидно-челюстной складки отечна, гиперемирована. Пальпация этой зоны вызывает боль.

Методика операции вскрытия абсцесса крыловидно-челюстного пространства внутриротовым доступом

При абсцессе крыловидно-челюстного пространства, нередко возникающего после проводниковой анестезии нижнего луночкового нерва вследствие нагноения гематомы, вскрытие гнойно-воспалительного очага обычно осуществляют внутриротовым доступом.

1. Обезболивание — местная инфильтрационная анестезия в области крыло-видно-челюстной складки в сочетании с проводниковой анестезией по Берше-М.Д.Дубову, В.М.Уварову на фоне премедикации.
2. Разрез слизистой оболочки вдоль наружного края крыловидно-челюстной складки длиной около 2,5-3 см .
3. Разведение краев раны с расслоением подслизистого слоя клетчатки и меж-крыловидной фасции при помощи кровоостанавливающего зажима .
4. Вскрытие гнойного очага путем расслоения клетчатки крыловидно-челюстного пространства вдоль внутренней поверхности ветви нижней челюсти с помощью кровоостанавливающего зажима.
5. Введение через операционную рану ленточного дренажа из перчаточной резины или полиэтиленовой пленки в крыловидно-челюстное пространство. Для предупреждения смещения дренажа вглубь операционной раны его можно фиксировать швом к краю раны.

Методика операции вскрытия флегмоны крыловидно-челюстного пространства наружным поднижнечелюстным доступом

1. Обезболивание — наркоз (внутривенный, ингаляционный).
2. Разрез кожи и подкожной клетчатки, окаймляющий угол нижней челюсти, отступя на 1,5-2 см книзу и кзади от края челюсти с целью предупреждения повреждения краевой ветви лицевого нерва (г. *marginalis mandibulae*).
3. Отслойка верхнего края раны от подкожной мышцы (*m. platysma*) и покрывающей ее поверхностной фасции шеи (*fascia colli superficialis*) с помощью куперовских ножниц, марлевого тампона до появления в ране угла нижней челюсти. При этом вместе с подкожно-жировой клетчаткой смещается вверх и краевая ветвь лицевого нерва.
4. Пересечение скальпелем подкожной мышцы шеи (*m. platysma*) в месте прикрепления ее к углу челюсти и части сухожилия внутренней крыловидной мышцы (*m. Ptery-goideus medialis*) в месте его прикрепления к нижней челюсти . Гемостаз.
5. Отслойка распатором сухожилия внутренней крыловидной мышцы (*m. pterygoideus medialis*) от внутренней поверхности нижней челюсти.
6. Вскрытие гнойного очага расслоением клетчатки крыловидно-челюстного пространства с помощью кровоостанавливающего зажима . Окончательный гемостаз.
7. Введение через операционную рану в крыловидно-челюстное пространство ленточного или трубчатого дренажа .
8. Наложение асептической ватно-марлевой повязки с гипертоническим раствором, антисептиками.

Флегмона глазницы (орбитальный целлюлит) – диффузное гнойное воспаление орбитальной клетчатки. Флегмона глазницы характеризуется тяжелым общим состоянием (головной болью, тошнотой, фебрильной температурой), пульсирующей болью в орбите, экзофтальмом, диплопией, отеком и гиперемией век, хемозом конъюнктивы, снижением остроты зрения, ограничением подвижности глазного яблока. Несмотря на свою относительно невысокую встречаемость (около 1% случаев в популяции), флегмона глазницы может представлять опасность не только для зрительной функции, но и для жизни пациента. При распространении гнойного процесса по венозному руслу из орбиты в полость черепа развиваются опасные осложнения - тромбоз мозговых сосудов и менингит, которые в 20% случаев приводят к гибели больных. Флегмона глазницы может возникать в любом возрасте, но чаще встречается у детей до 5 лет.



Рис.2 Флегмона глазницы

Классификация стадий флегмоны глазницы

Гнойный процесс в орбитальной клетчатке развивается поэтапно, проходя стадии пресептального целлюлита, орбитального целлюлита, субпериостального абсцесса и собственно абсцесса и флегмоны глазницы. При этом своевременная терапия может прервать дальнейшее развитие воспаления на любом этапе.

Пресептальный целлюлит характеризуется воспалительным отеком тканей орбиты и век, незначительным экзофтальмом, однако подвижность глаза на этой стадии сохранена, а зрение не нарушено. Дальнейшее прогрессирование инфекционного процесса и его распространение в задние отделы глазницы вызывает развитие орбитального целлюлита. Эта форма клинически проявляется отеком век, экзофтальмом, хемозом, ограничением подвижности глазного яблока и снижением остроты зрения. Если гной скапливается между перiorбитой и костной стенкой глазницы, приводя к разрушению последней, формируется субпериостальный абсцесс орбиты. На данной стадии отмечается отек и гиперемия верхнего века, нарушение подвижности и смещение глазного яблока в сторону, противоположную расположению абсцесса, экзофтальм, нарушение остроты зрения. Абсцесс глазницы характеризуется скоплением гноя в орбитальных тканях с образованием полости, ограниченной пиогенной оболочкой. Кроме названных выше признаков гнойного орбитального воспаления, при абсцессе глазницы может развиваться офтальмоплегия, сдавление зрительного нерва и слепота.

При разлитом воспалении орбитальной клетчатки говорят о флегмоне глазницы

Симптомы флегмоны глазницы

Гнойное воспаление при флегмоне глазницы обычно носит односторонний характер и бурное развитие (от нескольких часов до 1-2 суток). При этом резко возникает пульсирующая боль в веках и глазнице, которая усиливается при движениях глазного яблока и пальпации. Веки резко отечны, имеют красно-фиолетовый оттенок, напряжены, их невозможно раскрыть. По мере нарастания воспаления развивается ущемление конъюнктивы в глазной щели (хемоз), диплопия, экзофтальм, смещение и неподвижность глазного яблока, резкое снижение зрения. При флегмоне глазницы стремительно ухудшается общее состояние пациента: нарастает недомогание, головная боль, тошнота, лихорадка.

При переходе воспалительного процесса на зрительный нерв развивается неврит, тромботическая окклюзия вен сетчатки, нейропаралитический кератит с формированием гнойной язвы роговицы. При вовлечении в гнойное воспаление сосудистой и других оболочек глаза возникает хориоидит и панофтальмит с последующей атрофией глаза.

Критическими осложнениями флегмоны глазницы могут являться абсцесс мозга, менингит, тромбоз венозных синусов, сепсис. Относительно благоприятным исходом флегмоны глазницы можно считать самопроизвольный прорыв гноя через конъюнктиву или кожу века наружу.

Диагностика флегмоны глазницы

Пациент с флегмоной глазницы должен быть безотлагательно проконсультирован офтальмологом, отоларингологом и стоматологом. Постановке диагноза флегмоны глазницы способствует анализ анамнестических данных: наличие предшествующих гнойных процессов челюстно-лицевой области, характерная клиническая картина, наружный осмотр глаза с помощью векоподъемника, пальпация.

Необходимая инструментальная диагностика включает УЗИ и рентгенографию орбиты, ультразвуковое и рентгеновское исследование придаточных пазух, ортопантограмму. С уточняющей целью может применяться диафаноскопия, офтальмоскопия для оценки состояния зрительного нерва, экзофтальмометрия, биомикроскопия, КТ орбит и др. Из лабораторных анализов при флегмоне глазницы первоочередное диагностическое значение имеют общеклинический анализ крови и посев крови на стерильность.

Флегмону глазницы следует дифференцировать от флегмоны века, острого дакриоцистита, тенонита, периостита орбитальной стенки, инородного тела глазницы, ретробульбарного кровоизлияния, глиомы, саркомы, нейрофиброматоза, отека Квинке.

Лечение флегмоны глазницы проводится врачами офтальмологами в стационарных условиях.

Флегмона щечной области

Топографическая анатомия. Щечная область соответствует расположению щечной мышцы (*m. buccinatorius*), заполняющей пространство между верхней и нижней челюстью. Щечная область ограничена спереди *m. risorius*, сзади — передним краем жевательной мышцы (*m. masseter*), сверху — краем скуловой дуги, снизу — краем нижней челюсти.

Клиника. Возникающие в щеке воспалительные процессы наблюдаются в виде как ограниченных абсцессов, так и разлитых флегмон. Для флегмоны щеки характерна асимметрия лица в результате значительного опухания больной щеки. Кожа щеки напряжена, лоснится, гиперемирована, отечна (от давления пальцами остаются следы). Вследствие отека нижнего века глазная щель сужена, глаз полузакрит. Носогубная бороздка сглажена, верхняя губа соответствующей стороны, так же как и при подглазничной флегмоне, отечна и производит впечатление полупарализованной. Открывание рта относительно свободно. Слизистая оболочка щеки в большей или меньшей степени отечна. Вследствие обилия в щечной области рыхлой клетчатки, лимфатических и венозных сосудов, воспалительные процессы здесь сопровождаются значительной отечностью, что иногда затрудняет в начале заболевания определение очага флюктуации. В этих случаях следует пользоваться бимануальным ощупыванием. Оказывает помощь также пункция толстой иглой шприца. Но чаще наблюдаются отчетливо выраженные признаки скопления экссудата в определенном участке с явной флюктуацией. У детей быстро развивается некроз жирового комка Биша.

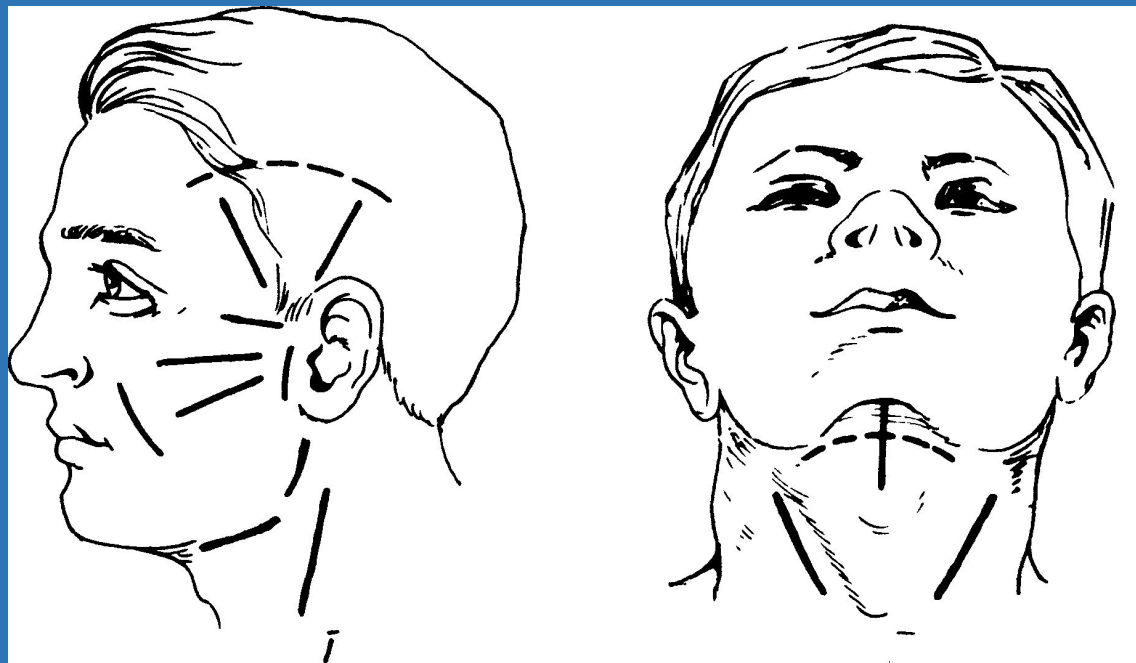


Рис.3 Схема направления разрезов на лице и шеи

Лечение. Хирургическое вмешательство состоит во вскрытии флегмоны с учетом анатомо-топографических особенностей щечной области — расположения сосудов, ветвей лицевого нерва, стенонова протока . Разрезы со стороны полости рта достигают цели лишь тогда, когда процесс сосредоточен непосредственно между слизистой оболочкой и мышцей. Разрезы дренируют.

После вскрытия гнилостных флегмон наблюдается отторжение значительных участков омертвевшей клетчатки.

За последние годы анализ клинических наблюдений показал, что остеомиелит верхней челюсти у детей протекает особенно тяжело, так как часто осложняется помимо щечной флегмоны и флегмона орбиты – эмпиемой гайморовой пазухи. Чаще всего это больные дети в 4-7 летнем возрасте.

Рентгенологически у этих больных отмечалось нарушение контуров верхнечелюстной пазухи и затемнение последней. Так же часто отмечается гноетечение из лунок удаленных зубов .

Быстрому диффузному распространению гнойного экссудата по кости, способствует анатомо-физиологические особенности костной ткани в период ее роста, (недостаточная минерализация, преобладание органических веществ, нежность костных структур губчатого вещества и т.д.), а наличие в верхней челюсти гайморовых пазух, создает благоприятные условия для скопления в них гнойного экссудата в течение 3-4 дней от начала воспалительного процесса. Последнее усугубляет и без того тяжелое состояние больного.

Лимфаденит – (lymphadenitis) - воспаление лимфоузлов, часто сочетающееся с лимфангоитом.

Практическое значение имеют в первую очередь поверхностные и глубокие лимфадениты лица и шеи. В области лица различают лимфатические узлы щечные, околоушные и нижнечелюстные, которые располагаются в следующих местах: у внутреннего угла глаза, вблизи подглазничного отверстия, в верхнем отделе носогубной борозды (на уровне носовых отверстий, в клетчатке над серединой щечной мышцы (по линии, соединяющей угол рта с ушной раковиной).

В клетчатке на наружной поверхности тела нижней челюсти и впереди места прикрепления жевательной мышцы расположены (1-2) так называемые надчелюстные, или жизнечелюстные, лимфоузлы.

Поднижнечелюстные лимфоузлы делят на три группы: передние, средние и задние. Располагаются они книзу и медиально от угла челюсти, в ложе поднижнечелюстной слюнной железы или вне ее капсулы.

Подбородочные лимфоузлы (обычно их 2-3) лежат в треугольнике между передними брюшками двубрюшных мышц и подъязычной костью. Лимфоузлы языка расположены в толще его – между челюстно – язычными и подбородочное – язычными мышцами. Поверхностные и глубокие узлы шеи локализируются в виде многочисленной сети и цепочек, тянущихся вдоль крупных сосудов, нервов и грудино – ключично - сосцевидных мышц.

Серозное воспаление лимфатического узла обычно развивается на 1 сутки основного заболевания, в то время как гнойное расплавление чаще наблюдается на 2-3 сутки. Отмечено, что патологический процесс в первичном одонтогенном очаге может находиться в стадии излечения, в то время как воспалительный в региональном лимфатическом узле продолжает нарастать. Острые одонтогенные лимфадениты чаще всего связаны с патологическими изменениями в области моляров и премоляров нижней челюсти, реже – моляров и боковых резцов верхней челюсти. Это обуславливает более частое поражение поднижнечелюстных, подбородочных, щечных и околоушных лимфатических узлов, являющихся основными коллекторами лимфооттока от данных участков поражений. Обычно в воспалительный процесс вовлекается один лимфатический узел, реже наблюдается увеличение двух узлов региональной области.



Рис.4 Гнойный лимфаденит поднижнечелюстной области

Медиастинит - асептический или микробный воспалительный процесс в клетчатке средостения с острым либо хроническим течением. Развитие острого медиастинита характеризуется болью за грудиной, лихорадкой, ознобами, тахикардией, тяжелой эндогенной интоксикацией. При хроническом медиастините на первый план выходят симптомы компрессии органов средостения (кашель, одышка, дисфагия). Диагностика медиастинита проводится с учетом данных рентгеновского обследования, КТ, УЗИ, эзофагоскопии, бронхоскопии, медиастиноскопии. Лечебная тактика при медиастините – активная, требует устранения причины воспаления и проведения медиастинотомии с адекватным дренированием гнойного очага.

Медиастинит является угрожающим жизни состоянием и в случае запоздалой диагностики или неадекватного лечения сопровождается высокими показателями летальности. Практика показывает, что только 15-20% случаев медиастинита выявляется прижизненно, что связано с быстро прогрессирующим течением заболевания и недостаточно патогномичными проявлениями на фоне общей тяжелой инфекции.

Лечение медиастинитов проводится в отделении торакальной хирургии

Тромбофлебит лицевых вен начинается часто с появления лихорадки, озноба, общего недомогания, отека лица. Под кожей появляются резко болезненные, похожие на “шнуры” уплотнения по ходу лицевых вен. Такая клиника, как правило, у врача не вызывает сомнений в постановке диагноза. Затруднения возникают при появлении периорбитального отека, что может быть одним из признаков осложнения — тромбофлебита пещеристого синуса. Поэтому помимо лабораторных тестов, подтверждающих воспалительный процесс в организме, назначаются обследования, позволяющие оценить сосудистую структуру лица, шеи и головного мозга. Для этого проводятся КТ, МРТ (с контрастным веществом) или магнитно-резонансная флебография, которые наглядно демонстрируют сосудистую анатомию и возможные осложнения. Лечение проводится в условиях детского челюстно – лицевого отделения.



Рис.5 Тромбофлебит вен лица

остеоартрит – воспаление сустава, развившееся вследствие повреждения или воспаления суставных концов костей и распространения воспаления на элементы сустава.

Течение остеоартритов в первые дни характеризуется болью, ограничением движения нижней челюсти, отеком и гиперемией мягких тканей. Далее клиническая картина зависит от основного(причинного) заболевания. Так при хроническом воспалительном процессе(гематогенном или одонтогенном остеомиелите челюсти) наблюдается гнойное расплавление или секвестрация мышечного отростка нижней челюсти с соответствующими клиническими симптомами

Лечение остеоартритов ВНЧС у детей — это, как правило, комплексное и рациональное лечение основного заболевания.

внутричерепные осложнения:

- 1.Риногенная гидроцефалия** - токсикоинфекционный отек оболочек головного мозга с явлениями ликворной гипертензии – возникает под воздействием воспалительного процесса в верхнечелюстных пазухах. Клинически заболевание характеризуется интенсивной головной болью, локализующейся в области лба и висков. Болевые приступы могут сопровождаться тошнотой и рвотой. Важным признаком заболевания являются застойные соски зрительных нервов, снижение остроты зрения, поражение отводящего, глазодвигательного и тройничного нервов. Диагноз подтверждается данными исследования церебральной жидкости.
- 2. Базальный арахноидит** обусловлен гнойным и полипозным процессом в верхнечелюстных пазухах. Наблюдается резкие односторонние боли в области лица и головы. Определяется поражение V,VI,VII пар черепных нервов.

3. Гнойный менингит обычно развивается при гнойном расплавлении стенок пещеристого синуса.

Для гнойного менингита характерны острое начало заболевания, повышение температуры тела до 39-40°C, сильная головная боль, тошнота, рвота. Сознание угнетено, отмечается soporозное состояние, выражен менингеальный синдром (ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского). Особое значение для диагностики заболевания имеет исследование церебральной жидкости.

Давление резко повышено, жидкость мутная, гнойная, быстро нарастает плеоцитоз.

При менингоэнцефалите тяжесть состояния больных нарастает. К менингеальному синдрому присоединяются более или менее продолжительная потеря сознания, очаговые симптомы. Пульс становится частым, аритмичным, артериальное давление падает. Наличие очаговой симптоматики при крайне тяжелом состоянии может указывать на абсцесс головного мозга в конечной стадии заболевания.

4. Абсцессы головного мозга как осложнение одонтогенной инфекции чаще развиваются контактным путем.

Продолжительность течения абсцесса головного мозга от нескольких дней до многих месяцев. Начальная фаза абсцесса (энцефалитическая) протекает с симптомами менингоэнцефалита и нередко остается нераспознанной на фоне распространенного гнойно-воспалительного процесса. Следующая фаза (латентная) может быть довольно продолжительной и характеризуется общим недомоганием, головной болью. В ряде случаев больные остаются трудоспособными. Абсцесс мозга диагностируется чаще в явной или манифестной, фазе. Для этого периода заболевания характерны общие симптомы: субфебрильная температура тела, умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Общемозговые симптомы – интенсивная разлитая или локализованная головная боль, тошнота, рвота, брадикардия у 70-75% больных – связаны с повышением внутричерепного давления. В 58-60% случаев имеют место застойные изменения на глазном дне. Очаговые симптомы зависят от локализации, размера абсцесса, степени выраженности перифокальных воспалительных изменений.

Внезапное ухудшение общего состояния больного, усиление головных болей, появление менингеального синдрома при резком увеличении числа нейтрофилов и повышении содержания белка в церебральной жидкости указывает на прорыв абсцесса в мозговые желудочки или под оболочки головного мозга. Терминальная фаза абсцесса может также проявляться симптомами сдавления ствола мозга и параличом дыхательного центра.

Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи, которые стали более частыми в последние годы, отличаются тяжестью течения и нередко неблагоприятным прогнозом. Своевременная диагностика этих осложнений затруднена, так как симптомы их часто скудны, нетипичны и маскируются основным заболеванием. Особую настороженность должны вызывать нарастание тяжести состояния, высокая темпер. тела, прогрессирование явлений интоксикации после вскрытия гнойников и адекватного лечения заболевания. Необходимо правильно оценивать жалобы больных на упорную головную боль, которая может быть наиболее ранним признаком внутричерепного осложнения. При подозрении на осложнение надо применять дополнительные методы исследования, такие как рентгенография органов грудной клетки, электроэнцефалография, исследование глазного дна, церебральной жидкости и др. К обследованию и лечению больных с осложнениями должны привлекаться врачи смежных специальностей: оториноларингологи, окулисты, невропатологи, торокальные хирурги.

При лечении осложнений острого гнойного процесса у ребенка одна из главных мер – неотложная хирургическая помощь в полном объеме.

ОБРАЗЦЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ К ЗАНЯТИЮ:

Выберите один правильный ответ

7. МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ:

- 1). диплопия
- 2). гибель зоны роста
- 3). ксеростомия
- 4). паралич лицевого нерва
- 5). никтофобия

2. МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ БЫВАЕТ:

- 1). диплопия
- 2). гибель зачаткой постоянных зубов
- 3). ксеростомия
- 4). дефект нижнеглазничного края
- 5). верно 2,4

3. ОТДАЛЕННЫМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ БЫВАЕТ:

- 1). диплопия
- 2). ксеростомия
- 3). деформация челюсти
- 4). паралич лицевого нерва
- 5). папилломатоз

4. МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ БЫВАЕТ:

- 1). диплопия
- 2). ксеростомия
- 3). патологический перелом
- 4). паралич лицевого нерва
- 5). фиброматоз

5. ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ ОСЛОЖНЕНИЕМ БЫВАЕТ:

- 1). ксеротомия
- 2). слюнные свищи
- 3). рубцовая контрактура
- 4). паралич лицевого нерва
- 5). переход в хроническую форму

Ответы на образцы тестовых заданий к занятию:

1 – 2

2 – 5

3 - 3

4 - 3

5 - 5

ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ К ЗАНЯТИЮ

ЗАДАЧА 1

У ребенка 6 лет после перенесенной ОРВИ в правой поднижнечелюстной области появилась незначительная припухлость мягких тканей. Родители ребенка к врачу не обращались.

Лечение проводили сухим теплом. Через 3 дня температура у ребенка резко поднялась до $38,5^{\circ}\text{C}$. В правой поднижнечелюстной области появился резко болезненный инфильтрат размером $6,0 \times 4,0 \text{ см}$.

Кожа над инфильтратом гиперемирована.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Общая температура тела $37,6^{\circ}\text{C}$.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный окончательный диагноз.
3. Дифференциальный диагноз?
4. Какова врачебная тактика и выбор метода лечения?
5. Прогноз по выявленной Вами нозологической форме.

ЗАДАЧА 2

У ребенка 9 лет после перенесенной ОРВИ появились боли при накусывании на 46 зуб. Зуб ранее не лечили. Родители ребенка к врачу не обращались.

Лечение проводили сухим теплом. Через 3 дня температура у ребенка резко поднялась до $38,5^{\circ}\text{C}$. В правой поднижнечелюстной области появился резко болезненный инфильтрат размером $6,0 \times 4,0$ см. Кожа над инфильтратом гиперемирована.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Общая температура тела $37,6^{\circ}\text{C}$.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный окончательный диагноз.
3. Дифференциальный диагноз?
4. Какова врачебная тактика и выбор метода лечения.
5. Прогноз по выявленной Вами нозологической форме.

ОБРАЗЦЫ ОТВЕТОВ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ К ЗАНЯТИЮ:

ЗАДАЧА 1

1. Воспалительный процесс правой поднижнечелюстной области.
2. Аденофлегмона правой поднижнечелюстной области. Диагноз был поставлен на основании осмотра, пальпации и дополнительных методов обследования (анализы крови и мочи)
3. Гнойный лимфаденит правой поднижнечелюстной области, воспаление поднижнечелюстной слюнной железы
4. Лечение проводится в стационарных условиях. Под общим обезболиванием проводится вскрытие флегмоны с последующим комплексным противовоспалительным лечением.
5. При своевременно начатом комплексном лечении прогноз благоприятный

ЗАДАЧА 2

1. Воспалительный процесс правой поднижнечелюстной области.
2. Одонтогенная флегмона правой поднижнечелюстной области. Диагноз был поставлен на основании осмотра, пальпации и дополнительных методов обследования(анализы крови и мочи)
3. Гнойный лимфаденит правой поднижнечелюстной области, воспаление поднижнечелюстной слюнной железы
4. Лечение проводится в стационарных условиях. Под общим обезболиванием проводится вскрытие флегмоны с последующим комплексным противовоспалительным лечением.
5. При своевременно начатом комплексном лечении прогноз благоприятный

Основная литература

1. Зеленский, Владимир Александрович. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия : учебник / В. А. Зеленский, Ф. С. Мухорамов . - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

2. Персин, Леонид Семенович. Стоматология детского возраста : учебник / Л. С. Персин .- Москва: Медицина, 2008.

Дополнительная литература

1. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Сборник иллюстрированных клинических задач и тестов : учеб. пособие / УМО по мед. и фармацев. образованию вузов России ред.: О. З. Топольницкий, А.П.Гургенадзе.-Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2. Топольницкий О.З. Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие / О. З. Топольницкий , А. Ю. Васильев.- Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011.
Режим доступа <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970418260.html>.
3. Зеленский, Владимир Александрович. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Зеленский, Ф. С. Мухорамов .- Москва: ГЭОТАР Медиа, 2009.
Режим доступа :<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970411704.html>
4. Стоматология детская. Хирургия [Электронный ресурс] : учебник / УМО по мед. и фармацев. образованию вузов России-ред. В. М. Елизарова.-Москва : Медицина, 2009
Режим доступа :<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN5225034314.html>
5. Клинические ситуации с иллюстрациями для итоговой государственной аттестации выпускников медицинских вузов Российской Федерации : учеб.метод. пособие для мед. вузов спец. 060105.65"Стоматология"/ УМО по мед. и фармацев. образованию вузов России, ВУНМЦ, Моск. гос. мед.стом. ун-тред. Г. М. Барер.-Москва : ВУНМЦ, 2008.

Электронные образовательные ресурсы

- 1.Электронная библиотека ОмГМУ. Режим доступа: <http://weblib.omsk-osma.ru>; свободный доступ для авторизованных пользователей;
- 2.Электронно-библиотечная система «КнигаФонд». Режим доступа: <http://www.knigafund.ru>.30 точек доступа;
- 3.Научная электронная библиотека. Режим доступа: <http://elibrary.ru/defaultx.asp>; свободный доступ;
- 4.СПС «Гарант»: локальная компьютерная сеть.155 точек доступа;
- 5.СПС «Консультант Плюс»: локальная компьютерная сеть.22точки доступа;
- 6.База данных Scopus. Режим доступа.<http://www.scopus.com>.500точек доступа
- 7ЭБС «Консультант студента». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/> 805 точек доступа