

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и
хирургической стоматологии РУДН

**Общие принципы лечения
абсцессов и флегмон лица и
шеи. Физиотерапия и
реабилитация больных**

Выполнили студентки
4 курса группы МС-407
Насирова Л.Н.
Барис Е.В.

Лечение комплексное и включает:

- 0* хирургическое пособие
- 0* адекватное дренирование раны
- 0* антимикробную терапию
- 0* санацию и местное лечение гнойной раны
- 0* корригирующую иммунотерапию
- 0* устранение нарушений функций жизненно важных органов
- 0* общеукрепляющее лечение
- 0* физиотерапевтическое лечение.

- 0 Лечение больных с абсцессами, проводят амбулаторно.
- 0 При локализации абсцесса в жевательной мышце, крыловидно-нижнечелюстном пространстве, подвисочной ямке, височной области у лиц с сопутствующими заболеваниями, старшей возрастной группы лечение проводят в условиях стационара.
- 0 Больных с флегмонами также лечат в стационаре.

Хирургическое лечение

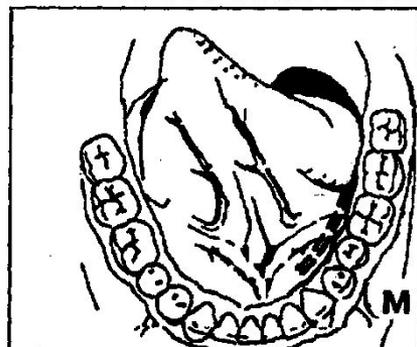
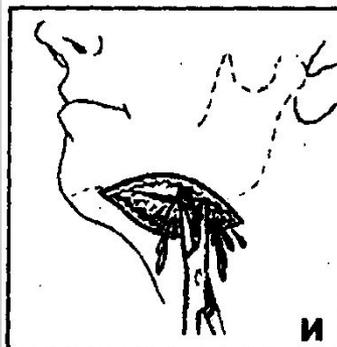
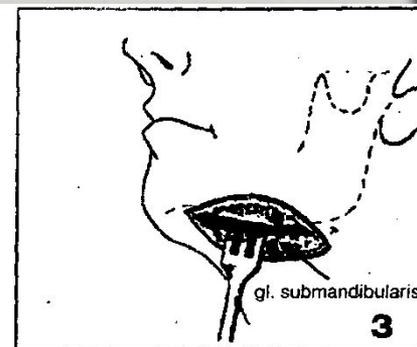
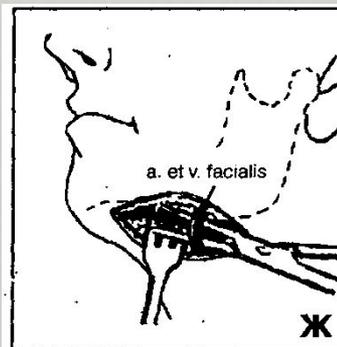
является основным и заключается в проведении первичной хирургической обработки гнойной раны:

- вскрытие гнойно-воспалительного очага
- эвакуация гноя, некрэктомия,
- создание условий для широкого оттока и лекарственное воздействие на рану.

При одонтогенных ГВЗ в включают удаление причинного зуба, являющегося источником одонтогенной инфекции.

0 Вскрытие гнойно-воспалительного очага

В зависимости от его локализации наружным или внутриротовым доступом, обеспечивающим более короткий и безопасный путь к нему, путем послойного рассечения тканей кожи, подкожной клетчатки, платизмы и фасций — при наружном доступе, слизистой оболочки, подслизистого слоя и надкостницы — при внутриротовом доступе.



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.

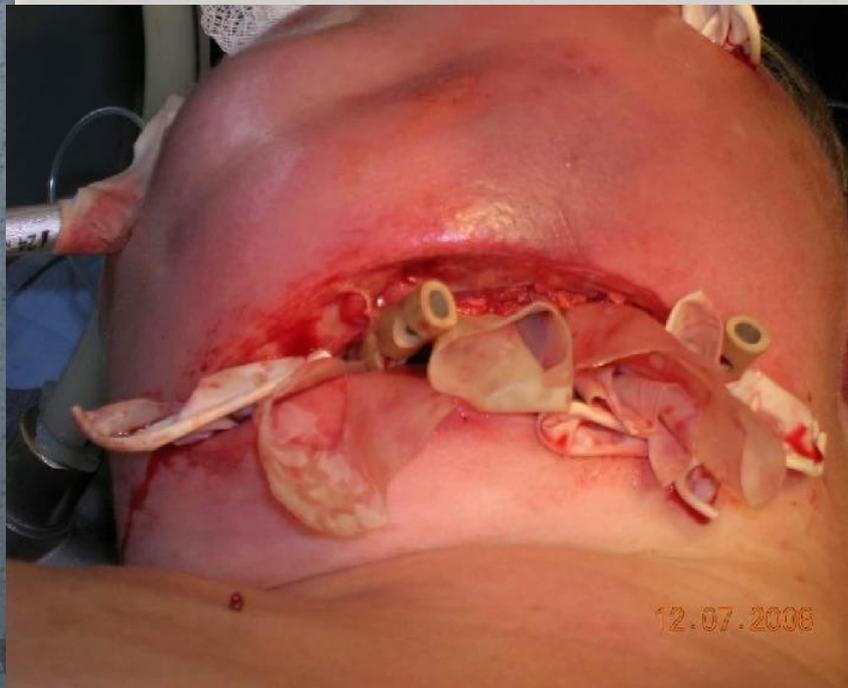
Местное лечение гнойных ран челюстно-лицевой области. Правила вскрытия флегмон. Способы дренирования. Виды выпускников. Виды и методы антисептической обработки гнойных ран.

Дренирование операционной раны после вскрытия инфекционного очага может быть осуществлено несколькими способами.

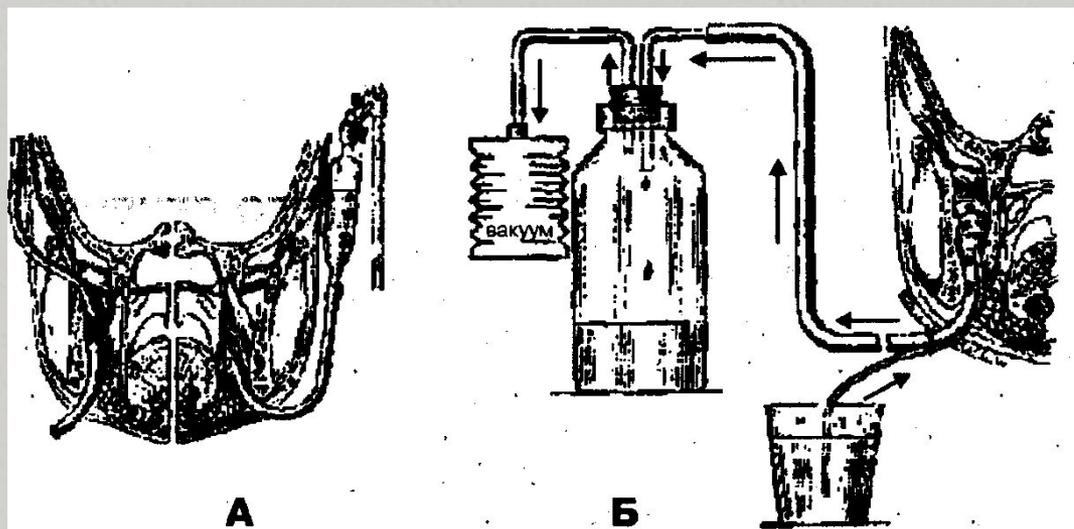
- Введение хлопчатобумажных, летила-лавсановых, полиэтиленовых выпускников, резиновых полосок (лент), трубок. Выпускники из марли не обеспечивают адекватного дренирования гнойных полостей, поскольку хлопчатобумажная ткань быстро пропитывается гноем и по существу становится пробкой. Лучше использовать в качестве дренажей резиновые и полихлорвиниловые трубки, а также полоски, нарезанные из резиновых перчаток. Для лучшего оттока экссудата из раны сверху накладывают асептическую ватно-марлевую повязку, пропитанную 25% раствором сульфата магния или 10% раствором хлорида натрия. До очищения раны и появления в ней грануляций смену повязки производят ежедневно. С появлением в ране грануляционной ткани повязки с гипертоническими растворами заменяют мазевыми повязками.



• В местном лечении гнойных ран возможно применение аппликационной сорбции (вulnerable сорбции), сущность которой заключается в извлечении токсических метаболитов, микробных клеток и бактериальных токсинов из ран и раневых полостей при прямом контакте сорбентов с их поверхностью. Практически все сорбционные материалы адсорбируют на своей поверхности бактериальные клетки и проявляют бактериостатические свойства. Под влиянием сорбентов, кроме того, отмечено значительное повышение чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Так, чувствительность к стрептомицину и гентамицину при использовании vulnerable сорбции возрастает от 60 до 100%. Сорбция раневого содержимого способствует нормализации биологических реакций всего организма в ответ на повреждение. Рана значительно быстрее (к третьим суткам) очищается от некротических тканей, заполняется жизнеспособными грануляциями, начинается краевая эпителизация. Все это позволяет в ранние сроки накладывать первично-отсроченные или ранние вторичные швы.



• **Диализ** – промывание раны с целью удаления микробов, их токсинов, продуктов распада тканей. В зависимости от режима введения растворов различают фракционный и непрерывный диализ. Различают фракционный и непрерывный диализ. Растворы вводят в рану под давлением с помощью шприца или системы для переливания крови либо они поступают в рану в результате создания в ней вакуума.



Антимикробная терапия

До получения антибиотикограмм назначают:

- пенициллин по 0,5-1 млн ЕД 6 раз в сутки, внутримышечно в сочетании с метронидазолом (трихополом) по 0,5 г 3 раза в сутки внутрь в течение 5 дней или пенициллин меняют на линкомицин по 600 мг 2 раза в сутки.
- При флегмонах — пенициллин 1 млн ЕД 6 раз в сутки в сочетании с гентамицином по 80 мг 3 раза в сутки внутримышечно с метронидазолом по 500 мг 2 раза в сутки внутривенно.

В состав комплексной терапии включают применение

- анальгетиков (анальгин, баралгин парацетамол и др.)
- гипосенсибилизирующих препаратов (супрастин, димедрол, тавегил, диазолин и др.)
- В тех случаях, когда ГВЗ ЧЛО осложнились тромбозом и тромбофлебитом вен лица (чаще лицевой вены), назначают антикоагулянтную терапию:



Местное лечение гнойной раны

- 0 Оно направлено на устранение агрессии и предотвращение распространения гнойно-воспалительного процесса, снижение вирулентности микрофлоры, более быстрое очищение гнойной раны, повышение ее репаративной регенерации, что проводится в зависимости от фаз раневого процесса.

Фазы раневого процесса

Фаза воспаления

Фаза регенерации

Фаза воспаления применяют

- обработка гнойной раны низкочастотным ультразвуком, благодаря чему проходит механическая санация раны от патологического содержимого, фонофорез лекарственных препаратов в околораневые ткани и нормализация микроциркуляции;
- гипербарическая оксигенация (ГБО), которая устраняет в организме и очаге воспаления гипоксию и обладает тромболитическим и противоотечным действием.

- Антиоксидантны (олифен и аскорбиновая кислота), влияющие на местные клеточные защитные реакции и пролиферативный процесс в гнойной ране;
- поверхностно-активные вещества (растворы хлоргексидина) повышающие чувствительность микрофлоры к антимикробным препаратам и действующие сами как бактериостатические и бактерицидные средства. Их применяют для промывания гнойных ран во время перевязок;

0 повышение концентрации антимикробных препаратов в очаге воспаления путем: обкалывания его антибиотиками (по типу инфильтрационной анестезии), селективного внутриартериального введения антибиотика через поверхностную височную артерию в систему наружной сонной артерии, а также электрофореза антибиотиков.

В фазе регенерации применяют

- 0* лекарственные средства, стимулирующие регенеративные процессы в ране и способствующие росту грануляций и эпителизации (кератопластические);
- 0* бальзам Вишневского;
- 0* масло шиповника, масло облепихи и др.

- 0 Рана полностью заживает в течение 2 недель после процедуры.
- 0 дренажи удаляют на 2—3-й день
- 0 диализ и отсасывание экссудата прекращают на 3—4-й день
- 0 швы снимают на 7—8-й день.
- 0 В послеоперационном периоде продолжают по показаниям общеукрепляющее, стимулирующее лечение, иммуномодулирующую терапию, применяют физические методы и ЛФК.



Физиотерапия

В составе комплексного лечения флегмоны челюстно-лицевой области применяют терапию физическими факторами. В острую стадию болезни ее целью является уменьшение болевого синдрома и интенсивности воспаления, борьба с болезнетворными микроорганизмами, стимуляция функций системы иммунитета. В подострой стадии этот вид терапии активизирует в пораженных тканях процессы репарации и регенерации, восстанавливает нарушенные функции зубочелюстного аппарата.

Виды физиолечения:

- сантиметроволновую терапию (излучатель цилиндрической формы размещают над пораженными тканями дистантно – на 6-10 см над их поверхностью; воздействие продолжают в течение 5-15 минут; процедуры проводят каждый день курсом в 6-8 сеансов);
- УВЧ-терапию (применяют ее в острую фазу заболевания на фоне адекватной антибиотикотерапии; как правило, пластины размещают поперечно очагу воспаления на 1-2 см над поверхностью кожи; воздействие осуществляют в течение 10 минут 1 раз в день курсом в 5-7 сеансов);
- ультрафиолетовое облучение;
- светотерапию (используют при наличии в зоне поражения плотного инфильтрата; его облучают лампой «Соллюкс» по 20 минут 2 раза в день курсом в 6 воздействий);
- лазерную терапию
- обработку ран ультразвуком

Профилактика

- 0 Важным фактором профилактики является личная гигиена полости рта.
- 0 В комплекс профилактических мероприятий следует включить повышение противомикробной резистентности организма с помощью закаливания, физкультуры, ведения здорового образа жизни и полноценного питания. Рекомендуется диета с оптимальным содержанием белков, витаминов А, В, С, D, солей кальция, фосфора и фтора