

ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКИЕ ФЛЕГМОНЫ

Выполнила: Иванцова Злата мс-405

АКТУАЛЬНОСТЬ

- Частое развитие абсцессов, флегмон в области головы и шеи обусловлено высокой распространенностью хронической очаговой одонтогенной, тонзиллогенной инфекции, а также инфекционно-воспалительных поражений кожи и слизистой оболочки полости рта.
Систематизация таких абсцессов и флегмон основана на учете данных о локализации инфекционно-воспалительного процесса в тех или иных анатомических отделах, зонах, областях, пространствах головы и шеи.

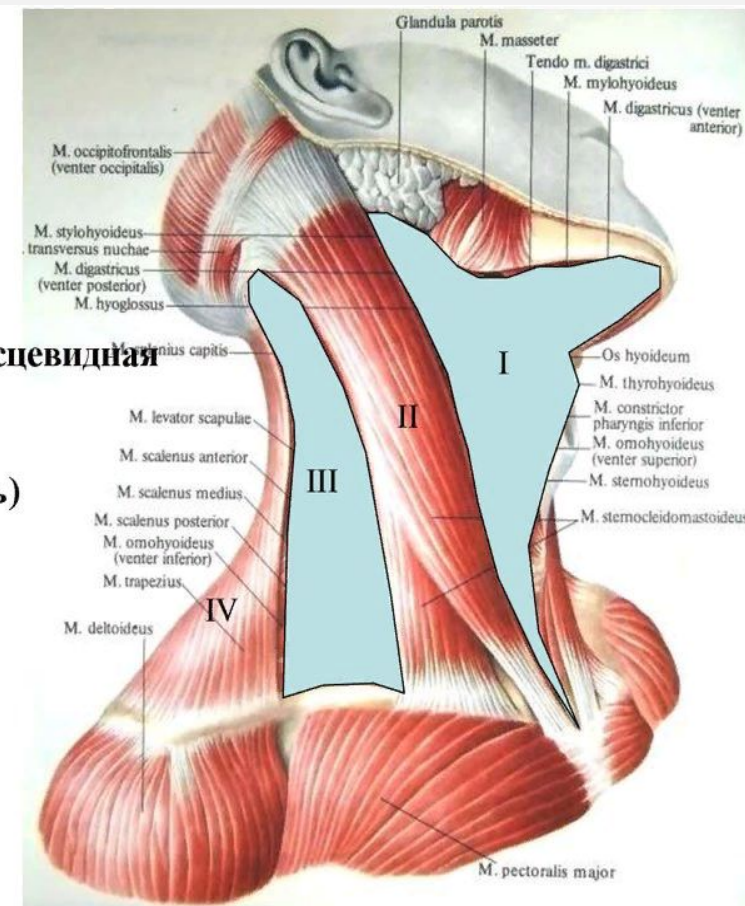
ОБЛАСТЬ ШЕИ

На шее, в которой различают надподъязычную (выше подъязычной кости — regio suprahyoidea) и подподъязычную (regio infrahyoidea) части, абсцессы, флегмоны могут локализоваться в переднем, боковых отделах надподъязычной части шеи, либо в переднем, боковых отделах подподъязычной части шеи (рис. 1). При этом надподъязычную часть шеи целесообразно рассматривать как дно полости рта.

Кроме того, на шее имеется задняя область, соответствующая расположению трапециевидной мышцы (m. trapezius).

Области шеи

- I. Передняя область
- II. Грудинно-ключично-сосцевидная область
- III. Латеральная область
- IV. Задняя (выйная область)



КЛАССИФИКАЦИЯ ФЛЕГМОН И АБСЦЕССОВ ШЕИ (АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ)

1. Надподъязычная часть шеи (дно полости рта)

- Передний отдел: 1. Подподбородочная область (regio submentalis)

2. Язык (lingua):

а) тело языка (corpus linguae)

б) корень языка (radix linguae)

3. Подъязычная область (regio sublingualis)

4. Челюстно-язычный желобок

- Боковой отдел: 1. Поднижнечелюстная область (regio sub-mandibularis)

2. Подподъязычная часть шеи

1) Передний отдел: 1. Лопаточно-трахеальный треугольник (trigonum omotracheale) 2. Сонный треугольник (trigonum caroticum)

2) Боковой отдел: 1. Область грудино-ключично-сосцевидной мышцы (т. sternocleidomastoideus) 2. Латеральная область шеи (regio colli lateralis)

3) Задний отдел: 1. Область трапециевидной мышцы (m. trapezius)

ПРОГРЕССИРУЮЩИЕ ФЛЕГМОНЫ ПРОТЕКАЮТ ПО ТИПУ ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ИЛИ ГАНГРЕНОЗНОГО ВОСПАЛЕНИЯ.

- Гнилостно-некротические флегмоны вызываются анаэробной не-клостридиальной микрофлорой, а гангренозные - анаэробной клостридиальной. Наиболее часто они поражают околоушно-жевательную области и дно полости рта. При *Гнилостно-некротической флегмоне* Лица и шеи отмечается быстрое распространение воспаления на соседние ткани с преобладанием общих проявлений заболевания над местными. Уже в первые дни заболевания резко выражены явления эндотоксикоза: общая слабость, головная боль, высокая температура тела, тахикардия, нарушение сознания (возбуждение, переходящее потом в апатию). В области воспаления обнаруживают болезненный плотный инфильтрат без четких границ и флюктуации. Иногда пальпаторно определяют крепитацию - признак наличия в тканях газа. Если своевременно не начать адекватное *лечение*, то возникает полиорганная недостаточность, что нередко приводит к летальному исходу.

ВО МНОГИХ РУКОВОДСТВАХ И УЧЕБНИКАХ ПО ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ,
ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКИЕ ФЛЕГМОНЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ ЛИШЬ В ОБЛАСТИ ДНА
ПОЛОСТИ РТА

- Гнилистно-некротическая флегмона дна полости рта. Особенности:

В отличие от обычных флегмон полости рта гнилистно-некротическая флегмона (ангина Людвига) характеризуется некрозом тканей, в основном мышц и отсутствием гноя.

Это следует твёрдо помнить и не считать ангиной Людвига любую флегмону дна полости рта. Предрасполагающим фактором к ангине Людвига является резкое ослабление организма, что наблюдается в периоды голодовок.

Этиология: Заболевание инфекционное. Поражение тканей дна полости рта осуществляется анаэробной и гнилостной инфекцией. При этом в посевах находят фузоспирохетоз, гемолетический стрептококк, кишечную палочку и др.

Источником инфекции служат зубы с гангренозным распадом пульпы, воспалительные процессы в пародонте, реже в миндалинах, слюнных железах, воспалительные процессы в костях и мягких тканях. Вся флора при этом заболевании обладает повышенной вирулентностью.

Ангина Жансуля — Людвига
(лат. *angina Ludovici*, *Angina Gensouli* — это двустороннее воспаление мягких тканей дна полости рта с вовлечением в патологический процесс смежных анатомических областей. Инфекция может распространиться в глубь глоточного-пространства, с возможным поражением и заднеглоточного пространства, а также и верхнего средостения.



ПАТОГЕНЕЗ И СИМПТОМЫ

- Патогенез: Процесс в основном локализуется в мышцах дна полости рта. Мышцы уплотняются, утолщаются и затем некротизируются. В них образуются пузыри газа с резким ихорозным запахом. В основном поражается челюстно-подъязычная мышца. Всё остальные ткани кругом сухие, мало кровоточат при разрезах. Подкожная клетка, лимфатические узлы и слюнные железы мало изменены.
- Симптомы: Характерно наличие плотного («деревянистого») инфильтрата тканей на полости рта, озноб, недомогание. Плотный инфильтрат опускается на шею. Язык приподнят, отечён, увеличен в размерах, что еле вмещается во рту, покрыт тёмно-коричневым налётом, сух, мало подвижен. Дыхание учащено, затруднено, вследствие чего рот постоянно полуоткрыт, лицо бледное с цианотическим оттенком, изо рта имеется гнилой запах. Положение больного вынужденное, полусидячее. Голос охрипший или вообще отсутствует. в поздние сроки возникают характерные для газовой гангрены изменения кожи появление бронзовых пятен. В крови больных появляется лейко и лимфопения, резкий сдвиг формулы влево, гемоглабин падает, СОЭ ускоряется до 60-70 мм в час.



Флегмона Жансуля-Людвиг



ТЕЧЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ

- Течение. Вначале процесс чаще локализуется в подчелюстной области, а потом быстро распространяется на всё дно полости рта. Вначале и местные и общие явления развиты умеренно, температура обычно не превышает 38°C. Затем вся картина болезни резко ухудшается, все явления прогрессируют. Инфильтрат быстро охватывает всё дно полости рта и распространяется на шею, температура достигает высоких (предельных) цифр. Общее состояние больного быстро ухудшается, появляется обильное потоотделение, затемнение сознания, бред, картина сепсиса, упадок сердечной деятельности. При этих явлениях к концу первой или начале второй недели от начала заболевания может наступить смерть.

Лечение: Хирургическое пособие. Широкое вскрытие флегмоны. разрез от угла до угла нижней челюсти. С целью непосредственного воздействия кислорода на анаэробную инфекцию, широко применяют орошение тканей 3% перекисью водорода, крепкими растворами марганцево-кислого калия. В качестве общего лечения применяют антибиотики, переливание больших количеств 5% раствора глюкозы, физиологического раствора поваренной соли, крови. Обязательно введение противогангренозной сыворотки. Необходимо больному давать кислород, установить постоянный уход и наблюдение за ним. В случаях нарастания явлений асфиксии необходимо сделать трахеотомию.

ПРОГНОЗ

- Прогноз. В прежние годы летальность достигала 40-69%. В настоящее время, в связи с применением антибиотиков и других средств борьбы с инфекцией, опасность для жизни больного значительно уменьшилась. Однако ещё нередки случаи с неблагоприятным исходом (10%)

