

Общие клинические признаки и методы лечения абсцессов прилежающихся к верхней челюсти

Работу выполнили:
Студентки 5 курса 6 группы
Стоматологического факультета
Магомедалиев Арсен Рашидович

Абсцесс — ограниченный очаг гнойного воспаления, приводящий к расплавлению участка клетчатки или другой ткани с образованием полости.
Флегмона — острое разлитое гнойное воспаление подкожной, межмышечной, межфасциальной клетчатки, распространяющееся на соседние ткани.



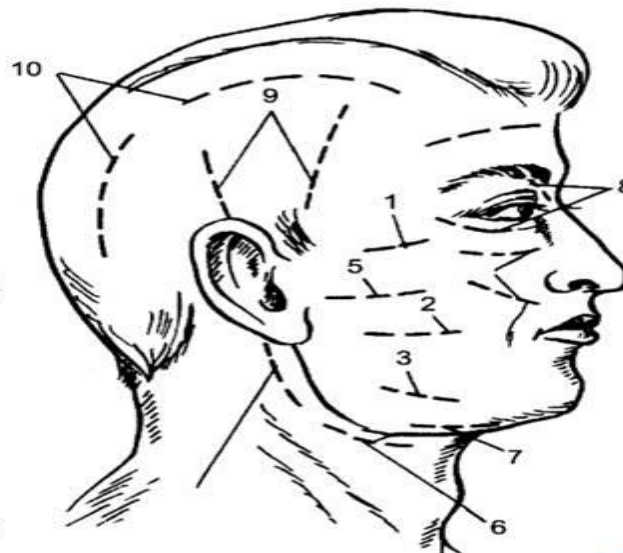
Принципы хирургического лечения

- Вскрытие гнойно-воспалительного очага путем послойного рассечения и расслоения тканей над ним, т.е. проведение хирургической обработки.
- Дренаживание операционной раны с целью создания условий для эвакуации гнойного экссудата, содержащего возбудителей заболевания, продукты их жизнедеятельности и распада тканей, которые могут выступать в роли факторов повреждения.
- При одонтогенных абсцессах и флегмонах — дренаживание инфекционно-

воспали
остеопе

Разрезы, применяемые для вскрытия абсцессов и флегмон лица и головы:

- 1 - при флегмоне скуловой области;**
- 2 - при флегмоне жирового тела щеки;**
- 3 - при подмассетерной флегмоне;**
- 4 - при подглазничной флегмоне;**
- 5 - при гнойном паротите;**
- 6 - при флегмоне позадичелюстной ямки;**
- 7 - при поднижнечелюстной флегмоне;**
- 8 - при флегмоне глазницы;**
- 9 - при флегмоне височной ямки;**
- 10 - при подапоневротической флегмоне свода черепа.**



ния

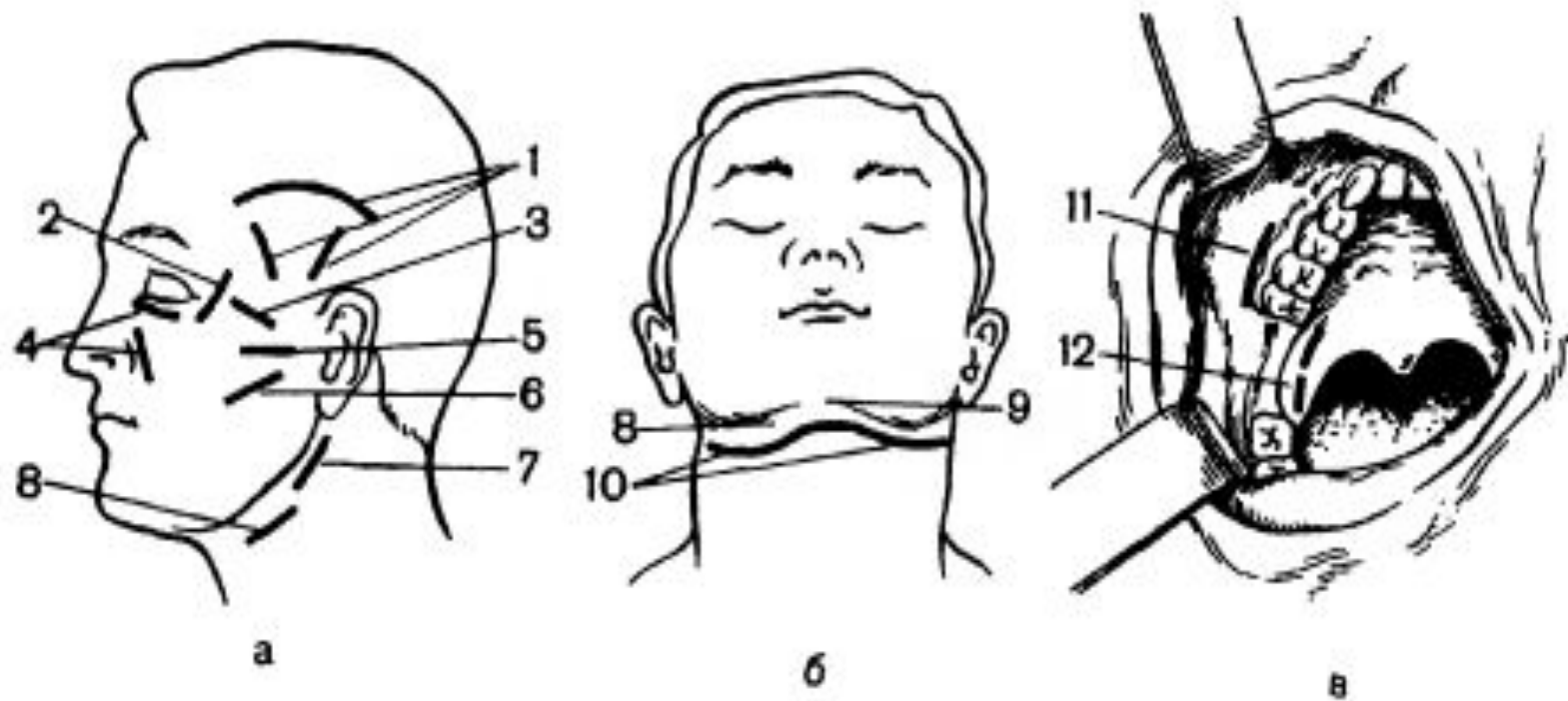


Рис. 46. Оперативный доступ для вскрытия клетчаточных пространств челюстно-лицевой области (схема).

а — боковой поверхности лица; б — передней поверхности шеи; в — полости рта.
 1 — височного; 2 — глазничного; 3 — скулового; 4 — подглазничного; 5 — околоушно-жевательного; 6 — щечного; 7 — позадичелюстного и окологлоточного; 8 — поднижнечелюстного; 9 — подподбородочного; 10 — дна полости рта; 11 — подвисочной и крыловидно-небной ямок; 12 — крыловидно-челюстного.

Дренирование гнойного очага после вскрытия абсцесса

После вскрытия абсцесса струей 0,9% раствора натрия хлорида, раствора антисептика, вводимых в рану под давлением с помощью шприца, эвакуируют (вымывают) гнойный экссудат. Затем в рану вводят дренаж. В клинической практике у больных с абсцессами головы и шеи чаще всего применяют следующие методы дренирования гнойной раны.

1. С помощью марлевых турунд, ленточных дренажей из перчаточной резины или полиэтиленовой пленки, поверх которых накладывают стерильную ватно-марлевую повязку, пропитанную гипертоническим раствором натрия хлорида, обеспечивающую осмотическое дренирование раны.
2. С помощью углеродных адсорбентов, вводимых в рану в виде гранул, ваты, плетеных изделий из углеродного волокна.
3. Путем промывного дренирования операционной раны (диализ раны) через трубчатый дренаж из эластичной пластмассы с оттоком инсталлируемой жидкости в емкость-приемник самотеком или путем вакуумного отсасывания (рис. 10-2).

Абсцесс в области твердого неба (*palatum durum*)

Клиническая картина

Жалобы на сильную пульсирующую боль в области верхней челюсти (неба), усиливающуюся при приеме пищи, разговоре.

Объективное обследование. В области твердого неба имеется припухлость или выпячивание с четкими контурами. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, пальпация вызывает боль. Можно выявить флюктуацию.

Методика вскрытия абсцесса в области твердого неба

При локализации абсцесса в переднем отделе твердого неба проводят местную инфильтрационную анестезию в сочетании с проводниковой анестезией в области большого небного отверстия. При локализации абсцесса в заднем отделе твердого неба проводят местную инфильтрационную анестезию в сочетании с проводниковой анестезией в области круглого отверстия по С.Н. Вайсблату либо с подвисочной анестезией по А.В. Вишневному. Проводят разрез слизистой оболочки твердого неба через центр воспалительного инфильтрата на всем его протяжении параллельно ходу сосудистого пучка неба.

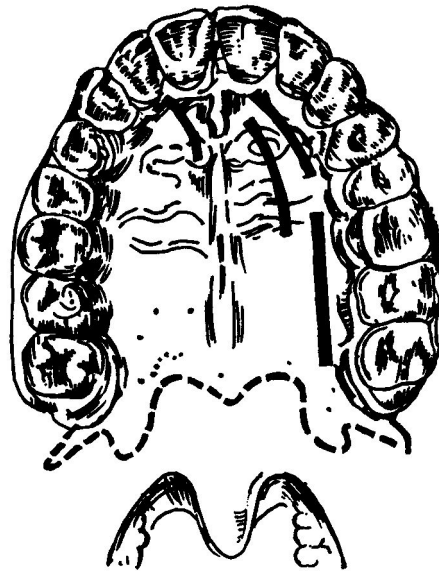
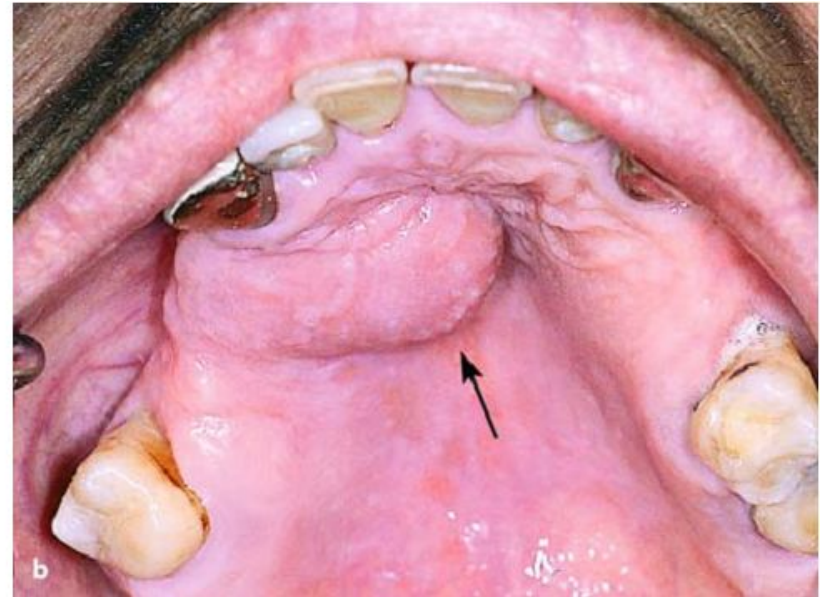
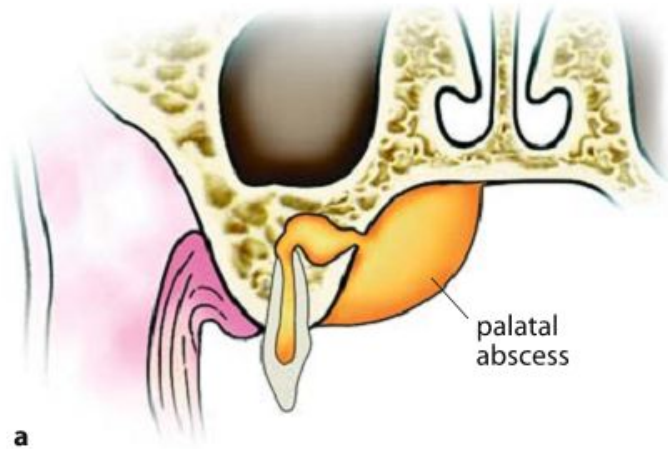


Рис. 10-6. Место и направление разреза слизистой оболочки при вскрытии абсцесса в области твердого неба.

Абсцесс подглазничной области (*regio infraorbitalis*)

Глубокая локализация инфекционно-воспалительного процесса (абсцесс собачьей ямки)

Клиническая картина

Жалобы на сильную пульсирующую боль в подглазничной области, которая может иррадиировать в глаз, в зубы верхней челюсти.

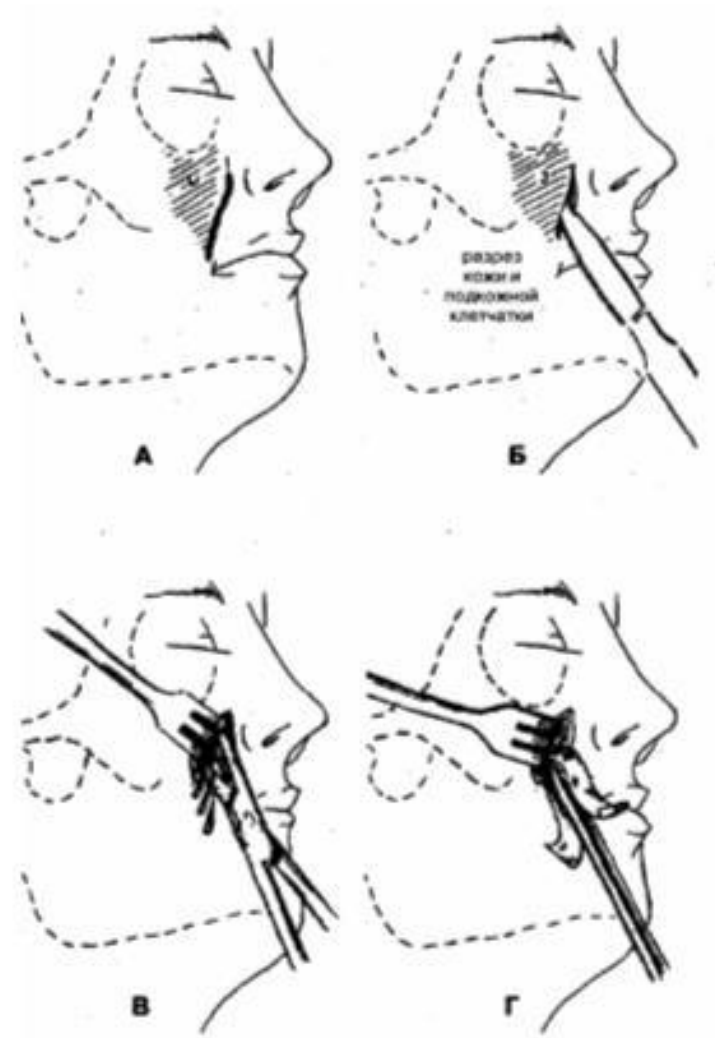
Объективное обследование. Умеренная асимметрия лица за счет припухлости тканей подглазничной области, отека нижнего века. Свод преддверия рта в зоне «причинного» зуба сглажен за счет инфильтрации тканей, слизистая оболочка гиперемирована. Пальпация передней стенки верхней челюсти вызывает боль. Из-за отека нижнего века затруднено раскрытие глазной щели (рис. 10-7, см. цветную вклейку)*.

Методика вскрытия абсцесса в области собачьей ямки

Обезболивание — местная инфильтрационная анестезия.

Проводят разрез слизистой оболочки и надкостницы (десны) альвеолярного отростка верхней челюсти вдоль свода преддверия рта на протяжении всего воспалительного инфильтрата.

Отслаивая распатором или кровоостанавливающим зажимом мягкие ткани (включая



Абсцесс и флегмона глазницы.

Границы области соответствуют стенкам глазниц. Разрез производят со стороны кожных покровов по нижненааружному или верхненааружному краю глазницы, чаще всего вдоль нижнелатерального или верхнемедиального угла глазницы. Затем тупым путем с помощью кровоостанавливающего зажима проникают в глазницу по ее костной стенке. В тех случаях, когда флегмона глазницы возникает как осложнение синусита верхней челюсти, дренирование производят в верхних отделах дна глазницы со стороны носового хода.



Абсцесс и флегмона подглазничной области.

Границы: верхняя — нижний край глазницы, нижняя — альвеолярный отросток верхней челюсти, внутренняя — край грушевидного отверстия, наружная — скулочелюстной шов. При глубокой локализации флегмоны (в области собачьей ямки) внутриротовой разрез производят по верхнему своду преддверия рта. При поверхностной локализации флегмоны разрез производят со стороны глазницы или по носогубной складке.



флегмоны разрез
производят по
верхнему своду
преддверия рта
или по носогубной
складке.

Абсцесс скуловой области (*regio zygomatica*)

Клиническая картина

Жалобы на боль в скуловой области.

Объективное обследование. Асимметрия лица за счет инфильтрации тканей.

Кожа над инфильтратом напряжена, гиперемирована, пальпация вызывает боль. Можно определить флюктуацию, а при распространении воспалительного процесса на жевательную мышцу (*m. masseter*) в месте прикрепления ее к скуловой кости — ограничение открывания рта.

Методика вскрытия поднадкостничного абсцесса скуловой области

Обезболивание — местная инфильтрационная анестезия.

Проводят разрез слизистой оболочки и надкостницы (десны) альвеолярного отростка верхней челюсти вдоль свода преддверия рта над премолярами и первым моляром, отслаивают надкостницу распатором в области скулоальвеолярного гребня (*crista zygomatico-alveolaris*) и кпереди от него.

Расслаивая мягкие ткани кровоостанавливающим зажимом, проникают вдоль



Рис. 87. Флегмона скуловой и поднижнечелюстной областей.

Абсцесс щечной области (*regio buccalis*)

Абсцесс подкожной клетчатки щечной области (между кожей и щечной мышцей)

Клиническая картина

Жалобы на боль в области щеки умеренной интенсивности, усиливающуюся при открывании рта, жевании.

Объективное обследование. Выраженная асимметрия лица за счет воспалительной инфильтрации тканей щеки. Кожа напряжена, гиперемирована. Пальпация вызывает боль, можно определить флюктуацию.

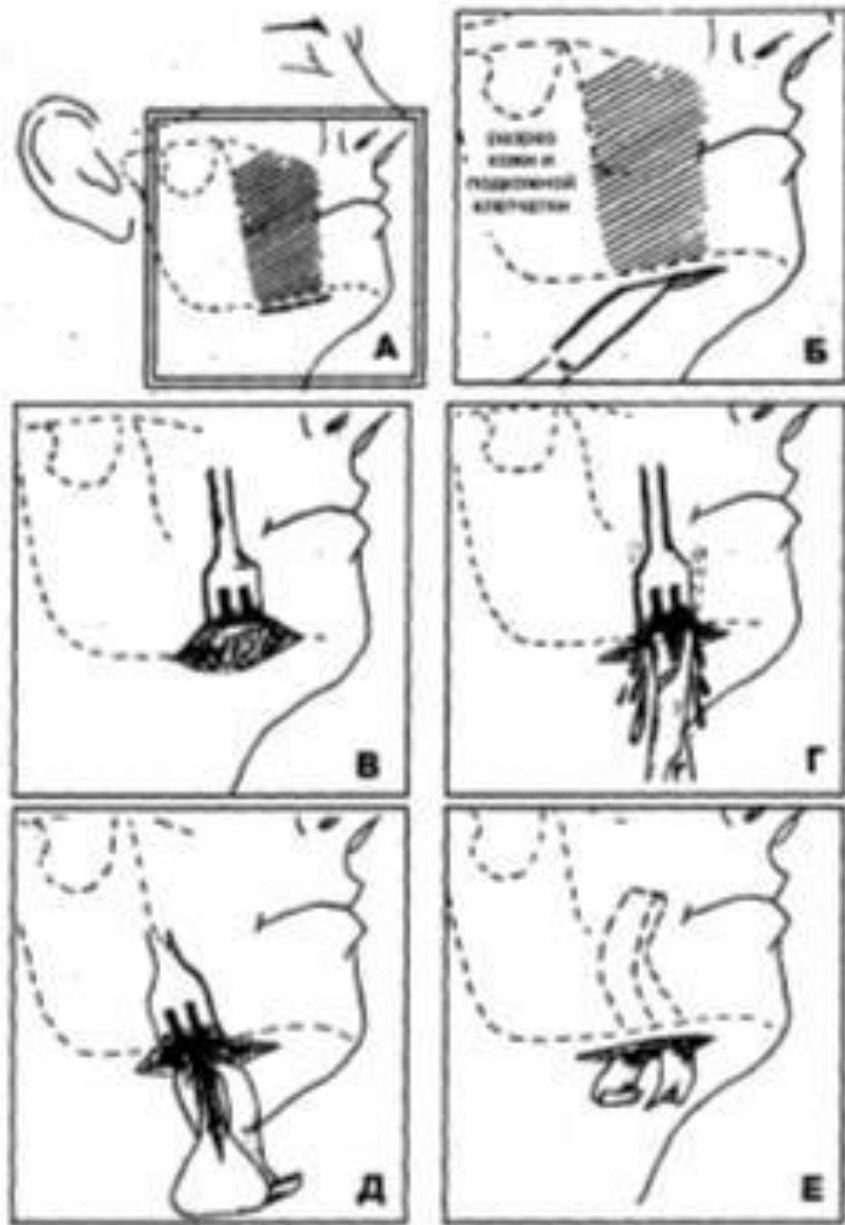
Методика вскрытия абсцесса, флегмоны щечной области

При абсцессе, флегмоне поверхностного клетчаточного пространства используют оперативный доступ со стороны кожных покровов.

Обезболивание — местная инфильтрационная анестезия, наркоз.

Проводят разрез кожи в области носогубной складки или в поднижнечелюстной области параллельно и ниже на 1 — 1,5 см от края нижней челюсти.

Расслаивая кровоостанавливающим зажимом подкожную клетчатку над щечной мышцей по направлению к центру инфильтрата, вскрывают гнойно-воспалительный



Абсцесс подвисочной области (*regio infratemporalis*)

Клиническая картина

Жалобы на боль в глубине бокового отдела головы (за верхней челюстью) с широкой зоной иррадиации— височная область, глаз, зубы верхней челюсти, ухо.

Объективное обследование. Сглаженность заднего отдела свода преддверия рта, гиперемия слизистой оболочки. При пальпации можно определить инфильтрат за бугром верхней челюсти, давление на него вызывает боль.

Открывание рта умеренно ограничено.

Методика вскрытия абсцесса подвисочной области

Обезболивание — местная инфильтрационная анестезия (может быть дополнена проводниковой анестезией по А.В. Вишневскому).

Производят разрез слизистой оболочки (десны) альвеолярного отростка верхней челюсти на 2—3 мм ниже переходной складки и параллельно ей над молярами, длиной 1,5—2 см.

Отслаивают распатором верхний край раны от бугра верхней челюсти на 1—1,5 см

Абсцессы височной области (*regio temporalis*)

Клиническая картина

Жалобы на боль пульсирующего характера в височной области. Интенсивность боли зависит от глубины локализации инфекционно-воспалительного процесса— чем глубже располагается гнойновоспалительный очаг, тем интенсивнее боль.

Объективное обследование. Асимметрия лица за счет припухлости тканей височной области. Чем ближе к поверхности кожи располагается гнойно-воспалительный очаг, тем больше припухлость тканей и ярче гиперемия кожи над воспалительным инфильтратом. Пальпация инфильтрата вызывает боль. При локализации процесса в подкожной клетчатке воспалительный инфильтрат часто не имеет четких границ и распространяется на соседние анатомические области (лобную, околоушно-жевательную, скуловую, на веки). При глубокой локализации инфекционного процесса воспалительный инфильтрат ограничен пределами височной области— линией прикрепления височного апоневроза. При абсцессе межапоневротического пространства воспалительный инфильтрат занимает нижний отдел височной области, имеет четко очерченную границу по скуловой дуге.

Ограничение открывания рта возникает при абсцессе, флегмоне подапоневротического клетчаточного пространства и, особенно ярко, при



Рис. 89. Флегмона височной, околоушно-жевательной и поднижнечелюстной областей.

Методика вскрытия абсцесса подкожной клетчатки височной области

Обезболивание — наркоз, местная инфильтрационная анестезия.

Производят радиальный разрез кожи в височной области через середину воспалительного инфильтрата на всем его протяжении.

При обнаружении в ране поверхностной височной артерии или вены (*a. et v. temporalis superficialis*) или их крупных ветвей сосуды выделяют, перевязывают и пересекают для предупреждения ар-розионного кровотечения в послеоперационном периоде.

Расслаивая подкожную клетчатку кровоостанавливающим зажимом, продвигаются к центру инфильтрата, вскрывают гнойновоспалительный очаг, эвакуируют гной.

Осуществляют гемостаз, в рану вводят дренажи, накладывают асептическую повязку.

Методика вскрытия абсцесса межапоневротического пространства височной области

Обезболивание — наркоз, местная инфильтрационная анестезия.

Производят разрез кожи вдоль верхнего края скуловой дуги.

Кровоостанавливающим зажимом отслаивают подкожную 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 1,5—2 см.

Расслаивая кровоостанавливающим зажимом клетчатку межапоневротического пространства, вскрывают гнойный очаг, эвакуируют гной.

Осуществляют гемостаз, в рану вводят дренажи, накладывают асептическую повязку.

Методика вскрытия абсцесса подапоневротического клетчаточного пространства височной области

Первые три этапа операции выполняют так же, как при вскрытии флегмоны подкожной клетчатки.

Приподняв височный апоневроз двумя пинцетами, рассекают его на протяжении 0,5—0,7 см.

Абсцесс околоушно-жевательной области (*regio parotideomasseterica*)

Абсцесс подкожной клетчатки околоушно-жевательной области

Клиническая картина

Жалобы на боль в околоушно-жевательной области умеренной интенсивности.

Объективное обследование. Выраженная асимметрия лица за счет воспалительного инфильтрата, кожа над которым напряжена, гиперемирована. Пальпация вызывает боль, можно определить флюктуацию.

Методика вскрытия абсцесса, флегмоны в подкожной клетчатке околоушно-жевательной области

Обезболивание — местная инфильтрационная анестезия, наркоз (внутривенный, ингаляционный).

При абсцессе в верхнем отделе околоушно-жевательной области разрез кожи проводят через центр воспалительного инфильтрата параллельно проекции основных ветвей лицевого нерва. При абсцессе в нижнем отделе — в поднижнечелюстной области, параллельно и ниже края челюсти на 1,5—2 см.

Расслаивая кровоостанавливающим зажимом подкожную клетчатку над околоушно-жевательной фасцией (*fascia parotideomasseterica*) по направлению к центру инфильтрата вскрывают гнойно-воспалительный очаг, эвакуируют гной

Абсцесс околоушной области (*regio parotidis*)

Клиническая картина

Жалобы на сильную боль в околоушной области, усиливающуюся при попытке открывания рта, жевания.

Объективное обследование. Асимметрия лица за счет припухлости тканей околоушной области. Кожные покровы обычной окраски. Глубокая пальпация вызывает боль. Открывание рта ограничено. При возникновении флегмоны околоушной области вследствие паренхиматозного паротита из протока околоушной слюнной железы выделяется в небольшом количестве мутная слюна или гной. При первичном развитии гнойно-воспалительного процесса в клетчатке околоушной области или лимфадените этой области из выводного протока выделяется прозрачная слюна, скорость слюноотделения снижена.

Методика вскрытия абсцесса, флегмоны подфасциального пространства околоушной области

Обезболивание — наркоз (внутривенный, ингаляционный), местная инфильтрационная анестезия.

Проводят разрез кожи и подкожной клетчатки, окаймляющий угол нижней челюсти, отступя на 2 см книзу и кзади от края челюсти с целью предупреждения повреждения краевой ветви нижней челюсти (г. *marginalis mandibulae*), отходящей от лицевого нерва.

Над браншами кровоостанавливающего зажима пересекают скальпелем подкожную мышцу шеи (*m. platysma*) с покрывающей ее поверхностной фасцией шеи (*fascia colli superficial*).

Отслаивают с помощью кровоостанавливающего зажима и тампона подкожную мышцу шеи с покрывающей ее фасцией вверх и вперед (вместе с краевой ветвью нижней челюсти) до появления в ране угла челюсти и нижнего отдела жевательной мышцы (*m. masseter*).

Рассекают скальпелем фасцию околоушной железы (*fascia parotidea*) на протяжении 0,5—0,6 см, отслаивают ее от подлежащих тканей с помощью кровоостанавливающего зажима, а затем рассекают над разведенными браншами зажима.

Спасибоо за внимание !

