



Общая характеристика и особенности течения и лечения одонтогенных абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области

Воспалительный инфильтрат (целлюлит)

- ❖ Диффузное острое воспаление кожи, подкожной клетчатки, характеризующиеся их уплотнением, без некроза и нагноения. По существу – серозное воспаление клетчатки.

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.



12.07.2006

В западной литературе различают:

- ❖ Ограниченный гнойный процесс – абсцесс
- ❖ Разлитой целлюлит или флегмона поверхностно расположенной области
- ❖ Разлитой, прогрессирующий гнойный процесс в глубоких пространствах лица и шеи.

Классификация абсцессов и флегмон ЧЛО

(основанная на анатомо-топографической локализации)

I. Околочелюстные абсцессы и флегмоны тканей прилежащих к нижней челюсти

Поверхностные: поднижнечелюстные, подподбородочная, околоушно-жевательные области.

Глубокие: крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства, подъязычная область



Классификация абсцессов и флегмон ЧЛО

(основанная на анатомо-топографической локализации)

I. Околочелюстные абсцессы и флегмоны тканей прилежащих к верхней челюсти

Поверхностные: подглазничная и щечная области

Глубокие: подвисочная и крыловидно небная ямки

Классификация абсцессов и флегмон ЧЛО

(основанная на анатомо-топографической локализации)

II. Вторичные абсцессы и флегмоны в соседних с околочелюстными тканями областях, в которые гнойный процесс распространяется по протяжению

Позадичелюстная, скуловая, височная области, глазница, грудино-ключично-сосцевидная область шеи и др.









Классификация абсцессов и флегмон ЧЛО

(основанная на анатомо-топографической локализации)

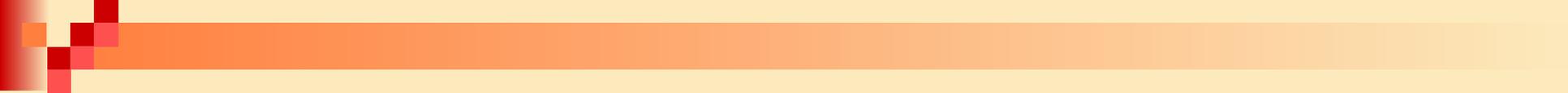
III. Абсцессы и флегмоны языка

IV. Распространенные флегмоны лица и шеи.

Актуальность:

- ❖ Патогенезу, диагностике и лечению воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области посвящено множество публикаций, однако вопросы одонтогенной инфекции остаются наиболее актуальными для клиники, как в теоретическом, так и в практическом отношении. Данные заболевания не следует рассматривать как чисто хирургическую проблему, ибо частота воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в значительной мере зависит от эффективности лечения кариеса зубов и его осложнений, заболеваний тканей пародонта.

- 
- ❖ В последнее время наблюдаются значительные изменения в проявлениях воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области. Наряду с атипичным торпидным течением болезни, увеличилось число прогрессирующих форм, нередко опасных для жизни больного. Не смотря на совершенствование методов лечения осложненного кариеса, увеличивается число больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области.

- 
- ❖ Отсутствие единой методологической позиции затрудняет правильную, раннюю диагностику и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний, поэтому актуальна разработка новых методов патогенетической терапии, на основе современных представлений о механизмах возникновения и течения воспаления.

Этиология и патогенез воспалительных процессов челюстно-лицевой области

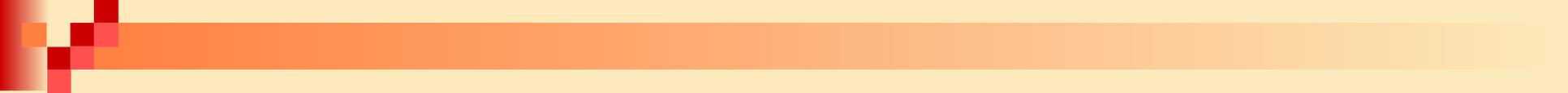
- ❖ Воспалительные процессы в челюстно-лицевой области во всех случаях имеют инфекционный характер. Присутствие микроорганизмов в зоне воспаления в умеренном количестве стимулирует фагоцитоз. Однако повышение «Критического уровня» микробных тел, который индивидуален для каждого организма, неизбежно приводит к развитию воспаления, вызывающего значительные нарушения местного и общего характера. Тем не менее, нельзя говорить о роли возбудителя в этиологии воспалительных процессов без учета его вирулентности и реактивности организма.

- ❖ В большинстве случаев воспаление имеет одонтогенную природу, т.е. микроорганизмы попадают в ткань через частично или полностью некротизированную пульпу зуба, либо через патологические пародонтальные карманы. Поэтому такие абсцессы и флегмоны относятся к одонтогенным.
- ❖ В случаях, когда абсцессы и флегмоны сопутствуют одонтогенному остеомиелиту и осложняют его течение, их называют остеофлегмонами.

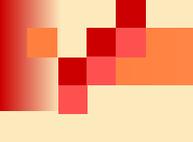
- ❖ Абсцессы и флегмоны возникшие в результате инфицирования поврежденных кожных покровов лица или слизистой оболочки полости рта, а также осложнившие такие заболевания, как фурункулез, сиаладенит, язвенный стоматит, нагноение гематом при травмах, лимфоидных образований глоточного кольца относят к неодонтогенным.

- 
- ❖ Возбудителями абсцессов и флегмон являются в основном облигатные анаэробы: бактероиды, фузобактерии, пептострептококки; факультативные анаэробы: стафилококки и стрептококки.

- ❖ Установлена определенная закономерность во взаимоотношениях популяций микробов, возбудителей одонтогенной инфекции. Анаэробно-аэробные ассоциации наиболее часто включают 3-4 вида. Находясь в смешанных культурах, бактерии вступают в антогонистические и синергические отношения. Этим можно объяснить ухудшение клинической картины заболевания при смешанных анаэробно-аэробных инфекциях. Так, например, отмечено, что гнойно-воспалительные процессы с участием ассоциации из пептококков и пептострептококков сопровождаются более тяжелым течением и обширным поражением, чем воспаление, вызванное монокультурой анаэробных положительных кокков.

- 
- ❖ Тяжесть воспалительного процесса и возникновение осложнений в большей степени связано с концентрацией бактерий и мало зависит от видового состава. Важная роль в возникновении атипично протекающих гнойно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области, увеличение числа тяжелых прогрессирующих форм отводится антибиотикорезистентным формам бактерий.

- 
- ❖ Все вышеизложенное свидетельствует о клинической значимости микробиологических исследований в комплексном обследовании больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Результаты этих исследований позволяют врачу не только определить чувствительность микрофлоры инфекционного очага к антибиотикам, но и прогнозировать течение заболевания, составить план рациональной терапии.

- 
- ❖ Уровень общей иммунологической реактивности организма во многом определяет характер течения одонтогенно-воспалительного процесса и выраженность деструкции костной ткани. По формам проявления различают нормальную, повышенную и пониженную реактивность. Особенно актуальна проблема ранней диагностики типов воспалительной реакции – нормоэргической, гипоэргической и гиперэргической, так как она определяет тактику врача в выборе местного и общего лечения.

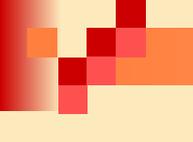
- ❖ При нормоэргическом типе воспалительной реакции умеренно выражены симптомы интоксикации и болевой синдром, как правило, воспалительным процессом поражается одна анатомическая область. Степень нарушения функций соответствует объему и локализации поражения. Температура тела в пределах 38°C. Характерно увеличение фагоцитарной активности лейкоцитов и рост концентрации IgG в два раза, отмечается тенденция к увеличению IgM. Показатели клеточной защиты существенно не изменяются. Таким образом, при нормоэргическом воспалении происходит повышение уровня гуморальной защиты на фоне нормального ответа клеточного иммунитета.

- ❖ При нормоэргическом типе воспалительной реакции умеренно выражены симптомы интоксикации и болевой синдром, как правило, воспалительным процессом поражается одна анатомическая область. Степень нарушения функций соответствует объему и локализации поражения. Температура тела в пределах 38°C. Характерно увеличение фагоцитарной активности лейкоцитов и рост концентрации IgG в два раза, отмечается тенденция к увеличению IgM. Показатели клеточной защиты существенно не изменяются. Таким образом, при нормоэргическом воспалении происходит повышение уровня гуморальной защиты на фоне нормального ответа клеточного иммунитета.

- ❖ При гипозэргическом типе воспалительной реакции заболевание начинается незаметно, при удовлетворительном самочувствии больного. Температура тела субфебрильная. Болевой синдром, степень ограничения функции, симптомы интоксикации слабо выражены. Чаще воспалительный процесс распространяется на две и более анатомические области. При вскрытии гнойного очага на фоне обширной инфильтрации тканей определяется незначительное гнойное отделяемое. Фагоцитарная активность лейкоцитов в пределах нормы или снижена незначительно. Отмечается увеличение IgG в два раза и незначительное снижение клеточной иммунологической защиты. Таким образом, повышение уровня гуморального ответа носит компенсаторный характер.

- ❖ При гиперэргическом типе реакции отмечается быстрое течение, иногда молниеносное начало заболевания. Болевой синдром, степень ограничения функции, симптом интоксикации резко выраженный. Температурная реакция превышает 38,5 °С. Воспалительные процессы распространяется на две и более анатомические области. При вскрытии патологического очага определяется значительное гнойное отделяемое. На снижение клеточного иммунитета и гуморальной защиты указывают следующие показатели: увеличение фагоцитарной активности в 3-4 раза по сравнению общепринятой нормой, снижение IgG и рост концентрации IgM в два раза.

- ❖ Известно, что возникновению острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области предшествует ряд причинных факторов. К которым относятся: иммунодефицитные состояния, гиповитаминозы, сахарный диабет, заболевания почек, недостаточность кровоснабжения, а также охлаждение, перегревание, физическое и эмоциональное перенапряжение, чрезмерное общее ультрафиолетовое облучение и др.

- 
- ❖ Конституционный статус организма и возраст больного также влияют на устойчивость организма к тем или иным патологическим факторам. Таким образом, реактивность организма отражает его защитно-приспособительные способности и обусловлена наследственными и приобретенными факторами. Во многом она зависит от пола, возраста, условий и среды проживания.

- ❖ Особенностью одонтогенной инфекции является то, что организм больного не может самостоятельно, без соответствующих лечебных мероприятий, прекратить поступление микроорганизмов в пародонт через канал корня зуба. Поэтому, рассчитывать на самоизлечение и полную ликвидацию инфекционно-воспалительного очага в пародонте не приходится. В лучшем случае происходит стабилизация процесса, в результате чего формируется хронический очаг одонтогенной инфекции, находящийся в состоянии динамического равновесия с организмом больного.

- ❖ При нарушении установившегося равновесия между инфекционным очагом и организмом больного, из-за нарушения путей оттока экссудата через канал корня зуба, в инфекционном очаге повышается концентрация микробов, их токсинов и продуктов тканевого распада, которые по законам диффузии и осмоса в большей мере начинают проникать через соединительно-тканную капсулу в прилежащие ткани. Затем начинают проявляться все признаки воспаления: альтерация, нарушение кровообращения, пролиферация. Поэтому при лечении одонтогенных флегмон, первоочередной задачей является удаление «причинного» зуба с одновременным вскрытием и дренированием гнойного очага.

Анатомо-топографические особенности челюстно-лицевой области

- ❖ Патогенез и клиническое течение воспалительных заболеваний лица и шеи тесно связаны с анатомо-топографическими особенностями этих областей. Наличие большого количества связанных между собой клетчаточных пространств, обильная сеть кровеносных и лимфатических сосудов способствует быстрому распространению гнойного экссудата. Очень опасно распространение инфекции в соседние с лицом и шеей области – полость черепа и средостение.

- ❖ Клинические наблюдения В.Ф. Войно-Ясенецкого и др. свидетельствуют о возможности перехода воспаления вдоль жирового тела щеки из одного клетчаточного пространства в другое. Нижняя доля жирового тела щеки из одного клетчаточного пространства в другое. Нижняя доля жирового тела лежит в щечной области, средняя доля – под скуловой дугой, верхняя глубокая часть комка распространяется в височную область, задний его отросток проникает под апоневротическое клетчаточное пространство, верхний отросток прилежит к нижней глазничной щели, медиальный отросток проникает в крылонебную ямку.

- ❖ Вовлечение жирового тела щеки в воспалительный процесс черевато возможностью проникновения инфекции в полость черепа.
- ❖ Анатомическими путями инфицирования мозговых оболочек являются:
 - ❖ Клетчаточное пространство щеки – клетчатка клыковой ямки – подглазничный канал – жировая клетчатка глазницы – верхняя глазничная щель – полость черепа
 - ❖ Жировое тело щеки – клетчатка подвисочной ямки, крыловидное венозное сплетение – овальное и круглое отверстие – полость черепа

- 
- ❖ Особенности течения воспалительных процессов верхней челюсти в значительной мере обусловлены топографией верхнечелюстной пазухи. При низком расположении дна пазухи возможно её инфицирование из патологических периапекальных одонтогенных очагов и развитие эмпиемы пазухи.

- ❖ Клетчаточные пространства прилежащие к верхней челюсти тесно сообщаются друг с другом. Так при инфицировании поднижнечелюстного клетчаточного пространства возможно распространение инфекции в подъязычную, подбородочную области, в окологлоточное пространство с возможным распространением в заднее средостение, в позадичелюстную ямку, фасциальное влагалище сосудисто-нервного пучка шеи, с возможным распространением в переднее средостение, а также на все клетчаточные пространства надподъязычной области.

Обследование больного с одонтогенными заболеваниями ЧЛО

- ❖ При обследовании больного с одонтогенными флегмонами ЧЛО врач ориентируется на наличие классических местных признаков воспаления: припухлость или инфильтрация тканей, боль гиперемия кожных покровов или СОПР, повышение температуры и нарушение функции жевания, глотания, дыхания, речеобразования. Однако, выраженность каждого из перечисленных симптомов варьирует, что в первую очередь зависит от локализации воспалительного процесса. Вследствие различного расположения клетчаточных пространств могут отсутствовать один или несколько признаков воспаления. Так при флегмонах крылонебной ямки, окологлоточного, крыловидно-нижнечелюстного, подмассериального пространства и глубоких отделов височной области отсутствуют гиперемия кожи, флюктуация.

- ❖ При флегмонах, развивающихся в области расположения жевательных мышц, рано появляется ограниченное открывание рта (флегмоны крыловидно-нижнечелюстного, окологлоточного, поджевательного пространства, глубоких отделов височной области).
- ❖ Нарушается прием пищи вследствие ограниченного открывания рта, болей при глотании или же затрудненного глотания при абсцессах и флегмонах притонзиллярного, окологлоточного пространства, корня языка, дна полости рта. Нарушается дыхание вследствие инфильтрации и отека верхних дыхательных путей. При флегмонах глазницы возможно нарушение зрения.

- 
- ❖ Нарушается дыхание вследствие инфильтрации и отека верхних дыхательных путей. При флегмонах глазницы возможно нарушение зрения.
 - ❖ Таким образом, знание особенностей течения одонтогенных флегмон ЧЛО позволит улучшить топическую диагностику, поможет сформировать основные принципы патогенетической терапии, определиться в выборе места лечения.

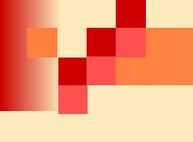
Оценка тяжести состояния больного и прогноз заболевания

- ❖ Существуют различные способы оценки состояния больного с острой одонтогенной инфекцией на основании данных гематологического, биохимического, иммунологического обследования. Однако, на догоспитальном этапе не всегда представляется возможность провести комплексное обследование больного, поэтому актуальны индексные оценки, включающие как общеклинические, так и лабораторные показатели.

❖ Для прогнозирования, выбора метода лечения и оценки динамики патологического процесса мы рекомендуем интегральный показатель тяжести (ИПТ), предложенный М.М. Соловьевым и Т.Н. Алеховой, с учетом температуры тела, пульса и гемограммы.

- ❖ $ИПТ = 0,36 \times X1 + 0,0056 \times X2 + 0,01 \times X3 - 12,42$
- ❖ где ИПТ – интегральный показатель тяжести в баллах
- ❖ X1 – температура тела
- ❖ X2 – содержание лейкоцитов, тыс.1мкл/100
- ❖ X3 – СОЭ, мм/ч
- ❖ 12,42 – т.н. свободный член множественной регрессии

- ❖ Принцип прогнозирования с использованием математического моделирования следующий. При значении ИПТ до 1,5 баллов течение инфекционно-воспалительного процесса оценивается как легкое, а прогноз удовлетворительный. При значении ИПТ от 1,5 до 2,5 баллов течение инфекционного процесса оценивается как средней тяжести, а прогноз заболевания как сомнительный. При значении ИПТ свыше 2,5 баллов течение инфекционно-воспалительного процесса следует трактовать как тяжелое, а прогноз заболевания неблагоприятный.

- 
- ❖ ИПТ по Соловьеву позволяет прогнозировать тяжесть течения острых одонтогенных воспалительных заболеваний ЧЛО, адекватно отражает динамику воспаления. В данном индексе одновременно использовано несколько клинико-лабораторных показателей, доступных любому медицинскому учреждению.

- ❖ Существенную помощь по оценке тяжести и вероятного прогноза заболевания может сказать определение по гемограмме лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по Я.Я. Кальф-Калифу, вычисляемого по формуле:

$$\text{ЛИИ} = \frac{(4\text{ми} + 3\text{ю} + 2\text{п} + \text{с})(\text{пл} + 1)}{(\text{л} + \text{м})(\text{э} + 1)}$$

где ми – миелоциты; ю – юные формы; п – палочкоядерные нейтрофилы; с – сегментоядерные нейтрофилы; пл – плазматические клетки; л – лимфоциты; м – моноциты; э – эозинофилы.

ЛИИ в норме составляет 0,47

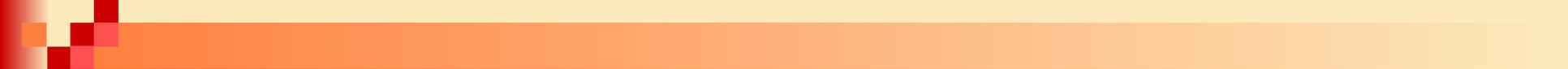
- Анализ показал, что у больных с одонтогенными медиастенитами значения ЛИИ колебались от 1,5 до 17,0 в среднем составляло 4,6, при поверхностных флегмонах 0,9, при глубоких флегмонах 1,2. Считается, что повышение ЛИИ до 4-9 свидетельствует о влиянии бактериальных токсинов, а ЛИИ в пределах 2-3 об интоксикации продуктами аутолиза
- Одним из критериев тяжести состояния больных является степень интоксикации. Оценка данного показателя основывается на жалобах больного и неспецифических симптомах (общее состояние больного, окраска кожных покровов, тахикардия и т.д.). Для контроля эффективности проводимого лечения необходима количественная оценка степени интоксикации

- Наибольшее распространение получила методика определения токсичности «параameцийным методом». При этом этом методе определяется время жизнедеятельности микроорганизмов в биологически активных жидкостях. Однако многие авторы отмечают недостаточную информативность данного теста из-за субъективности, чувствительности микроорганизмов к условиям внешней среды, а так же недостаточную чувствительность к незначительным колебаниям токсичности.

- Тяжесть состояния больных с острыми воспалительными заболеваниями в значительной степени определяются синдромом эндогенной интоксикации. Этот симптомакомплекс связан с повреждением соединительной ткани, нарушением микроциркуляции, накоплением промежуточных продуктов обмена веществ, метаболитов, токсическим воздействием эндогенных и бактериальных токсинов.
- К вторичным эндогенным токсинам относятся вещества полипептидной природы со средней молекулярной массой, которые присутствуют в крови здоровых людей в количестве 0,21 УЕ оптической плотности и считаются неспецифическими маркерами эндогенной интоксикации.

- Уровень молекул со средней молекулярной массой (МСМ) в крови мы определяем по Скрининг-методу Н.И.Габриэляна. Методика заключается в следующем: берется 0,3мл плазмы крови, добавляется 0,3мл раствора 10% трихлоруксусной кислоты, центрифугируется при 4000об/мин 15минут. Затем к 0,3мл супернатанта добавляется 2,7мл дистиллированной воды. Оптическая плотность определяется на спектрофотометре при длине волны 254нм в кювете 1см против воды. Физиологическая концентрация молекул средней массы составляет 0,24 условных единиц оптической плотности

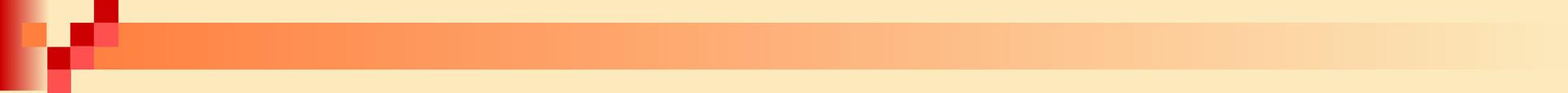
- При повышении уровня М.С.М. от 0,3 до 0,4 ЕОП — течение инфекционного процесса оценивается как средней тяжести, а прогноз заболевания как сомнительный.
- При повышении уровня МСМ до 0,5 ЕОП — течение инфекционного процесса трактуется как тяжелое, а прогноз неблагоприятный. Данный метод дает возможность регистрировать минимальные колебания токсичности технически прост, позволяет в течение 40 минут получить результат.

- 
- Известно, что большая часть данных полипептидов выводится с мочой.
 - Физиологическая концентрация М.С.М. в моче 0,21 ЕОП.
 - Показатели количества средних молекул в моче коррелируют с аналогичными исследованиями в плазме крови тех же больных.
 - Вышеуказанные методики позволяют объективно оценить тяжесть инфекционного процесса, своевременно определить тактику лечения.



ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

- 
- Конкретной целью лечения больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области является купирование инфекционного процесса и восстановление нарушенных функций организма в максимально короткий срок. Поэтому при выборе лечебных мероприятий следует учитывать стадию заболевания, характер воспалительного процесса, вирулентность возбудителей инфекции, тип ответной реакции организма, локализацию очага поражения, сопутствующие заболевания и возраст больного.

- 
- В острой стадии заболевания, когда нарастают воспалительные явления, основная задача лечения сводится к ограничению зоны распространения инфекционного процесса и восстановлению равновесия между очагом хронической одонтогенной инфекции и организмом больного. В этой стадии заболевания основные лечебные мероприятия направлены на снижение вирулентности инфекционного начала и направленную регуляцию иммунологических реакций.

- Первоочередным мероприятием, приводящим к снижению вирулентности инфекционного начала, является дренирование инфекционного очага путем рассечения мягких тканей над местом скопления гноя. У больных с одонтогенными абсцессами и флегмонами одновременно с дренированием инфекционного очага в мягких тканях, производится санация первичного очага воспаления в челюсти путем удаления «причинного зуба». 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.







31.07.2006

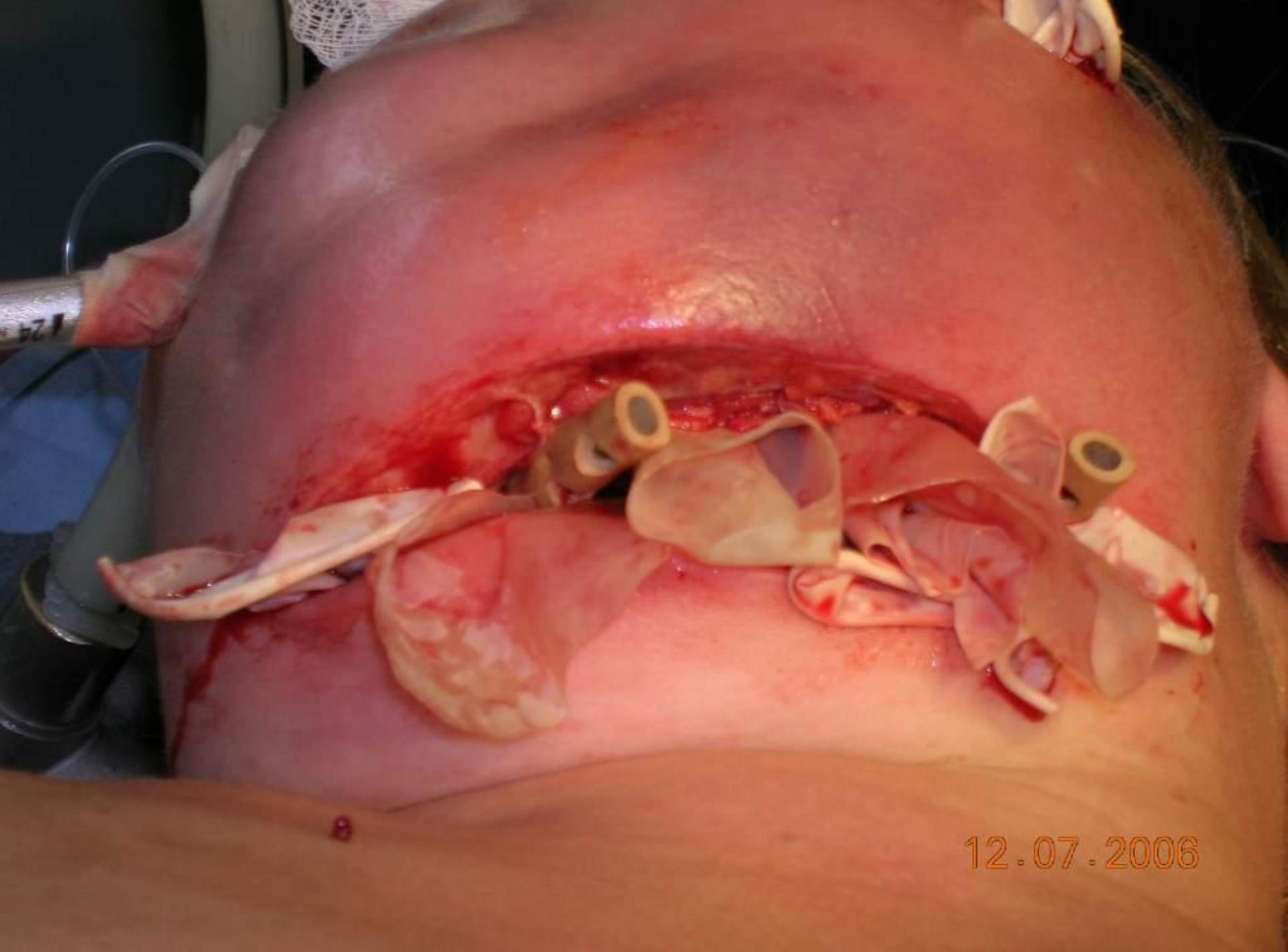
- Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области являются неотложными состояниями, требующими наряду с хирургическим вмешательством рационального комплексного анестезиологического обеспечения и адекватной инфузионной терапии с использованием патогенетических средств коррекции нарушенного гомеостаза.
- При выборе оптимального оперативного доступа к инфекционному очагу необходимо учитывать анатомо-топографические особенности данной области, связь клетчаточных пространств между собой, расположение верхушек корней зубов по отношению к диафрагме дна полости рта и дну верхнечелюстной пазухи, конституциональные особенности пациента.

- Длина разреза кожных покровов и слизистой оболочки при вскрытии абсцессов и флегмон определяется протяженностью инфильтрата. Слизистую оболочку, кожу, подкожную мышцу и фасции на пути к инфекционному очагу следует рассекать, а глубже лежащие ткани расслаивать по ходу клетчаточных пространств.
- У больных с гнилостно-некротическими флегмонами при больших участках некроза показана некрэктомия.



10.08.2006





12.07.2006



14.07.2006

- В комплексном лечении гнойных ран в первой фазе (в стадии гидратации) необходимо обеспечить хороший отток экссудата, то есть выделение продуктов воспаления из раны наружу. Адекватное дренирование раны во многих случаях снижает интоксикацию организма больного, помогает ему бороться с инфекцией и предотвращает развитие гнойных осложнений.

- 
- В последнее время большое внимание уделяется совершенствованию способов дренирования гнойного очага. Разработаны методы вакуумного дренирования, фракционного и непрерывного промывания ран, позволяющие проводить дозированное и целенаправленное введение лекарственных веществ в зависимости от характера воспалительного процесса, его распространенности и стадии процесса.

- 
- Созданы принципиально новые дренажные материалы, содержащие биологически активные вещества — трипсин, террилитин, гепарин, гордокс.
 - Все более широко используется дренирующие сорбенты — сорбилекс, дебризан, гевелин, обеспечивающие сорбцию раневого экссудата. Ряд авторов указывает на детоксикационную активность азотосодержащих активированных углей и сорбционно-активных волокнистых материалов на основе целлюлозы.

- 
- Препараты, используемые в I фазе раневого процесса, должны оказывать на рану комплексное многонаправленное действие — антимикробное, дегидратирующее, некролитическое, противовоспалительное и обезболивающее. Наиболее полно этим требованиям отвечают современные отечественные мази на водорастворимой полиэтиленоксидной основе — левосин, левомеколь, левонорсин, диоксиколь, сульфамеколь, сульфамелон и др.
 - Многие авторы указывают на улучшение результатов лечения при применении мембранных устройств, обеспечивающих постоянное, дозированное поступление лекарственных веществ.

- 
- Особое место при лечении больных с тяжелыми гнойнонекротическими процессами занимает гипербарическая оксигенация и лечение ран в управляемой абактериальной среде, а также вибромассаж на ауторезонантных частотах.
 - Хорошие результаты получены при УЗ обработке гнойных ран в сочетании с протеолитическими ферментами, фонофорезе комплексонов, УФ — облучении раневой поверхности и лазерном воздействии, методе вакуум — оксигенации гнойных ран.

- Во второй фазе раневого процесса с целью стимуляции развития грануляционной ткани применяются мазевые лекарственные формы и лечебные аэрозоли: винилин, каротолин, вульнузан, мазь каланхоэ, метилуроциловая, контрикаловая мази, камбутек, облепиховое масло, оксиклозоль, олазоль и др. Для достижения косметического эффекта больным показаны ранние вторичные швы.
- Лечение больных воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи основано на комплексном проведении оперативных вмешательств и консервативных мероприятий.

- Общая терапия существенно не отличается от основных хирургических принципов лечения в общей хирургии. Наиболее патогенетически обоснованными являются методы воздействия, связанные с выведением токсинов из организма, которые должны применяться на фоне полного комплекса традиционной терапии, направленной на коррекцию всех выявленных нарушений. К традиционным методам дезинтоксикации относятся инфузии плазмозаменителей гемодинамического, дезинтоксикационного, гемореологического действия, гемотрансфузии, форсированный диурез, введение ингибиторов протеолитических ферментов, антикоагулянтов. Заслуживают внимания методы реинфузии с ультрафиолетовым облучением крови, экстракорпоральная гемокоррекция, сорбционные методы детоксикации.

- При назначении антибиотиков следует учитывать антибиограмму. Выбор метода иммунокоррекции определяется результатами изучения общей реактивности и показателей специфического иммунитета.
- Коррекция метаболических расстройств проводится комплексно в отделении реанимации при обязательном объективном контроле за клиническими, параклиническими и лабораторными показателями.
- Таким образом, комплексное лечение больных с одонтогенными флегмонами индивидуально для каждого больного.



02.08.2006



29.07.2006



02.08.2006





11.08.2006



Благодарю за внимание