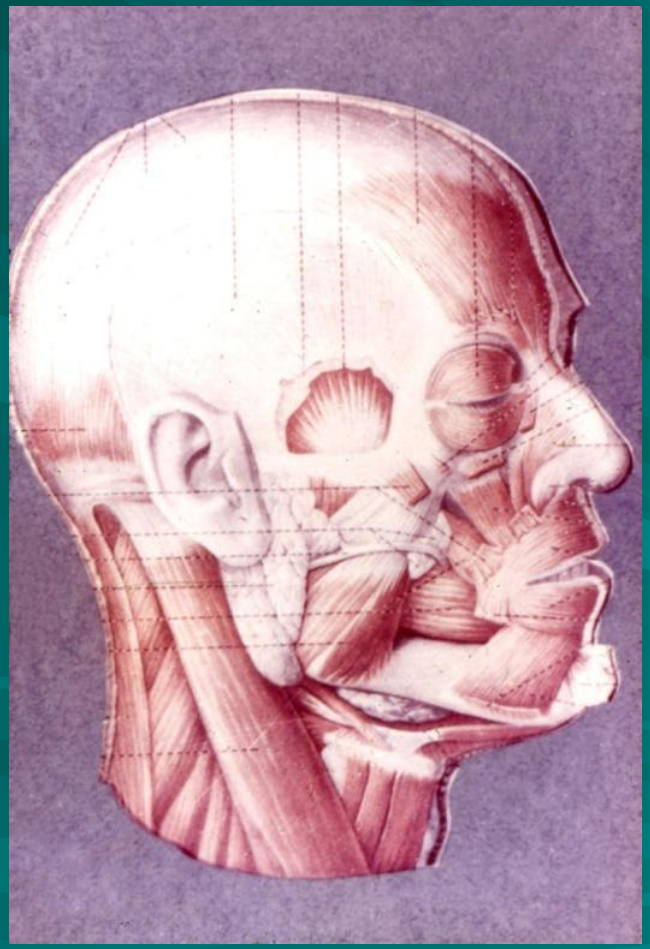
ОДОНТОГЕННЫЕ АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ



КЛАССИФИКАЦИЯ

(Ю.И. Бернадский, 1985)

В зависимости от источника инфекции

- Одонтогенные – причина гангренозные зубы
- Интраоссальные – вследствие периоститов, остеомиелитов, затрудненного прорезывания зубов мудрости, гайморитов, кист и др.
- Гингивальные – их развитие связано с наличием парадонтитов, гингивитов.
- Мукостоматогенные – обусловлены наличием стоматитов, глосситов.
- Саливаторные – возникают в результате сиалоденитов, сиалодохитов.
- Тонзиллярно-глоточные
- Риногенные
- Отогенные

Статистика:

- Околочелюстные абсцессы и флегмоны (Abscessus et phlegmone) наблюдаются сравнительно часто — у 20—30% больных, поступающих в стационары клиник хирургической стоматологии (Г. А. Васильев), и у 52,2% больных с воспалительными заболеваниями (Ю. И. Вернадский).

Этиология:

- распространения гнойного процесса из околоверхушечных очагов при обострении хронического периодонтита, реже при остром периодонтите,
- затрудненном прорезывании нижнего третьего коренного зуба
- нагноившейся радикулярной кисте,
- альвеолите
- обострения пародонтоза
- осложнение при гнойном периостите альвеолярного отростка или тела челюсти,
- могут сопутствовать острому и хроническому одонтогенному остеомиелиту.

Возбудители:

- белый или золотистый стафилококк
- смешанная микрофлора, (стафилококки или стрептококки в симбиозе с другими видами кокков, а также кишечной и другими палочками, стафилококка с диплококком, грамотрицательными палочками)
- анаеробная инфекция

Патогенез воспалительного заболевания

- Воспаление - это возникший в ходе эволюции процесс, заключающийся в преимущественно защитной реакции организма на различные болезнетворные воздействия
- Воспаление служит защитно-приспособительной реакцией для вида, но для индивидуума оно может привести к летальному исходу
- Процесс проявляется повреждением тканей (альтерация), нарушением микроциркуляции с повышением сосудистой проницаемости, экссудацией и эмиграцией лейкоцитов, а также образованием новых тканевых элементов (пролиферация), приводящим к заживлению дефекта

- ***Абсцесс, или гнойник*** - ограниченный гнойный очаг, являющийся результатом гнойного расплавления участка клетчатки, реже другой ткани.
- ***Флегмоной*** называется острое, разлитое гнойное воспаление клетчатки (подкожной, межмышечной, межфасциальной и др.). В отличие от абсцесса флегмона склонна к распространению.

Анатомо-топографическая классификация одонтогенных А. и Ф.

А. Околочелюстные абсцессы и флегмоны:

1. **тканей, прилегающих к нижней челюсти**

- *Поверхностные:*
  - подчелюстная
  - подподбородочная
  - околоушно-жевательная области
  - жевательная область
- *Глубокие :*
  - крыловидно-челюстное
  - окологлоточное пространства
  - подъязычная область
  - дно полости рта

2. **тканей, прилегающих к верхней челюсти**

- *Поверхностные:*
  - подглазничная
  - щечная область
- *Глубокие :*
  - подвисочная
  - крылонебнай ямки

Б. **Абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей, куда гнойный процесс распространяется по протяжению**

- скуловая
- височная область
- глазница
- позадичелюстная область
- шея
- абсцессы и флегмоны языка

Поверхностные А. и Ф. тканей, прилегающих к верхней челюсти

А. и Ф. подглазничной области

***Локализуется*:**

- в клетчаточных пространствах, расположенных между нижнем краем глазницы, сводом предверием, боковой поверхностью носа скуловой костью.

Этиология:

- гнойные очаги в области верхних клыков, первых премоляров, вторых резцов, реже вторых премоляров.

Симптомы:

- Сильная боль и припухлость тканей подглазничной области
- Головная боль
- При осмотре отек и гиперемия в области клыковой ямки, распространяющийся на боковую поверхность носа, скуловую область , нижнее веко и верхнюю губу.
- Веко закрывает глазную щель.
- Губа свисает смещая угол рта больной стороны значительно ниже здоровой.
- Кончик носа смещается в здоровую сторону.
- Носо-губная складка сглажена и в то же время резко выражена на здоровой стороне
- В запущенных случаях отекает и верхнее веко.
- Пальпоторно определяется резко болезненный , плотный инфильтрат в области клыковой ямки, наличие флюктуации.
- Если процесс расположен ближе к преддверию рта, отмечается сглаженность переходной складки.

Течение:

- Обычно флегмона подглазочной области возникает как осложнение абсцессов этой области.
- Заболевание развивается быстро
- высокая температура
- сильные боли в области инфильтрата

Осложнения:

- остеомеилит ниже глазничного края и скуловой кости
- гайморит
- тромбофлибит угловой вены
- занос инфекции в пещеристую пазуху

Лечение:

- разрез производят со стороны полости рта(чаще), или со стороны кожи.
- Последние чаще производятся при локализации очага размягчения в области нижнеглазного края.
- Рана дренируется.
- Общее лечение (флегмоны челюстно-лицевой области).

Флегмона щечной области

***Локализация*:**

- ограничена сверху скуловой дугой,
- снизу-краем нижней челюсти,
- спереди мышцы смеха,
- сзади – передним краем жевательной мышцы.
- В этом пространстве находится щечная мышца, жировой комок щеки (биша), наружночелюстная артерия, передняя лицевая вена, клетчатка, лимфатические узлы и развитая сеть кровеносных сосудов.
- Сзади наперед через щечную область проходит Стеннонов проток.
- Снутри щечная область ограничена слизистой оболочкой, снаружи кожи щеки.

Этиология:

- травмы,
- фурункулы,
- воспаление лимф.узлов,
- камень стен.протока,
- инфекция из зубных очагов, особенно верхних зубов,
- язвенные стоматиты.

Симптомы:

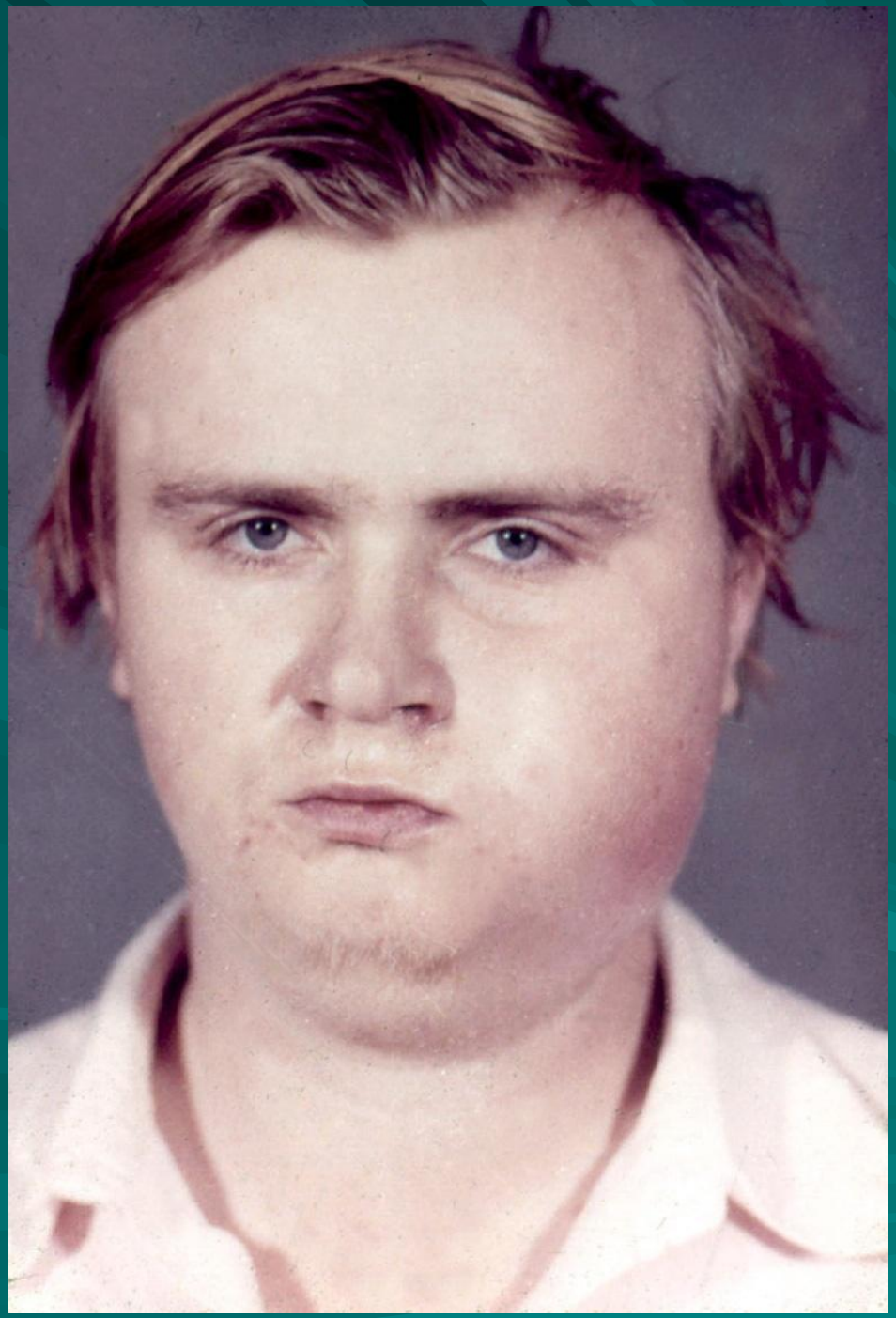
- значительная болезненность и отек в области щеки.
- ассиметрия лица
- Кожа в области пораженной щеки гиперемирована, напряжена, в складку с трудом собирается, лоснится.
- Отек распр.и на другие области: весок, ниж.веко, бок.поверх. носа, верх. и ниж.губу, околоушножев. область.
- ниж.веко и верх.губа временно параллизованы
- Носогубная бороздка сглажена
- нос смещен в здоровую сторону
- Пальпаторно определяется значительное уплотнение ткани щеки с флюктуацией
- от пальцев остаются следы
- Региональные лимфатические узлы увеличены, болезнены
- в ротовой полости отек выступает в преддверии рта, переходная складка сглажена, на щеке видны следы от зубов
- Открывание рта ограничено

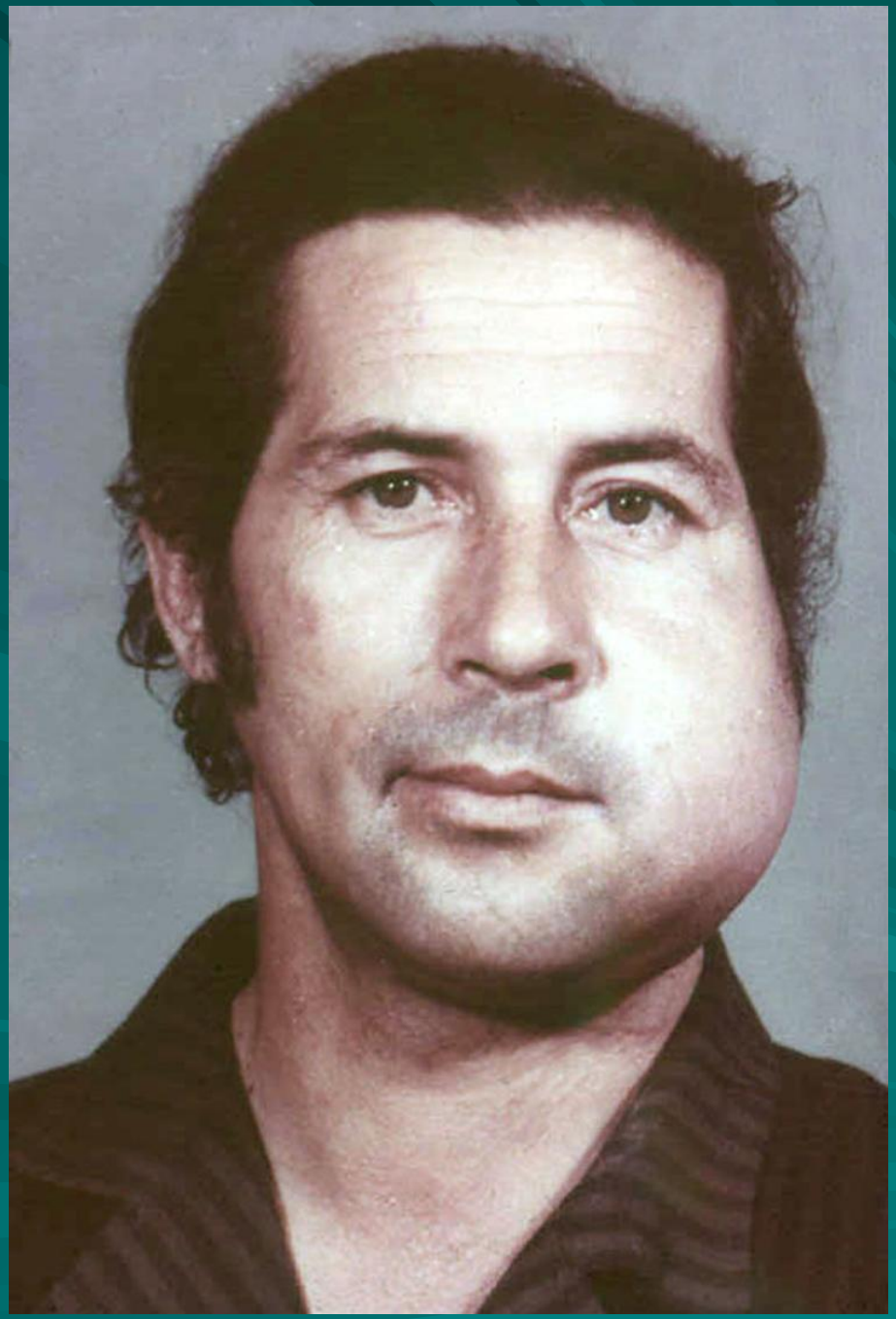
Течение:

- более или менее благоприятно
- более бурно протекает флегмона когда в процесс вовлечена подслизистая, подкож.или др.межмышечная клетчатка
- тяжелую картину дает воспаление комка Биша, гной легко протекает в др.области, темп. достигает высоких цыфр, может появится септическое состояние, тромбоз лицевых сосудов и др.

Лечение:

- разрезы производятся в области наиб. размягчения инфильтрата с учетом хода веточек лицевого нерва.
- Если гной располож.ближе к слиз.оболочке разрез делают со стороны рта.
- Не следует вскрывать внутриротовым разрезом флегмоны щеки, локализованные близко к коже или даже глубоко, между мышцами, т.к. их очень трудно дренировать, вследствие чего затягивается процесс заживления.
- Общее лечение





Глубокие А. и Ф. тканей, прилегающих к верхней челюсти

Флегмона подвисочной области и крыло-небной ямки

Локализация:

- снаружи внутренней поверхностью ветви нижней челюсти
- снутри- крыловидным отростком основной кости и боковой стенкой глотки
- спереди –бугром верхней челюсти
- сзади –шиловидным отростком с отходящими от него мышцами
- верхняя граница соответствует уровню скуловой дуги
- нижняя- щёчно глоточной фасции
- Вверху свободно переходят в височную ямку
- Внутри подвисочная ямка свободно сообщается с крыло – нёбной

***Этиология*:**

- возникают вследствие распространения гноя из соседних пространств (крыло- челюстное, окологлоточное, позадичелюстное, щёчное и др.).
- инфекция от верхних зубов мудрости
- при туберальной анестезии
- при нарушении стерильности иглы.

Симптомы:

- головная боль
- боль поражённой половины лица
- ограничение открывания рта
- Мягкие ткани лица на стороне поражений мало изменены
- прощупывается болезненное уплотнение позади ветви нижней челюсти
- отек в височной и щёчной областях
- наблюдается симптом «песочных часов»
- значительный отек слизистой оболочки в области свода преддверия рта на уровне бугра верхней челюсти
- Общее состояние тяжёлое
- в крови возникают значительные сдвиги

***Течение*:**

- Симптомы появляются постепенно по мере поступления сюда новых порций инфекции из окружающих областей
- Течение болезни зависит от общего состояния больного, от вирулентности инфекции
- может осложниться воспалительным процессом оболочек мозга и др.

Диагноз:

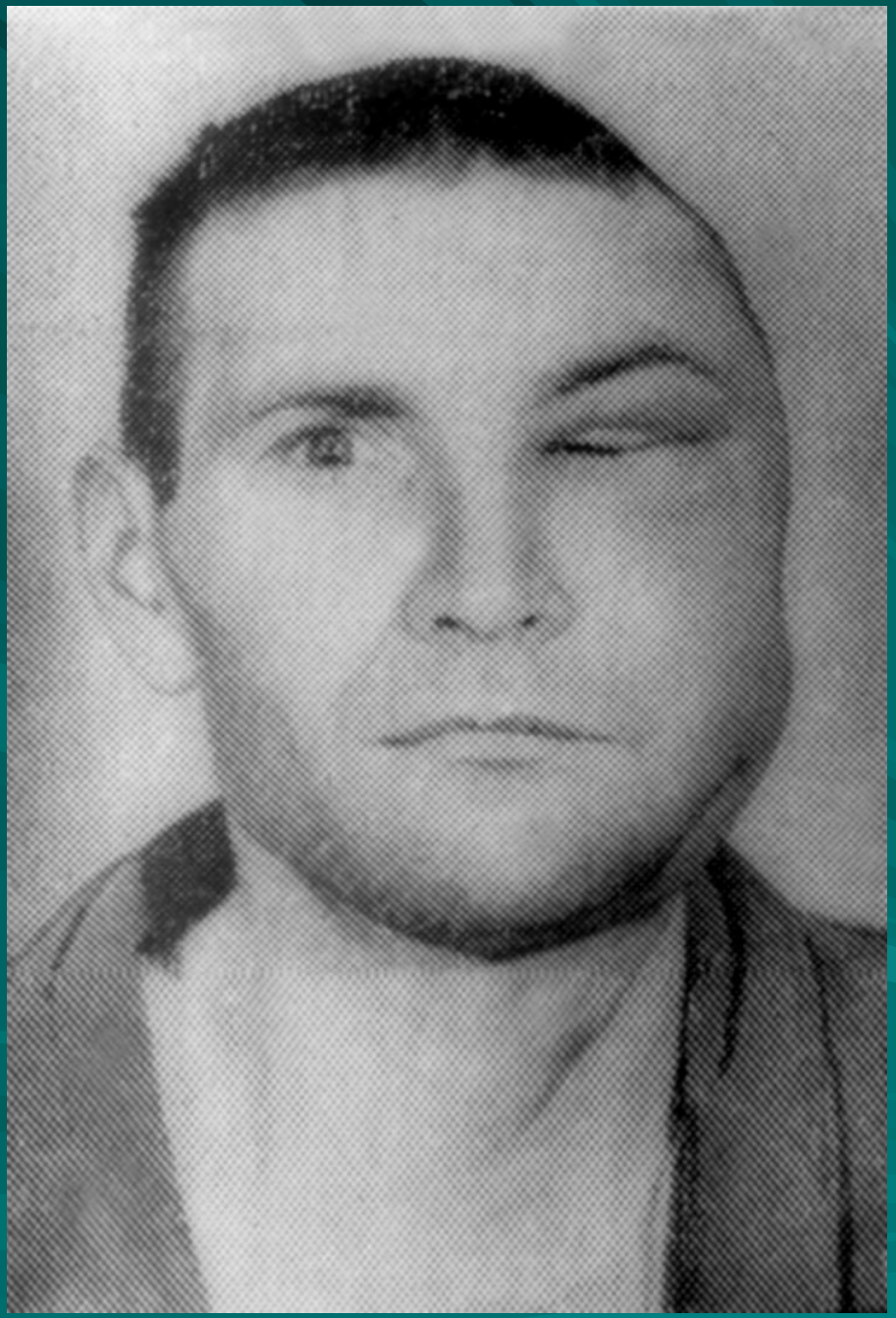
- Для установления наличия гноя в подвисочной ямке следует чаще прибегать к пункции со стороны свода преддверия рта за бугром верхней челюсти.

Лечение:

- Доступ к подвисочной ямке может быть осуществлён с трёх сторон:

1. *со стороны преддверия рта позади бугра верхней челюсти*
2. *из-под угла нижней челюсти*
3. *а также под скуловой дугой через полулунную вырезку нижней челюсти*

- Наиболее удобны и рациональны первые два пути.
- Рана дренируется.
- Иногда приходится одновременно вскрывать флегмону подвисочной области снаружи и внутри.



Поверхностные околочелюстные А. и Ф. нижней челюсти

Флегмона подподбородочной области.

***Локализация*:**

- сверху ограничено челюстноподъязычной мышцей,
- снизу собственной фасцией шеи,
- с боков – передними брюшками двубрюшных мышц.
- В этом пространстве находится клетчатка и 2-4 лимфатических узла.

Этиология :

- очаги инфекции в области нижних фронтальных зубов
- язвенные стоматиты
- ранения слизистой оболочки или кожи подбородочной области и нижней губы
- фурункулы этих областей

Патогенез:

- В одних случаях подбородочные флегмоны начинаются с нагноения увеличенных лимфатических узлов и тогда они имею характер аденофлегмон,
- в других - инфекция с первичного очага вызывает гнойное воспаление клетчатки подбородочного пространства.

Симптомы:

- боли в подподбородочной области без нарушения функций полости рта
- Затруднения глотания и дыхания может наблюдаться только при воспалении лимфатических узлов
- Общее состояние удовлетворительное
- температура не превышает 38*С
- припухлость в подподбородочпой области, напоминающая второй подбородок
- Пальпаторно определяется болезненный инфильтрат в центре которого определяется флюктуация.

Течение:

- аденофлегмоны подподбородочной области начинаются с явления лимфаденита, который при соответствующим лечении утихает
- подподбородочные флегмоны развиваются быстро и протекают тяжелей первых, значительно раньше, чем при аденофлегмонах определяется флюктуация. В запущенных случаях инфекция может распростронится на подчелюстные триугольники и даже на шею.

Диф. диагноз:

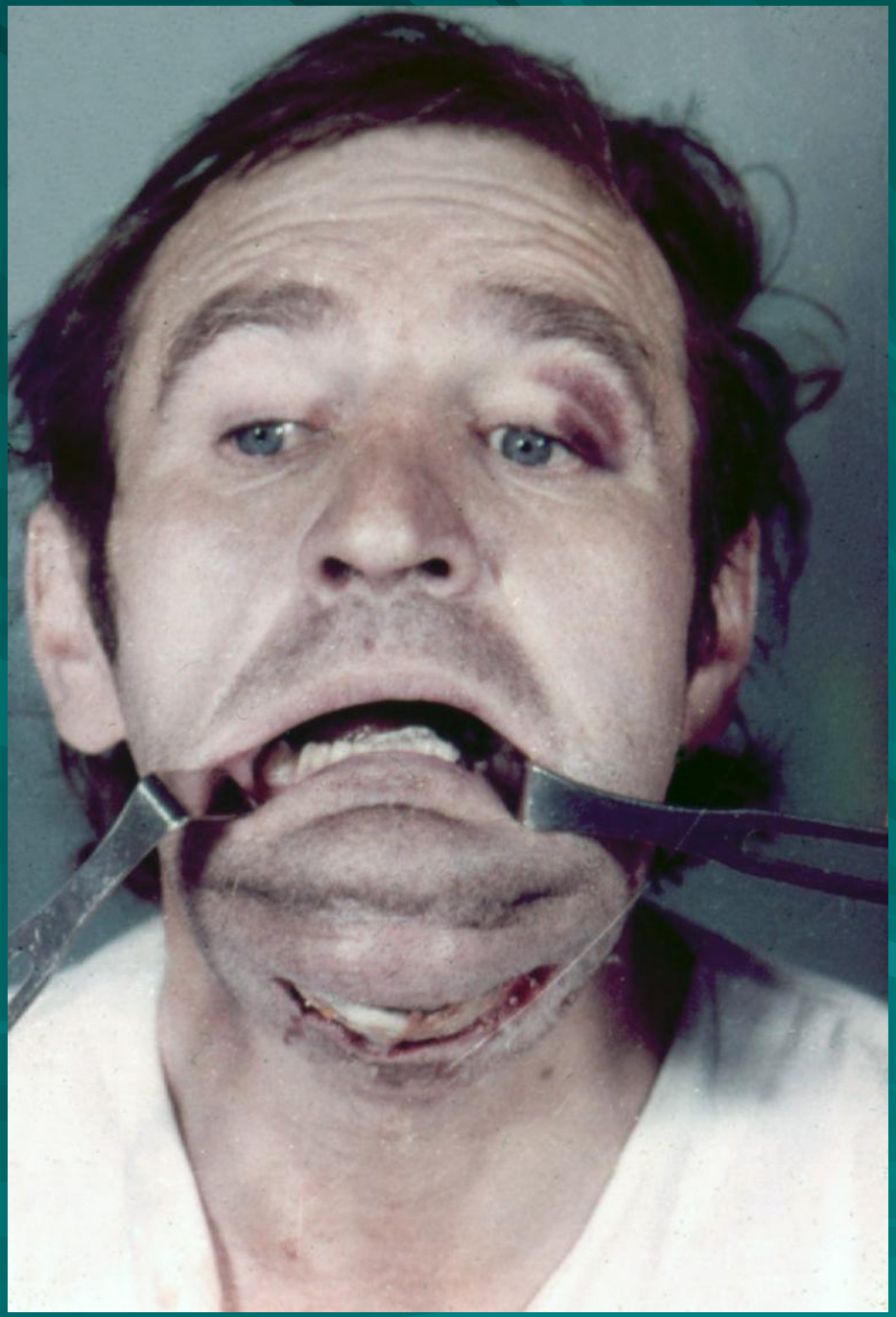
- с абсцессом подязычного пространства, при которых процесс расположен ближе к слизистой оболочке дна полости рта
- с нагноившейся дермоидной кистой
- раком дна полости рта.

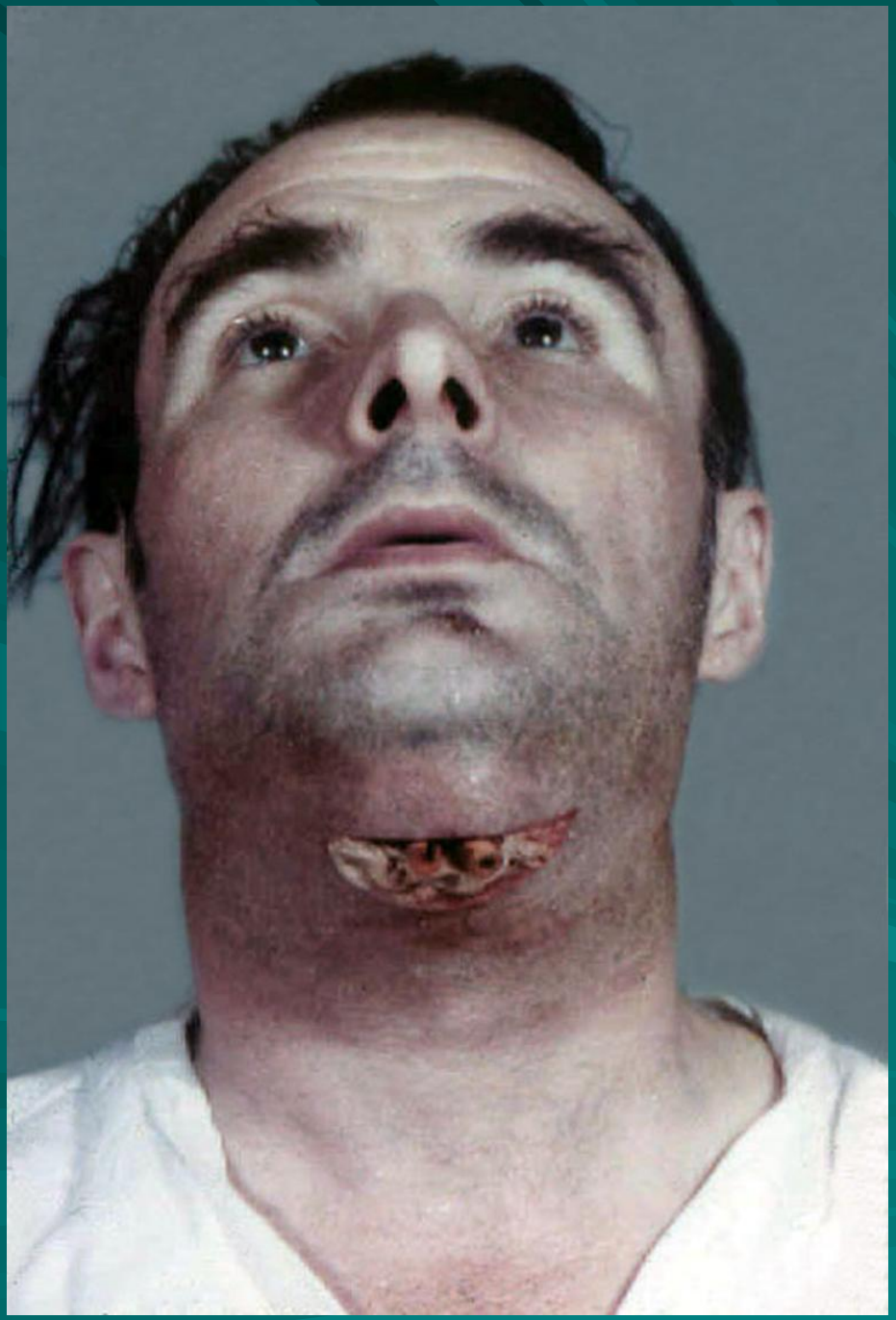
Методика вскрытия абсцесса, флегмоны подподбородочной области

1. Обезболивание - местная инфильтрационная анестезия, наркоз (внутривенный, ингаляционный).
2. При абсцессе подподбородочной области разрез кожи и кожной клетчатки длиной 3-4 см проводят вертикально по средней линии, отступя на 1-1,5 см от нижнего края челюсти. При флегмоне разрез проводят в подподбородочной области параллельно краю нижней челюсти на середине расстояния между челюстью и подъязычной костью.
3. Отслаивают края раны от подкожной мышцы шеи с покрывающей ее поверхностной фасцией шеи.

Методика вскрытия абсцесса, флегмоны подподбородочной области

4. При абсцессе рассекают по средней линии поверхностный листок собственной фасции шеи на всем протяжении кожной раны, а при флегмоне - дополнительно производят крестообразное рассечение подкожной мышцы шеи с целью лучшего дренирования гнойно-воспалительного очага.
5. Расслаивая клетчатку подподбородочного пространства кровоостанавливающим зажимом по направлению к центру инфильтрата, вскрывают гнойно-воспалительный очаг, эвакуируют гной.
6. Гемостаз. В рану вводят дренаж, накладывают асептическую повязку.





Флегмона поднижнечелюстного треугольника.

Локализация:

- Снаружи - край нижней челюсти,
- Снутри - брюшки двубрюшной мышцы,
- сверху – челюстноподъязычная мышца,
- Снизу - подверхностный листок собственной фасции шеи

В этом пространстве находится:

- поднижнечелюстная железа,
- наружночелюстная артерия,
- переднелицевая вена,
- лимфатические узлы,
- подъязычный нерв,
- язычная артерия
- значительное количество клетчатки.

Поднижнечелюстный триугольник широко сообщается с др.клетчаточными пространствами лица и шеи.

Поднижнечелюстные флегмоны встречаются чаще других флегмон челюстно-лицевой области.

Этиология:

- периодонтит больших коренных зубов
- перекоронарит зубов мудрости
- остеомиелит нижней челюсти
- слюнной камень
- из отдалённых областей(слизистая полость рта, нос, миндалины, язык , губы, гайморова полость и др.)
- лимфагенным путем

Патогенез:

- В одних случаях процесс начинается с нагноения воспаленных и увеличенных лимфоузлов поднижнечелюстного триугольника. Тогда развивается аденофлегмона.
- В случаях же попадания инфекции непосредственно в клетчатку развивается типичная флегмона.

Симптомы:

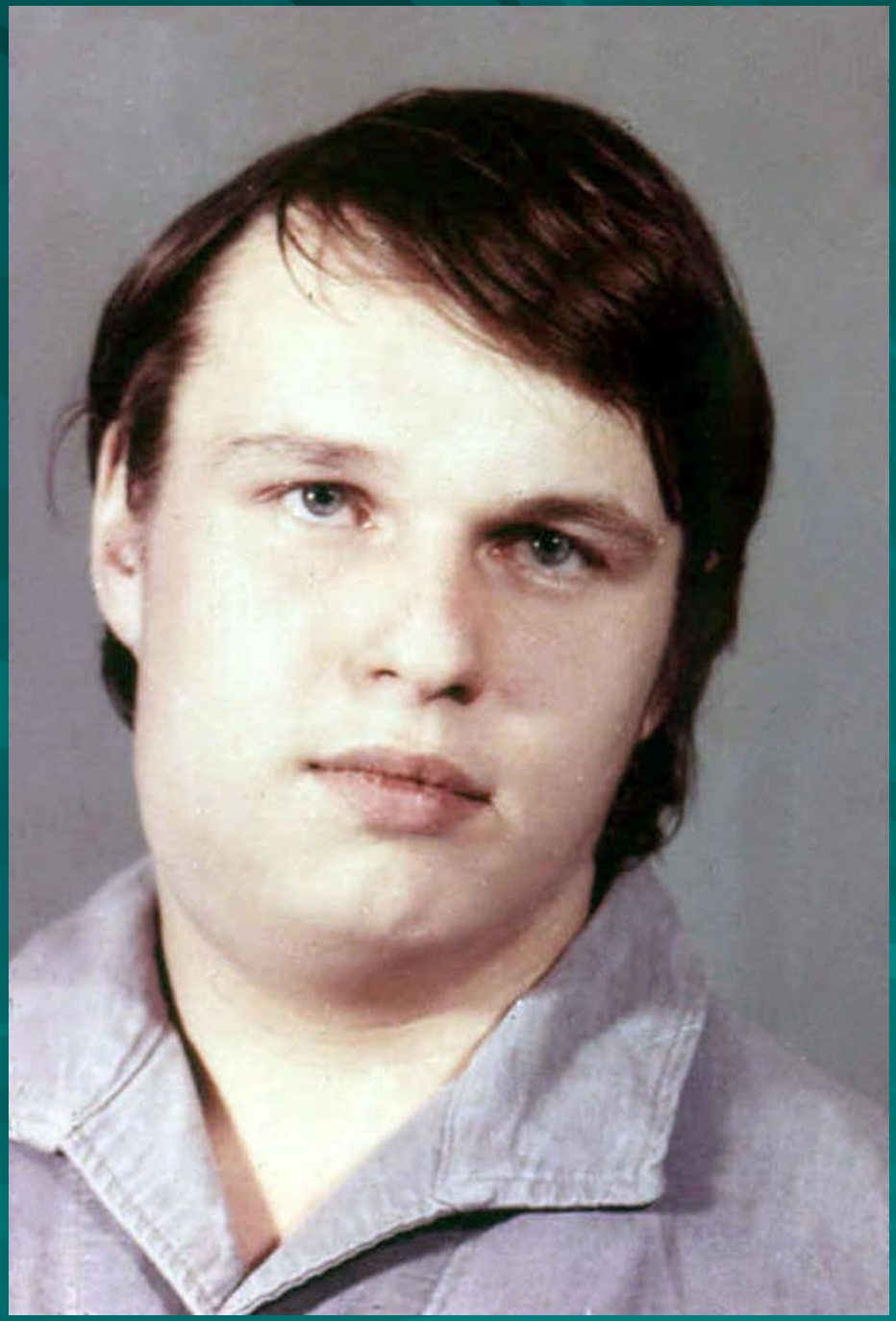
- значительные боли в нижнечелюстной области
- припухлость
- плохое открытие рта,
- боль при глотании и движение нижней челюсти,
- общее недомогание, головные боли, бессоница
- значительная ассиметрия лица
- Кожа пораженной области напряжена, гипермирована, в складку не собирается,блестит, лоснится
- Открывание рта в одних случаях резко ограничено, в других ограниченно незначительно это зависит от локализации эпицентра флегмоны – чем больше контрактура жевательных мышц, тем процесс ближе к ним.
- При пальпации определяется резко болезненный инфильтрат, в выраженных случаях- с флюктуацией в области эпицентра.
- Лимфатические узлы из-за инфильтрации ткани прощупать не удается.
- Имеется значительная пастозность тканей, так что при надавливании пальцем остаётся след.
- Общее состояние больных чаще всего тяжёлое или средней тяжести, с высокой температурой (39°С и больше), в крови возникают значительные изменения, в моче может быть белок и т. д.

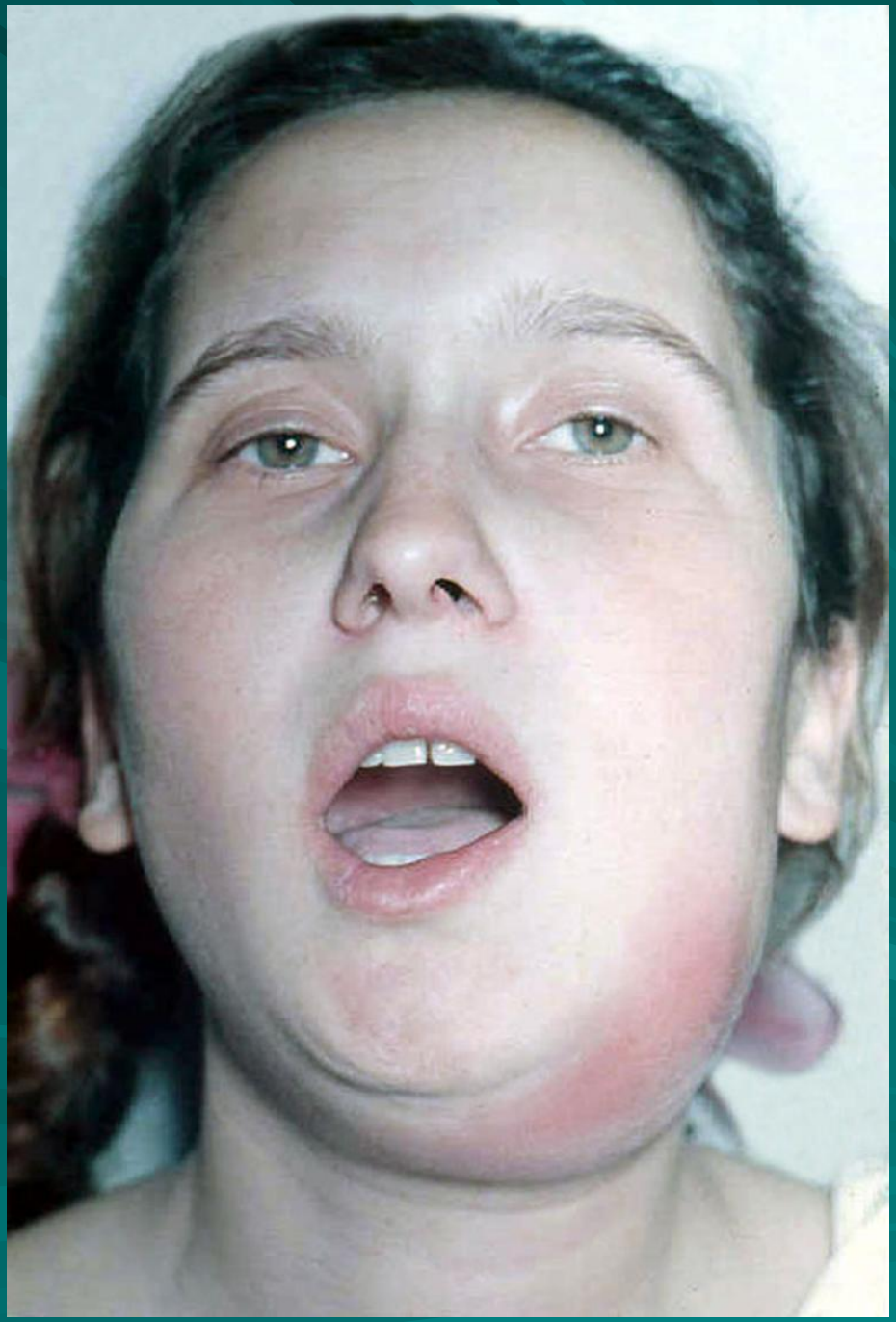
Диф. Диагноз:

- рака нижней челюсти и под нижнечелюстной области когда присоединяется острое воспаление
- острого субмаксилита
- слюнокаменной болезни

Лечение:

- разрез кожи, подкожной клетчатки и платизмы длиной 6-7 см, отступая 1-2 см к низу от края нижней челюсти и параллельно ему.
- В глубине ткани раздвигается тупым путем.
- Рана дренируется резиновыми трубками, через которые рана орошается антисептическими растворами и вводится антибиотики т.д. применяется общее комплексное лечение.





Флегмона поджевательного пространства.

Локализация:

- Поджевательное пространство (субмассетериальное) расположено между наружной поверхностью ветви нижней челюсти и жевательной мышцей.
- Гной может скапливаться в указанном пространстве и над мышцей- между ней и кожей. Последнее чаще имеет место при воспалении щечных и супрамандибулярных лимфатических узлов.

Этиология:

- воспалительные очаги в области нижнего зуба мудрости
- остеомиелит нижней челюсти,
- но иногда не удается установить связь с одонотогенным очагом.

Симптомы:

- сильная боль в области жевательной мышцы,
- резкое ограничение открывания рта,
- общая слабость, головная боль.
- ассиметрия лица за счет припухлости нижнего отдела около ушно – жевательной области.
- Отек часто распростроняется на щечную , височную и подчелюстную области.
- Кожа гипермирована, напряжена, лоснится.
- Открывание рта ограниченно до тризма II-III степени,
- отек наблюдается и в области переднего края нижней челюсти со стороны преддверия полости рта.
- При пальпации определяется плотный ,резко болезненной инфильтрат в области основной массы массетера, флюктуация определяется только в далеко зашедших случаях или при поверхностном расположении гноя.
- Лимфатические узлы увеличены, болезненны.
- Общее состояние больных средней тяжести, температура высокая(38-39°С). В крови больных отмечаются изменения, характерные для гнойного воспаления (флегмоны челюстно-лицевой области).

Диф. Диагноз:

- Такой же плотный инфильтрат может быть при актиномикозе, туберкулезе, сиффилис, раке, с присоединившейся банальной инфекцией или без неё.

Лечение :

- Наилучшим является разрез под углом нижней челюсти, но , по показаниям, можно пользоваться в области очага размягчения, или по ходу переднего края ветви челюсти со стороны преддверия рта.
- Рана дренируется.
- Общее лечение(флегмоны челюстно-лицевой области).

Глубокие абсцессы и флегмоны тканей прилегающих к нижней челюсти

Флегмона крыло-челюстного пространства.

Локализация:

- Скопление гноя при этой флегмоне возникает в пространстве между внутренней поверхностью ветви нижней челюсти и наружной поверхностью внутренней крыловидной мышцы.

Этиология:

- воспалительные процессы в области нижних зубов мудрости,
- остеомиелит нижней челюсти в области угла и ветви.
- постинъекционные флегмоны, возникающие после мандибулярной анестезии вследствие недостаточной стерильности инъекционной иглы, или раннения сосудов с последующим образованием гематомы, которая затем инфицируется.

Симптомы:

- боль при глотании ,
- ограниченное и резко болезненное открывание рта,
- головная боль , слабость.
- При осмотре часто не удается обнаружить каких- либо нарушении симметрии лица , т.к. процесс расположен внутри от ветви нижней челюсти.
- небольшая припухлость и гиперемия кожи под краем нижней челюсти в области угла.
- Открывание рта значительно ограничено за счёт воспалительной контрактуры внутренней крыловидной мышцы (тризм 2-3 степени) которая ,кстати, развивается раньше других симптомов
- пальпаторно под углом нижней челюсти и внутри от него определяется болезненный плотный инфильтрат.
- Преддверие рта свободно, но зато область крыло-челюстной складки и небной дужки резко гиперамированы, отёчны, сильно болезненны при пальпации.
- Может определяться флюктуация.

Диф. Диагноз:

- перитонзиллярный абсцесс,
- флегмоны окологлоточного пространства,
- абсцесс челюсто-язычного желобка

Лечение:

- применяют как наружный, так и внутриротовой разрезы.
- Со стороны рта разрез делается на уровне переднего края ветви челюсти, по ходу крыло-челюстной бороздки. Тупым путём по кости проникают в полость флегмоны, выпускают гной и дренируют ее.
- Лучшим считается внеротовой путь со стороны угла нижней челюсти. И при этом разрезе следует строго идти по кости. После вскрытия флегмоны в её полость вводится дренаж.

Флегмона окологлоточного пространства.

***Локализация*:**

в собственном окологлоточном пространстве,которое имеет следующие стенки:

- снутри- боковая стенка глотки,
- снаружи- внутренняя поверхность внутренней крыловидной мышцы,
- спереди- крыло-челюстная связка,
- сзади- шиловидный отросток с Риолановым пучком мышц и связками,
- сверху- основание черепа,
- снизу- ложе крупных сосудов шеи.
- В окологлоточном пространстве, в заднем его отделе проходят внутрянняя сонная артерия, внутренняя яремная вена и последние черепно- мозговые нервы. В пространстве расположено большое количество клетчатки, лимфатические узлы и др.

Этиология:

- Окологлоточные флегмоны чаще возникают вторично, вследствие прорыва гноя из других пространств лица, с которыми окологлоточное пространство тесно связано.
- Первичные флегмоны возникают редко а в основном при ранениях глотки.

Симптомы:

- сильные боли в горле, отдающую в ухо, особенно при попытке глотания.
- лицо больного одутловато, немного цианотично, но без нарушения симметрии,
- больной беспокоен , раздражен, общее состояние тяжелое,дыхание затруднено, голос несколько охрипший, глотание почти невозможно.
- Открывание рта ограниченно, но контрактура мыщц развита меньше , чем при крыло- челюстной, или поджевательной флегмоны.
- Глоточное отверстие сужено и деформировано за счет отёка половины мягкого нёба и дужки и смещения в здоровую сторону вместе с язычком.
- В области припухлости слизистая оболочка резко гиперемирована.
- Пальпацией определяется мягко- эластическое уплотнение в области половины мягкого неба и часто – флюктуация ,
- Лимфатические узлы шеи увеличены, болезненны, особенно по ходу крупных сосудов.
- В связи с некоторой контрактурой жевательной мышцы у больного может возникнуть кривошея.

Диф. Диагноз:

- перитонзиллярной флегмоной (абсцесс), отличие - расположена ближе к основаниям язычка и отёк очень сильно вдается в полость зева
- крыло – челюстной флегмоной, отличие - очень сильно выражено сведение челюстей.
- с реактивным отеком дужек мягкого неба
- при флегмонозной ангине, отличие - прежде всего бросается в глаза резко увеличенная и измененная миндалина

Лечение:

- разрез производится со стороны полости рта в наиболее выдающемся месте инфильтрата.
- Направление разреза параллельно крыло –челюстной складке. Учитывая возможность ранения крупных сосудов, происходящих в окологлоточном пространстве ,рекомендуется:

1. Лезвие скальпеля обвернуть марлей, оставив свободным только конец на расстоянии 0.5-0.75 см; разрез производят неглубоко только в пределах слизистой оболочки ,а дальше идти тупо если есть возможность , перед операцией пощупать пальцем место разреза и если отчётливо определяется пульсация сосуда, разрез делать в стороне от этого места.

- Если общее состояние больного и резко выраженное сведение челюстей не позволяет пользоваться внутриротовым доступом , производят разрез под углом нижней челюсти в пределах кожи, подкожной клетчатки и платизмы, а дальше тупо вскрывают гнойник и рана дренируется.
- При внутриротовом вскрытии флегмоны дренирование менее удобно. В таких случаях необходимо больному давать частные ирригации полости рта горячими антисептическими растворами.
- *Общее лечение* (см. флегмоны челюстно- лицевой области)

Абсцесс подъязычного пространства.

Этиология :

- из очагов, расположенных в апикальной области премоляров и моляров
- часто от гнойного перикоронарита в области нижних зубов мудрости.
- при камнях слюнного протока подчелюстной слюнной железы,
- при травмах слизистой оболочки подъязычного валика предметами и попадания под слизистую оболочку полости рта инородных тел.

Симптомы:

- обнаруживается значительное утолщение и возвышение подъязычного валика в виде гребня *(симптом «петушинного гребня»)*, последний покрыт беловатым фибринным налётом,
- язык может быть несколько сдвинут в здоровую сторону, а большой половиной несколько приподнят.
- Движения языка резко болезненны,
- глотание и речь значительно нарушены.
- В случаях, когда инфекция исходит из очага перикоронарита в области зуба мудрости, возникает воспалительная контрактура жевательной мускулатуры и сведение челюстей.
- При пальпации, особенно бимануальной, определяется значительное уплотнение тканей в области подъязычного валика, а в более поздние сроки-флюктуация.
- Пальпация, даже легкая, вызывает у больного значительную боль.

Диф. Диагноз:

- с флегмоной подъязычного пространства,
- абсцессом и флегмоной языка.
- острым воспалением протока подчелюстной слюнной железы, особенно при камнях протока..

Лечение:

- Могут быть два доступа к гнойнику:

1. *со стороны кожи подчелюстного треугольника*
2. *через слизистую оболочку дна полости рта - наилучший доступ, поскольку при этом гнойник чаще всего локализирован тотчас под слизистой оболочкой, в то время как со стороны кожи доступ намного сложнее.*

- При вскрытии абсцесса следует всегда дренировать сухой марлевой турундой, смоченной гипертоническим раствором или антисептическими растворами. Для дренажа хорошо использовать полоску из резиновой перчатки.
- При внутриротовом вскрытии, помимо дренажа гнойной полости, хороший эффект даёт ирригация полости рта теплыми антисептическими растворами.
- В послеоперационном периоде необходимо применять сульфаниламидные препараты, антибиотики, ирригации полости рта теплыми антисептическими растворами.
- Дренаж следует удалить на второй – третий день после операции, а в случае ещё обильного выделения гноя –сменить на новый.

Флегмона дна полости рта.

***Локализация*:**

- гной скапливается в клетчаточном пространстве , расположенном над челюстно - подъязычной мышцей (диафрагмой полости рта).
- В запущенных случаях гной может распространиться в сторону челюстно-язычного желобка или подчелюстного пространства.

Этиология:

- воспалительные процессы в области боковых зубов нижней челюсти, особенно первых двух моляров,
- в первую очередь остеомиелит
- травмы тканей дна полости рта. Подробнее по этому вопросу см. флегмоны челюстно-лицевой области.

Симптомы:

- Воспалительный процесс обычно начинается в челюстно-язычном желобке или подчелюстном пространстве, а оттуда распространяется на дно полости рта и другие области.
- боли в области всего дна полости рта,
- затрудненное глотание и дыхание, невозможность сплёвывать слюну,
- слабость.
- отек мягких тканей подподбородочной и подчелюстной областей в виде второго подбородка.
- Открывание рта больного несколько ограничено,
- язык приподнят,обложен толстым налётом серовато-коричневого цвета, сухой, на его боковых поверхностях видны отпечатки зубов.

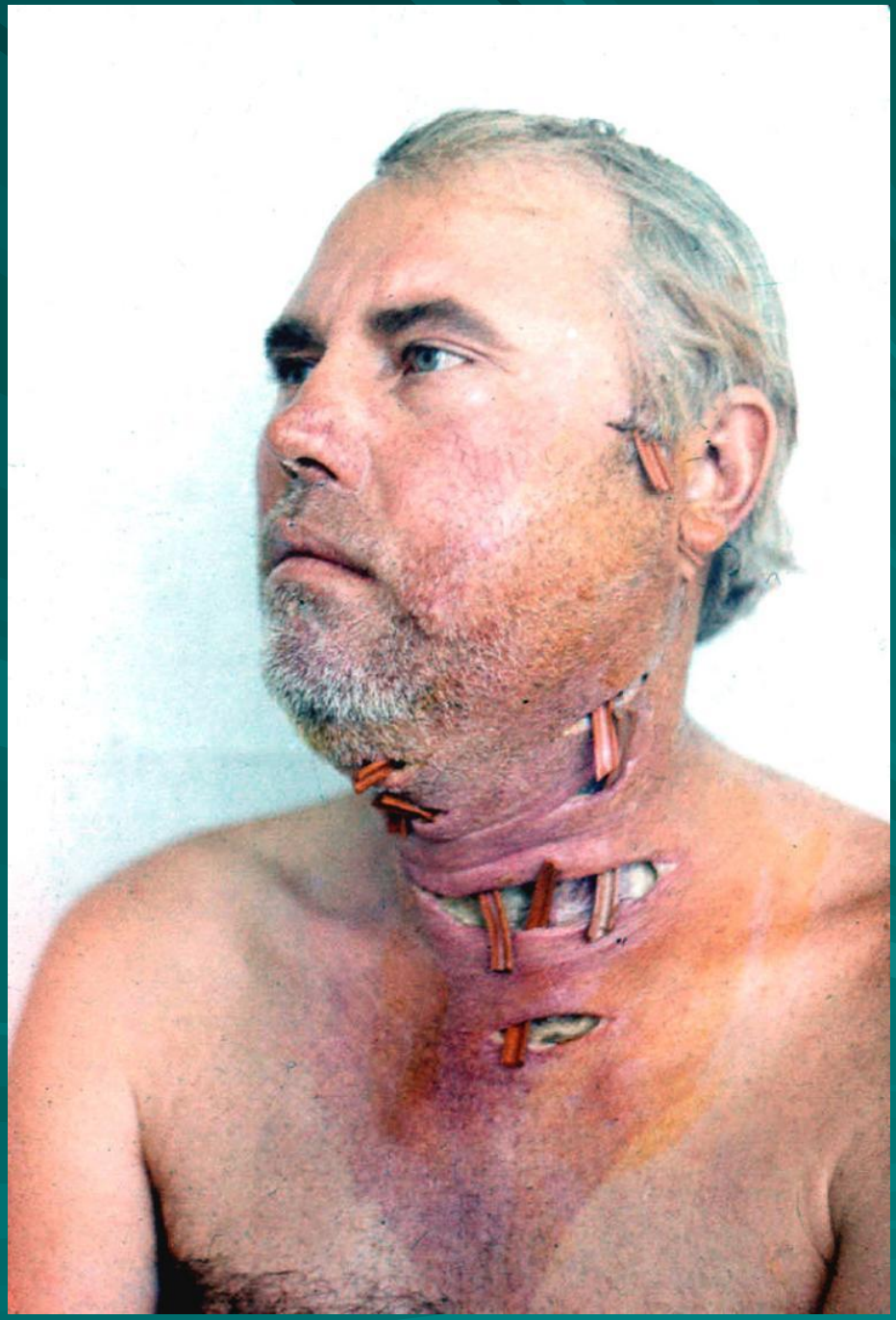
- Подъязычные валики утолщены, выступают в виде второго языка,слизистая оболочка в этом месте покрыта фиброзным налётом.
- Вся слизистая полости рта застойна , синюшна. Зубы и десны покрыты налётом. Движения в языке ограничены, вследствие чего речь больного нарушена.
- Пальпация резко болезнена.
- определяется плотный инфильтрат тканей дна полости рта и не удается определить флюктуацию.
- Кожа в области флегмоны гиперемирована, напряжена, в складку не собирается, лоснится.
- Регионарные лимфатические узлы увеличены.
- Общее состояние больного тяжёлое, температура достигает 40*, отмечается учащение пульса до 120-140 ударов в минуту, происходят значительные изменения в крови.

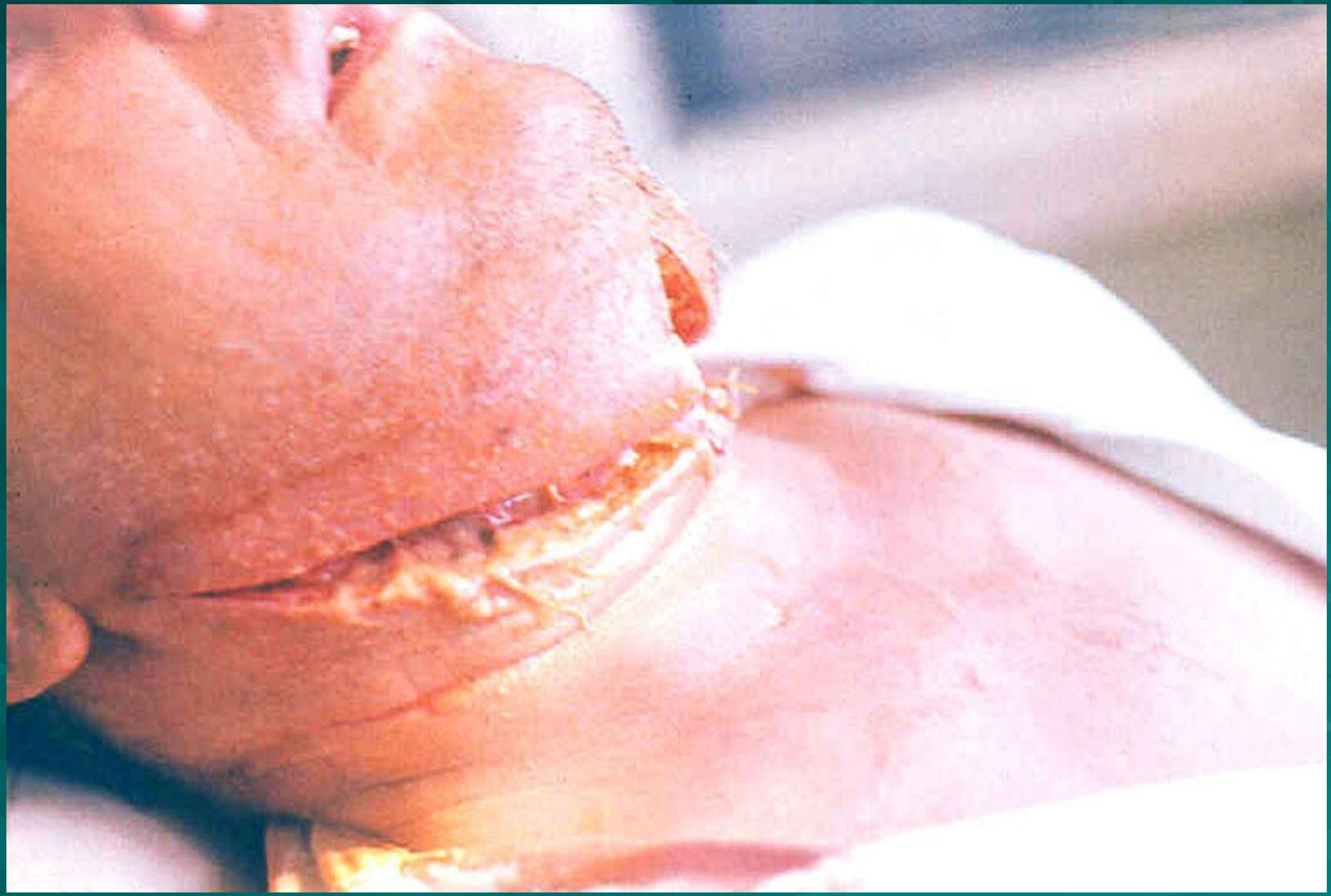
Диф. Диагноз:

- Определить флегмону дна полости рта не представляет никаких затруднений.
- Необходимо дифференцировать банальную флегмону от гнилостно-некротической дна полости рта (ангины Людвига).

Лечение:

- Разрез производят со стороны кожи, поэтому выгодней пользоваться «воротниковым» разрезом от угла до угла нижней челюсти, параллельно краю и ниже него на 1-1.5 см.
- Такой разрез дает очень хороший доступ ,а рубец впоследствии заметен только при значительном поднятии головы.
- при разрезе обычно рассекается кожа, клетчатка , подкожная мышца, а глубжележащие ткани раздвигаются тупо(лучше пальцем).
- Полость флегмоны дренируется.
- *Общее лечение* (см. флегмоны челюстно-лицевой области).





Гнилистно-некротическая флегмона дна полости рта.

- В отличие от обычных флегмон полости рта гнилисто-некротическая флегмона (ангина Людвига) характерезуется некрозом тканей, в основном мышц и отсуствием 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 и т. д.

Этиология

- заболевания инфекционное.
- Поражение тканей дна полости рта осуществляется анаэробной и гнилостной инфекцией.
- При этом в посевах находят фузо-спирохетную ассоциацию, гемолетический стрептоккок, кишечную палочку и др.
- Источником инфекции служит 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 вируленнтностью.

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 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, РОЭ ускоряется до 60-70 мм в чс.

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 38ºС. 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

- 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 асфикции необходимоделать трахеотомию.

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%).

Абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей, куда гнойный процесс распространяется по протяжению

Флегмона скуловой области.

Локализация этой флегмоны соответствует границам скуловой кости. Встречается не часто, в основном у детей.

Этиология

- Чаще всего причины этой флегмоны является остеомиелит скуловой кости.
- Реже инфекция переходит из соседних областей.
- При травмах

Симптомы

- Больные жалуются на боли в скуловой области отдающей в подглазничную область и весок.
- в скуловой области виден значительный отек мягких тканей, охватывающий и окружающие области.
- При пальпации инфильтрат плотный, но легко определяется и флюктуация.
- Нижнее веко отекает больше в латеральной половине и закрывает глазную щель. Отёк и болезненность могут определяться и со стороны свода преддверия рта
- в области боковых зубов, имеется некоторые ограничения открывания рта вследствие раздражения жевательной мышцы в области прикрепления к скуловой дуге.

Течение

- чаще всего благоприятное, с невысокой температурой. Нередкий случай, когда флегмона сама вскрывается в области наружного края глазницы.

Лечение.

- Производится разрез в области размягчения инфильтрата или в области нижней границе его, для более легкого оттока гноя.
- Общее лечение применяется только по показаниям.

Флегмона языка

Различают три локализации гнойных процессов языка:

- 1) на тыле (обычно поверхностно),
- 2) в в нижних отделах языка,
- 3) в толще корня.

Первая форма часто носит характер абсцесса.

Этиология.

- инфекция, попадающая при травме языка зубами, протезами,
- ранения инородными телами,
- при язвеных стоматитах,
- вследствие нагноения опухолей языка и др.

Симптомы.

- сильные боли и ограничение движений в языке,
- рот больного полуоткрыт, изо рта выделяется тягучая слюна, которую больной постояно вытерает,
- в ротовой щели виден утолщённый язык, который часто выступает между зубами,
- речь больного нарушена до невнятности, в связи с чем больные нервничают, излагают свои жалобы, в писменном виде,
- глотание затруднено, и дыхание.
- Вид больного тревожный , зрачки расширены, кожа лица несколько цианотична.

- Интраорально: язык еле вмещается во рту, гипермирован, с глубокими следами от зубов на боковых поверхностях, обложенный серо-коричневым налётом, ограниченно подвижен.
- Если процесс локализован в верхних слоях языка, виден гнойник, расположенный чаще на одной стороне,
- пальпация болезненна, может определяется флюктуация.
- Язык отёчен, однако общее состояние больного относительно удовлетворительно.
- При распололжении воспалительного процесса в области нижних отделов языка, картина болезни носит характер разлитой флегмоны с тяжёлым общим состоянием. При этом гнойник пальпируется под языком и охватывает и ткани дна полости рта.

- Наиболее тяжело, с явлениями угрожающей асфиксии, протекают флегмоны корня языка. Гнойники при этом располагаются глубоко, вовлекая в процесс и верхний отдел глотки, ткани дна полости рта. Тело и верхушка языка обычно мало изменены. Корень языка резко утолщён, уплотнён, из-за чего с трудом приходится определить место расположения гнойника. В некоторых случаях флюктуация может прощупываться со стороны подподбородочной области.
- При всех флегмонах языка подподбородочные и подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны.

Лечение.

- Разрезы обычно проводят в пределах определяющейся флюктуации, параллельно продольной оси языка.
- В запущенных случаях прибегают к наружным разрезам со стороны подподбородочной области (этот путь довольно сложный).
- Рану и снутри и снаружи широко дренируют.
- Всегда надо назначать ирригации полости рта тёплыми антисептическими растворами.

Флегмона позадичелюстной области.

Локализация:

- Топография этой области в основном соответствует топографии околоушной железы.
- Здесь проходит лицевой нерв, наружная сонная артерия, вены, лимфатические узлы, находится количество клетчатки.

Этиология.

- инфекция из хронических воспалительных очагов в области нижнего зуба мудрости,
- остеомиелит нижней челюсти.
- Инфекция в ретромандибулярную область может попадать из других клетчаточных пространств лица при наличии в них гнойников, из слухового прохода, из сосцевидного отростка при мастоидите и т.д.

Симптомы.

- боль позади угла нижней челюсти, боль при глотании, отдающую в ухо и шею, боль при открывании рта,
- нарушение слуха.
- определяется инфильтрат между углом нижней челюсти и сосцевидным отростком, слуховой проход сужен, мочка уха несколько оттопырена.
- Отек распространяется и на окружающие ткани.
- При пальпации плотный, болезненный инфильтрат, определяется флюктуация в центре.
- Движение шеи ограничены, голос охрипший.
- Лимфатические узлы шеи увеличены, уплотнены, болезнены.
- Общее состояние больных средней тяжести или тяжелое, температура до 39* и больше, сон и аппетит нарушены, значительное отклонение со стороны крови.

Диф. Диагноз:

- Необходимо проводить дифференциальную диагностику с острым гнойным паратитом, при котором из стенонова протока выделяется гной.

Лечение

- Рекомендуются различные разрезы: вертикально- позади заднего края нижней челюсти в пределах кожи и фасции, разрез окаимляющий угол нижней челюсти, или мочку уха и др. Рана дренируется.

Флегмона глазничной области.

Под этим названием известно гнойное воспаление клетчатки глазницы.

Этиология.

- при остеомилите подглазничного края (чаще наблюдается у детей при гематогенном остеомилите, при тромбофлебите глазничных вен). Это первичные флегмоны глазничной области.
- В остальных же случаях гной проникает в полость глазницы из крыло-нёбной ямки, гайморовой полости (вторичные флегмоны).

Симптомы

- головные боли ,боль в области глазницы, особенно при движении глазного яблока, двоение в глазах.
- экзофтальм, который очень хорошо виден при внешнем осмотре больного.
- Веки отечны ,наблюдается хемоз(отёк переходной складки конъюктивы).
- Надавливание на глазное яблоко болезненно.
- Движения глазного яблока ограничены.
- Общее состояние больного средней тяжести, температура повышена.
- Изменения крови характерны для гнойного процесса

Течение

- Быстрее развиваются первичные флегмоны глаза.
- Симптомы вторичных флегмон нарастают постепенно.
- В течении флегмон глазничной области могут наблюдаться очень грозные осложнения, как проникновение гноя в полость черепа по ходу зрительного нерва через верхнюю глазную щель с опасными для жизни последствиями.

Диф. Диагноз:

- дифференцировать флегмону глазничной области с аналогичными изменениями глазного яблока при злокачественных опухалях верхней челюсти и ретробульбарного пространства.

Лечение

- Разрез делают по ниже- наружному краю глазницы и тупо проникают по кости в глазничную клетчатку.
- При глубоком расположении гнойника некоторые рекомендуют дать отток гною через нижнюю стенку глазницы в гайморову полость с последующем дренированием последней. Этот путь особенно удобен при наличии предшествующего гнойного гайморита.
- При флегмоне крыло- нёбной ямки одновременно вскрывается и она позади бугра верхней челюсти и дренируется.

Флегмона орбиты.
Оперативный доступ и дренирование

Флегмона височной области.

Локализация:

- в пределах расположения височной мышцы, притом может быть:

1. поверхностная флегмона, когда гной скапливается между кожей и апоневрозом мышцы ,
2. средняя- когда гной скапливается в клетчатке между апоневрозом и мышцей,
3. глубокая- когда гной собирается между мышцей и височной костью,
4. разлитая когда в процессе вовлекаются и окружающие височную область ткани.

Этиология

- Чаще всего встречается вторичная флегмона височной области, вследствие распространения гноя из подвисочной , крылонёбной ямки, из области щеки и т.д.
- первичная височная флегмона возникает при фурункулах, трамве, актиномекозе, но вообще встречается редко.

Симптомы

- Больной жалуется на сильную боль и припухлость в височной области , головную боль.
- ассиметрия лица за счёт припухлости височной области , а также околоушно-жевательной и даже подчелюстной ,
- гипермия кожи.
- По скуловой дуге видно вдавливание, что создает разделение отёка половины лица на две части- симптом «песочных часов».
- Кроме височной, припухлость может распростроняться и выше на теменную, лобную, глазную области.
- Веки на стороне поражения отёчны, гиперемированы, глазная щель сужена.
- Открывание рта ограничено до тризма 1,2 и даже 3 степени.
- Пальпация резко болезненна.
- определяется значительное напряжение тканей, особенно при средней и глубокой флегмоне, из-за чего очень трудно определить флюктуацию.

Диагноз

- Для определения наличия гноя, что не всегда удается путём пальпации, производят пункцию.
- Остеомиелит височной кости можно определить по рентгенограмме.

Лечение

- Разрезы делают со стороны кожи с учётом хода ветвей лицевого нерва и поверхностной височной артерии.
- Глубокие ткани раздвигают тупым путём.
- Одновременно делают разрезы для вскрытия первичного очага (подвисочная, крылонёбная, щёчная, поджевательная флегмоны).
- При запущенной флегмоне, возникающей как осложнение флегмоны подвисочной ямки, можно ограничиваться только внутреротовым разрезом под углом нижней челюсти с одновременным дренированием в височной области.