

Лекция – проф РУСАНОВ В П

Тема: «Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области Классификация Принципы диагностики и лечения»

Абсцесс – это ограниченное воспаление клетчатки с образованием полости.

Флегмона – это разлитое гнойное воспаление подкожной, межмышечной или межфасциальной жировой клетчатки, нередко распространяющееся на два, три и более анатомические пространства

Этиология

Возбудителем абсцессов и флегмон может явиться любая микрофлора, вегетирующая в полости рта: стафилококки, стрептококки, диплококки, Грамм (+) и Грамм (-) палочки и т.д. В последнее время ведущая роль в развитии флегмон отводится анаэробной инфекции (облигатные и факультативные анаэробы). Среди них чаще встречаются бактероиды (неспорогенные бактерии, пептострептококки), реже клостридии. Все чаще возбудителями абсцессов и флегмон становится условно-патогенная флора. Нередко отмечается ассоциативное участие аэробов и анаэробов.

Воротами для проникновения инфекции

могут служить:

1. **Периапикальные очаги инфекции при хроническом, реже — остром периодонтите.**
2. **Воспалительные очаги инфекции при затрудненном прорезывании 3.8, 4.8 зубов.**
3. **Нагноившиеся кисты челюстей**
4. **Альвеолит.**
5. **Обострение болезней пародонта.**
6. **Инфицированные раны мягких тканей лица и полости рта.**
7. **Фурункулы, карбункулы лица.**
8. **Тонзиллит.**
9. **Инфицированная рана при переломе челюсти.**
10. **Острые сialадениты.**
11. **Другими источниками инфекции могут быть слизистая оболочка носа и верхнечелюстной синус.**

Фазы общей гнойной инфекции



В зависимости от анатомо-топографической локализации одонтогенные абсцессы и флегмоны делят на четыре группы:

1. Абсцессы и флегмоны тканей, прилежащих к верхней челюсти:

- А). Поверхностные – подглазничная, щечная скуловая области;**
- Б). Глубокие – подвисочная и крыловидно-небная ямки; височная область и область глазницы.**

2. Абсцессы и флегмоны, прилежащие к нижней челюсти:

- А). Поверхностные – поднижнечелюстной, подподбородочный треугольники;**
- Б). Глубокие – крыловидно-нижнечелюстное, окологлоточное, подъязычное пространства; позадичелюстная область, клетчаточные пространства шеи.**

3. Абсцессы и флегмоны языка.

4. Распространенные флегмоны лица и шеи.

Развитие абсцессов и флегмон лица и шеи зависит от многих факторов:

- 1. Вирулентность и характер инфекции.**
- 2. Антибиотикоустойчивость микрофлоры.**
- 3. Неспецифическая антимикробная резистентность.**
- 4. Резистентность тканей челюстно-лицевой области.**
- 5. Возрастные особенности макроорганизма.**

Микробы, проникшие в ткани, скапливаются вблизи сосудов и вокруг них, развивается воспалительная реакция тканей. Различают следующие стадии:

- 1. Отек;**
- 2. Инфильтрация;**
- 3. Гнойное расплавление тканей;**
- 4. Некроз;**
- 5. Ограничение очага с образованием грануляционного вала или дальнейшего распространения гнойного воспалительного процесса по протяжению, а также через систему сосудов венозного и артериального типа.**

Дифференциальная диагностика отека и инфильтрата

отек	инфильтрат
<p>Не имеет границ</p> <p>Кожа в цвете не изменена</p> <p>Кожа легко собирается в складку</p> <p>При пальпации безболезненный, мягкий</p> <p>Флюктуации нет</p>	<p>Имеет границы</p> <p>Кожа гиперемирована, напряжена, лоснится</p> <p>Кожа в складку не собирается</p> <p>При пальпации болезненный, плотный или с очагами размягчения</p> <p>Флюктуация глубокая или поверхностная</p>

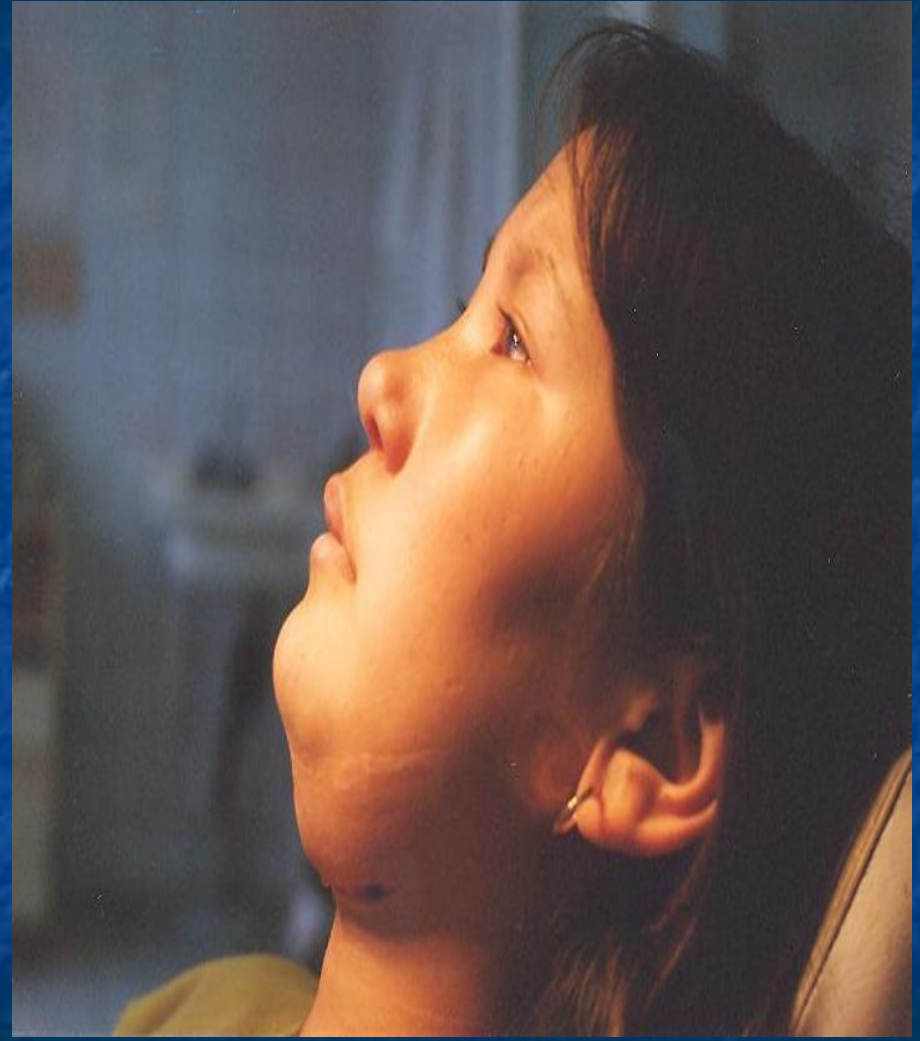
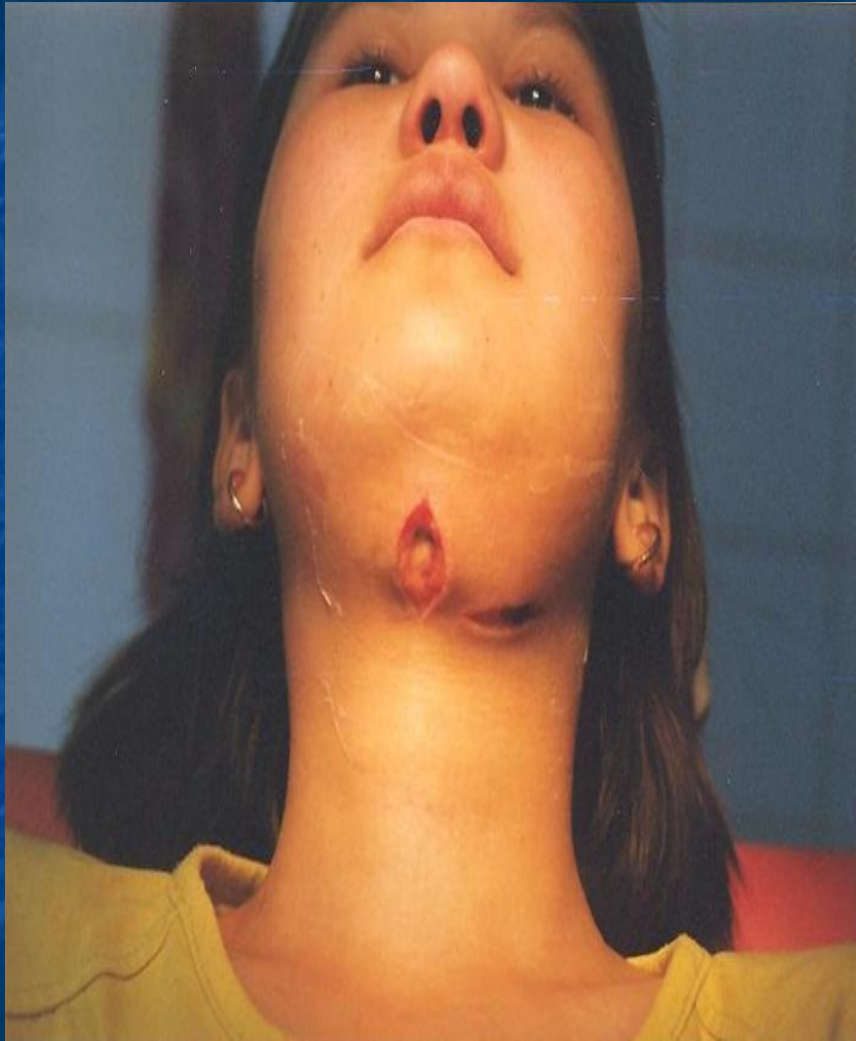
Клиника

Наиболее характерным для флегмоны одонтогенного происхождения является появление, а затем некоторое стихание болей в причинном зубе, появление припухлости в области очага поражения. В зависимости от глубины очага припухлость, возникающие вслед за ней гиперемия и напряжение кожи могут быть резко выражены (флегмона щечной области) или практически не выявляться (флегмона поджевательного пространства). Локализация и границы распространения флегмоны также определяют степень открывания рта, нарушение жевания, глотания, речи. При флегмоне корня языка, дна полости рта может нарушаться дыхание. Продолжительность развития флегмоны и время обращения за помощью составляют от 1-3 до 7-10 сут от момента заболевания. Наиболее характерными признаками при обследовании больного с флегмоной являются повышение температуры тела и области поражения.

Местно отмечается наличие плотного или с признаками размягчения инфильтрата, резко болезненного при пальпации, часто без четких границ. Определяется той или иной степени выраженность контрактуры жевательных мышц. В полости рта, в отличие от ярких изменений слизистой оболочки, зубодесневого края при остром остеомиелите, отмечается незначительная гиперемия и сглаженность переходной складки, кроме случаев отдельных локализаций флегмоны (крыло-челюстное пространство, окологлоточное, ретромолярное).

Эти проявления носят общий характер и, вместе с интенсивностью общей интоксикации, могут варьировать в достаточно широких пределах. Тем же закономерностям подчиняются и лабораторно-биохимические, иммунологические показатели

Флегмона дна полости рта



Гнилостно-некротическая флегмона шеи



Больная Т., 26 лет. Д-з: Хронический лимфаденит
сонного треугольника шеи справа



Больная П., 25 лет. Д-з: Острый гнойный лимфаденит околоушно-жевательной области слева



Больная Н., 22 лет. Д-з: Хронический лимфаденит
передней поверхности шеи



Аденофлегмона

- **Лечение** больных с аденофлегмонами основывается на принципах неотложной помощи. Хирургические вмешательства целесообразно проводить под общим обезболиванием
- **Если источником** инфекции является разрушенный зуб, показано или его удаление, или вскрытие полости зуба
- **Затем производят** кожный разрез и, при необходимости, рассекают жировую ткань. В большинстве случаев достаточно рассечения кожи с последующим раздвиганием мягких тканей браншами кровоостанавливающего зажима

Больной Д., 45 лет. Д-з: Аденофлегмона
подподбородочной области



Лечение абсцессов и флегмон ЧЛО комплексное. Оно должно проводиться с учетом локализации и распространенности процесса, длительности заболевания, характера и чувствительности микрофлоры, состояния реактивности организма, возраста больного

1. Хирургический метод лечения – основной:

1). дать отток гнойному экссудату;

2). удалить зуб - одонтогенный источник инфекции.

2. Консервативная патогенетическая терапия должна включать в себя:

1). борьбу с инфекцией;

2). повышение иммунобиологических свойств, общеукрепляющее воздействие на организм;

3). Коррекция функций органов и систем.

Требования к оперативному доступу при вскрытии абсцессов и флегмон:

1. Разрез должен быть достаточным для надежного доступа и ревизии раны, обеспечивать полный отток раневого содержимого. В то же время разрез должен быть по возможности щадящим из косметических соображений.
2. Разрез должен быть произведен по нижнему полюсу инфильтрата, чтобы не было карманов.
3. Длина разреза должна быть одинакова по всей глубине, недопустимы воронкообразные разрезы. Скальпелем рассекаются только кожа и подкожная клетчатка, глубже лежащие ткани раздвигаются тупым путем, но на одинаковую длину.
4. Если это флегмона одонтогенная, то обязательно инструментом надо дойти до кости, только «получить» гной — недостаточно.