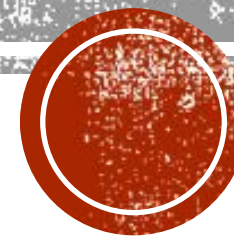


**ФЛЕГМОНА ДНА ПОЛОСТИ
РТА. РАСПРОСТРАНЕННЫЕ
ФЛЕГМОНЫ ЛИЦА И ШЕИ**



ФЛЕГМОНА ДНА ПОЛОСТИ РТА

- это распространенный **гнойно-воспалительный процесс**, захватывающий два и более клетчаточных пространства, расположенных выше или ниже диафрагмы полости рта (m. mylohyoideus).



ГРАНИЦЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА:

- **верхняя** — слизистая оболочка полости рта;
- **нижняя** — кожа правой и левой поднижнечелюстных и подподбородочного треугольников;
- **задняя** — корень языка и мышцы, прикрепляющиеся к шиловидному отростку;
- **передненаружная внутренняя поверхность** — основания нижней челюсти.



ДНО ПОЛОСТИ РТА ИМЕЕТ ДВА ЭТАЖА:

- **Верхний** - расположенный над челюстно-подъязычной мышцей;
- **Нижний** - находящийся под ней.



ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ

- Очаги одонтогенной инфекции в области зубов нижней челюсти;
- Инфекционно-воспалительные поражения и инфицированные раны слизистой оболочки дна полости рта, кожных покровов надподъязычного отдела шеи;
- Лимфогенный путь проникновения инфекции.



При флегмоне дна полости рта поражаются:

- Подъязычные области,
- поднижнечелюстные области,
- подподбородочный треугольник.

Флегмона развивается вследствие **распространения инфекции** из подъязычной или обеих этих областей, а также из поднижнечелюстного, подподбородочного треугольников, корня языка.



Наиболее часто встречаются *флегмоны дна полости рта со следующей локализацией инфекционно-воспалительного процесса:*

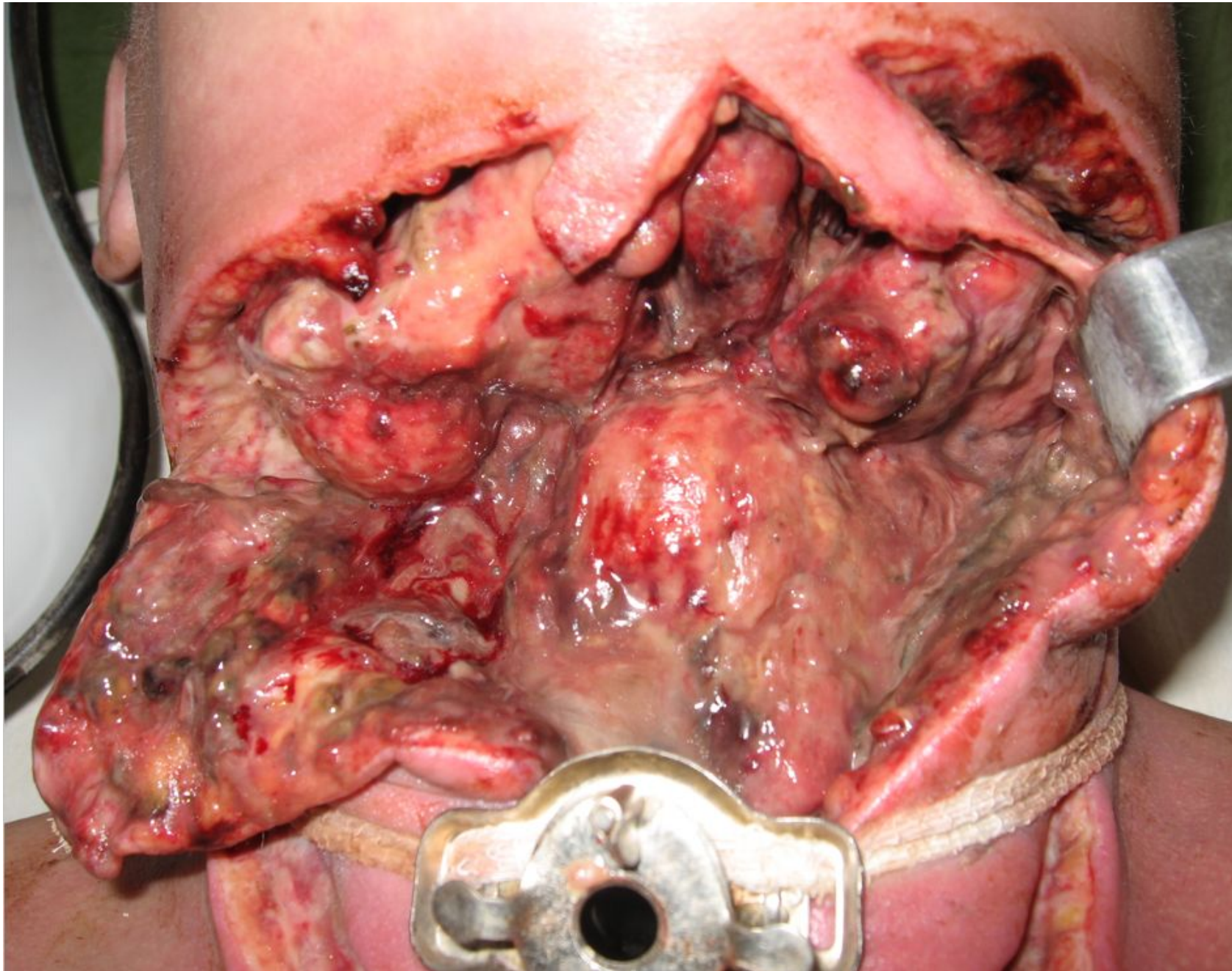
- подъязычное клетчаточное пространство с обеих сторон (часто при этой флегмоне наблюдается распространение инфекционно-воспалительного процесса на клетчаточное пространство корня языка;
- поднижнечелюстное и подъязычное клетчаточные пространства одноименной стороны;



- поднижнечелюстное пространство с обеих сторон (обычно сопровождается распространением инфекционно-воспалительного процесса на подподбородочное клетчаточное пространство);
- подъязычное и поднижнечелюстное клетчаточные пространства с обеих сторон;
- поражение всех клетчаточных пространств дна полости рта.













КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Жалобы на интенсивные боли, невозможность глотания, ограничение открывания рта, затрудненное дыхание и речь.

Объективно:

- вид страдальческий;
- лицо одутловатое;
- определяют плотный, разлитой инфильтрат в обоих поднижнечелюстных и подподбородочном треугольниках;
- речь невнятная, голос хриплый.



За счет припухлости мягких тканей подподбородочной и поднижнечелюстной областей возникает **удлинение лица**.

При вовлечении в воспалительный процесс подкожной клетчатки кожа становится *гиперемированной, отечной, напряженной, лоснится, в складку не собирается*.



Может наблюдаться **флюктуация**. Рот больного **полуоткрыт**, из него исходит **неприятный запах**.

Язык сухой, покрыт налетом грязно-серого цвета, движения его ограничены, нередко выступает из полости рта. Слизистая оболочка дна полости рта гиперемирована, отечна.



Больные **не могут** проглотить слюну, и она **вытекает** из полуоткрытого рта. Движения языка вызывают **резкую боль**. Подъязычные складки инфильтрированы, выбухают, иногда выше коронок зубов. Бахромчатые складки отечны и часто покрыты фибринозным налетом, видны отпечатки коронок зубов.







В анализе крови:

- *Лейкоцитоз превышает 12×10^9 /л.*
- *Сдвиг лейкоцитарной формулы влево.*
- *Увеличение СОЭ до 20-30 мм/ч.*

У больного наблюдаются повышение температуры тела до 38,5 - 39° С, ознобы, профузный пот.



В отделениях челюстно-лицевой хирургии больного при поступлении осматривает **анестезиолог и вместе с челюстно-лицевым хирургом** определяет план премедикации, обезболивания и предоперационной подготовки.

Предоперационная подготовка особенно важна для больных, имеющих сопутствующие заболевания особенно в стадии декомпенсации.



Главной задачей предоперационной подготовки является - *увеличение объема циркулирующей крови, снижение интоксикации и коррекция выявленных функциональных нарушений.*



ПРИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ ВВОДЯТ:

- *400-500 мл* полиглюкина, реополиглюкина;
- *200-400 г* гемодеза, *100-200 мл* альбумина или протеина;
- *400-1200 мл 5%* раствора глюкозы с адекватным количеством инсулина;
- *400-800 мл* физраствора или раствора Рингера.



После 30 минут – 1 час предоперационной подготовки приступают к операции. Большинство авторов считают, что она должна выполняться под наркозом и при локализации процесса в области дна полости рта, окологлоточном пространстве с распространением на шею интубацию производят после трахеостомии.







ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА ДНА ПОЛОСТИ РТА (АНГИНА ЖЕНСУЛЯ -ЛЮДВИГА)

Возбудителем ангины Женсуля-Людвига является **анаэробная микрофлора**. Заболевание характеризуется **прогрессирующим течением** с развитием гангренозного или гнилостно-гангренозного воспаления тканей и последующим их некрозом. Анаэробная микрофлора обнаруживается в симбиозе с кишечной палочкой, стрептококками и др.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Ихорозный запах и грязно-серый цвет экссудата;
- Наличие газа в обильных некротических массах;
- **Острое** начало;
- **Тяжелая интоксикация** больного, сопровождающаяся быстро нарастающим **отеком мягких тканей**, распространяющимся **на верхние дыхательные пути и приводящим к затруднению дыхания и асфиксии**;
- Температура тела повышается до **39-40°C**;
- Пульс слабый, увеличивается до 130-140 уд/мин;
- Артериальное давление падает до 90/60 мм рт. ст.;
- Тоны сердца приглушенные;
- Возбуждение больного, а иногда эйфория быстро сменяется апатией. Развиваются бессонница, головные боли, рвота, бред.



В АНАЛИЗЕ КРОВИ:

- *лейкопения;*
- *лимфопения;*
- *сдвиг лейкоцитарной формулы влево;*
- *снижается содержание гемоглобина;*
- *СОЭ возрастает до 60 мм/ч.*



Диагноз подтверждается *рентгенографией*. На обзорных рентгенограммах шеи в передней и боковой проекциях определяется скопление газа в мягких тканях шеи.



- В течение первых **1-3 суток** кожные покровы лица и шеи *бледные, с землистым оттенком*, в цвете могут оставаться неизмененными.
- Затем появляются характерные *пятна бронзовой окраски*.
- Инфильтрат мало болезнен, *не имеет четких границ* и распространяется на несколько клетчаточных пространств; происходит *омертвление пораженных тканей при отсутствии гноя*.
- Контакт с больным нарушен.
- *Движения его языка затруднены, дыхание прерывисто, резко затруднено и глотание.*



Затем на коже *появляются багровые пятна с синюшным и бронзовым оттенком*. При пальпации *плотно инфильтрированных и умеренно болезненных тканей определяется крепитация*; изредка можно выявить *флюктуацию*. Общее состояние резко и прогрессивно ухудшается, может развиваться *сепсис*. На фоне нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности в результате интоксикации и гипоксии может наступить **летальный исход**.



При флегмоне дна полости рта возможно **распространение процесса** на крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства, на другие передние и латеральные области шеи с вовлечением влагалища и сосудисто-нервного пучка и средостени.



ПРОГНОЗ

Прогноз при флегмоне дна полости рта, особенно гнилостно-некротической с *развитием осложнений, серьезен для жизни больных.*



При благополучном течении заболевания через несколько дней происходит *нормализация жизненно важных функций организма больного и отторжение некротизированных тканей.*



ЛЕЧЕНИЕ

Лечение *комплексное*. В зависимости от различных сочетаний поражений областей над- и подчелюстно-подъязычной мышц *наружные разрезы проводят со стороны кожи в поднижнечелюстных и подподбородочном треугольниках.*



Иногда наружные разрезы сочетают с разрезами в собственно полости рта — через слизистую оболочку альвеолярного отростка нижней челюсти, по подъязычным складкам.



Оперативное вмешательство должно осуществляться в условиях полноценного анестезиологического пособия. Широко раскрывают пораженные клетчаточные пространства. Этим приемом достигают дренирование и аэрация тканей.



Раскрытые клетчаточные пространства **обрабатывают антисептическими растворами, перекисью водорода.** Наиболее эффективны:

- 0,12% хлоргексидина,
- грамицидин;
- перфторан.

При наличии больших участков некроза тканей проводят **некрэктомию.**



Удаление зуба – источника инфекции – может быть проведено *одновременно со вскрытием гнойного очага*, если оно не представляет технических трудностей. В других ситуациях – *удаление зуба проводят после стихания воспалительных явлений и ликвидации контрактуры.*

Проводят **антибактериальную, антитоксическую, гипосенсибилизирующую, общеукрепляющую и иммунокорректирующую терапию.**



Антибактериальная терапия включает:

- полусинтетические пенициллины;
- тетрациклины;
- метронидазол.

Дезинтоксикация достигается введением большого количества жидкостей (до 4 л/сут): кровезаменителей дезинтоксикационного действия (гемодез, реополиглюкин), белковых кровезаменителей, переливанием плазмы, назначением обильного питья.



К патогенетической терапии относится *ГБО тканей* или при отсутствии возможности ее применения — *местная оксигенация*, достигаемая периодической инсуффляцией кислорода в рану через катетер.

Для очищения раны от остатков некротизированных масс используют *протеолитические ферменты*.

Больному обеспечивается покой, полноценное питание, сердечно-сосудистые средства и необходимая симптоматическая терапия.



Эффективно применения по показаниям:

- гемосорбции,
- плазмафереза,
- лимфосорбции,
- подключение донорской селезенки.



ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

После вскрытия гнойных очагов применяют:

- УФО,
- УВЧ,
- ультразвук,
- электрофорез антибиотиков, ферментов,
- излучения гелий-неонового лазера,
- общее кварцевое облучение.

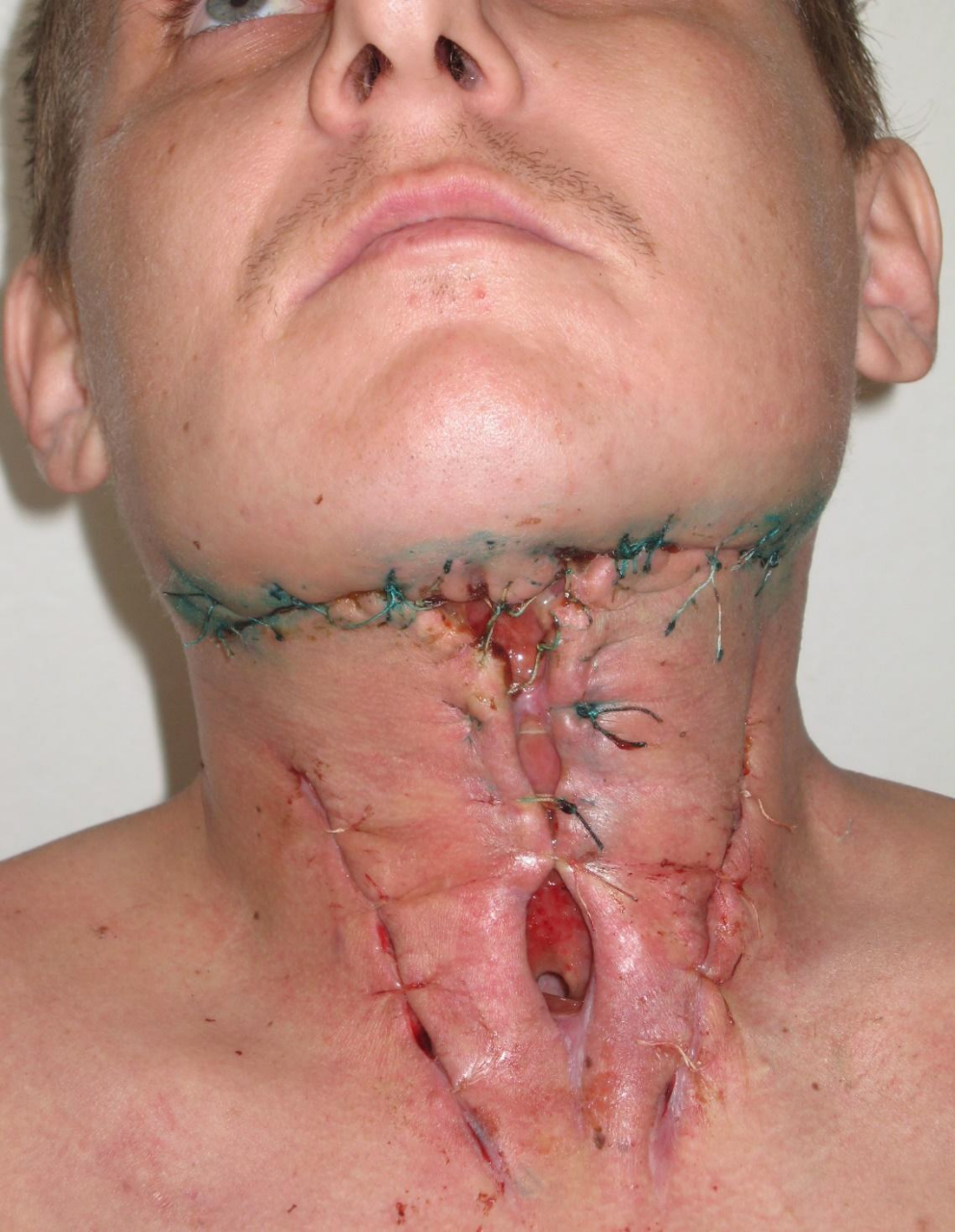
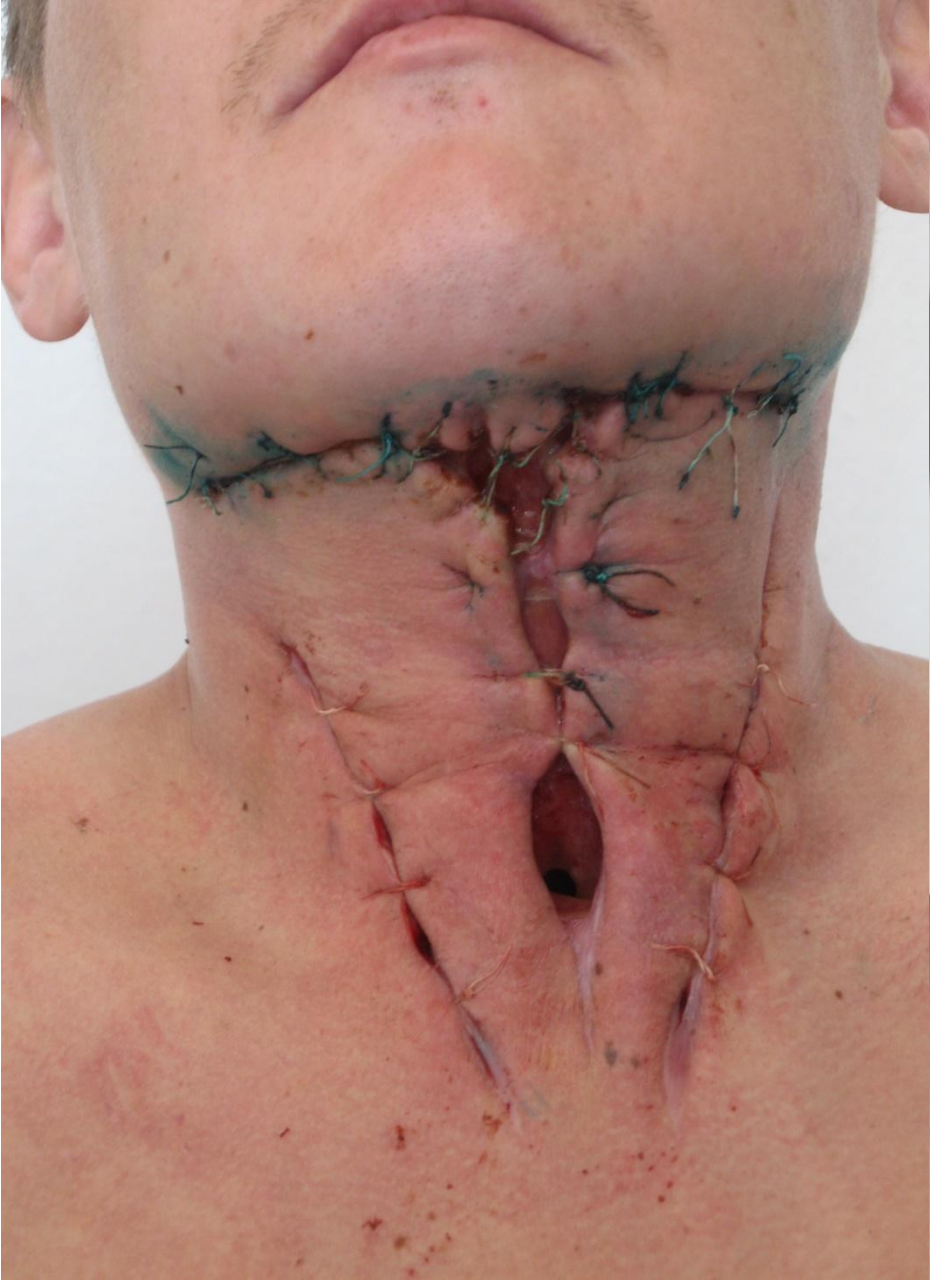


При прекращении гноетечения и очищения ран от некротических тканей *на 3-5 сутки при абсцессах или на 5-6 сутки при флегмонах в пределах 1-2 анатомических областей под местной анестезией накладывают первично отсроченные швы.*

При распространенных флегмонах накладывают *вторичные швы в сроки от 7-8 до 10-14 суток.*







Исход заболевания находится в прямой зависимости от ранней его диагностики, своевременности обеспечения полноценного комплекса лечебных мероприятий и тщательности ухода за больным.



РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ФЛЕГМОНЫ ЛИЦА И ШЕИ

Из области, прилегающей к нижней или верхней челюсти, гнойный воспалительный процесс может *распространяться на соседние ткани*.
Характерны *прогрессирование инфекционно-воспалительного процесса и развитие гнойного воспаления в нескольких областях*.



Распространенная флегмона — *одновременное поражение 3-4 и более областей и пространств: поднижнечелюстной и позадинижнечелюстной областей, крыловидно-челюстного, окологлоточного пространств.*
Распространенная флегмона этих локализаций **всегда опасна для жизни** больного.



ЛЕЧЕНИЕ

При распространении процесса из поднижнечелюстной области на крыловидно-нижнечелюстное, окологлоточное пространства проведенный *разрез расширяют кзади, окаймляют угол нижней челюсти, проходят в позадичелюстную область.*

Раскрывают окологлоточное пространство, отсекая прикрепление внутренней крыловидной мышцы, проходят вверх, опорожняют крыловидно-нижнечелюстное пространство.



Из поднижнечелюстного треугольника воспалительные явления *могут распространяться в подъязычную область*. В таких случаях, помимо **болей при глотании**, появляются **затруднения движения языком**, характерные симптомы флегмоны подъязычной области, определяемые при осмотре полости рта.



В таких ситуациях **оперативное вмешательство** в поднижнечелюстном треугольнике дополняют пересечением челюстно-подъязычной мышцы **в поперечном направлении протяженностью 1,5-2 см**. Раскрывается подъязычное пространство. Можно произвести раскрытие пдъязычного пространства внутриротовым доступом.



Из поднижнечелюстного треугольника **гно́йная инфекция может распространяться** на верхнебоковой отдел шеи, поражая влагалище сосудисто-нервного пучка. Нередко такой распространенный гнойный процесс сочетается с поражением позадичелюстной области и окологлоточного пространства. Клинически, кроме перечисленных симптомов, появляется **воспалительная инфильтрация** на шее по ходу грудино-ключично-сосцевидной мышцы. При пальпации отмечают **болезненность по переднему краю мышцы.**



Оперативный доступ раскрытия поднижнечелюстного треугольника дополняют разрезом кожи по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Послойно рассекают ткани, подкожно-жировую клетчатку, подкожную мышцу, собственную фасцию шеи. Отодвинув кзади грудино-ключично-сосцевидную мышцу, раскрывают ткани в окружности сосудисто-нервного пучка шеи на всем протяжении в зависимости от протяженности гнойного процесса.







Распространение процесса на глубокие области бокового отдела шеи может привести к дальнейшему прогрессированию воспалительных явлений и развитию переднего медиастинита.



При флегмоне поднижнечелюстного треугольника инфекция часто распространяется на *подподбородочную область*. Оперативный доступ для некрэктомии осуществляют, продлевая рану кпереди и тем самым раскрывая подбородочную область.



Профилактика околочелюстных абсцессов и флегмон включает лечение зубов с хроническими околоверхушечными деструктивными очагами, рациональную терапию пародонтита. Важное значение имеет *поддержание высокого уровня гигиены полости рта*. Необходимы лечебные мероприятия, направленные на усиление противоинфекционных защитных реакций организма.



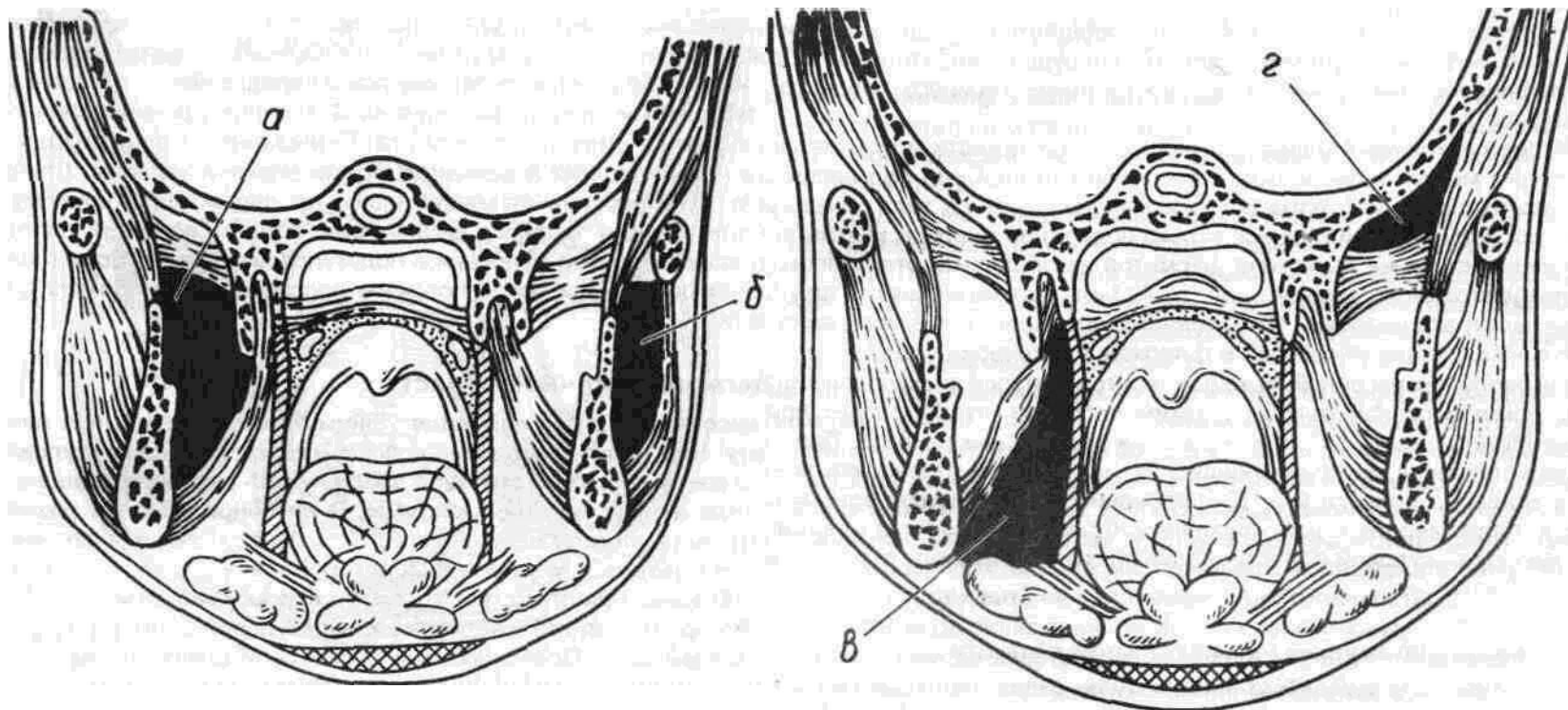


Схема расположения гнойных процессов:

а - в крыловидно- нижнечелюстном пространстве, в - в окологлоточном пространстве, б - в глубоком отделе околоушно- жевательной области, г - подвисочной ямке (по В Ф Рудько)

