

**ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ПОВРЕЖДЕНИЯ
И ОПУХОЛИ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ**

Под редакцией профессора А. К. Иорданишвили

**Санкт-Петербург
СпецЛит**

УДК 613.3
3 12

Рецензенты:

Соловьев М. М. — заслуженный деятель науки РФ, д-р. мед. наук, профессор

Образцов Ю. Л. — заслуженный врач РФ, д-р. мед. наук, профессор

Зеновский В. П. — заслуженный врач РФ, д-р. мед. наук, профессор

3 12 **Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области** : руководство по клинической стоматологии / под ред. профессора А. К. Иорданишвили. — СПб. : СпецЛит, 2007. — 496 с.
ISBN

В руководстве отражены современные представления об основных заболеваниях, повреждениях и опухолях челюстно-лицевой области, их диагностике, методах лечения и профилактики.

Предназначено для врачей-стоматологов, челюстно-лицевых хирургов, курсантов академий последипломного и дополнительного образования, клинических ординаторов, стоматологов-интернов, студентов стоматологических факультетов медицинских вузов и врачей-интернов.

УДК 613.3

Содержание

Условные сокращения	7
Предисловие	9
Глава 1. Гнойно-воспалительные заболевания	
челюстно-лицевой области (А. С. Гук)	11
Периостит	14
Перикоронит	15
Одонтогенный остеомиелит челюстей	16
Одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области	19
Лимфадениты и аденофлегмоны	33
Одонтогенная подкожная гранулема (Т. Д. Федосенко)	44
Фурункулы челюстно-лицевой области (Т. Д. Федосенко)	46
Специфические воспалительные заболевания	
челюстно-лицевой области (Е. Г. Криволицкая)	49
Глава 2. Одонтогенные верхнечелюстные синуситы	
(В. Р. Гофман)	59
Верхнечелюстные синуситы, ассоциированные с хламидийной инфекцией (Л. А. Глазников, А. Л. Позняк, С. Н. Пониделко)	82
Глава 3. Кисты челюстно-лицевой области и шеи	97
Кисты челюстей (А. К. Иорданишвили)	97
Врожденные кисты лица и шеи	111
Глава 4. Осложненное прорезывание зубов	
(А. Р. Андреищев, Т. Д. Федосенко, Е. Г. Криволицкая)	115
Глава 5. Хроническая стоматогенная инфекция	
и интоксикации организма. Методы устранения	
периапикальных и пародонтальных воспалительных	
процессов (А. К. Иорданишвили)	147
Хирургические методы устранения периапикальных очагов	
одонтогенной инфекции	156

<i>Глава 6. Заболевания и опухоли слюнных желез</i>	
<i>(В. Н. Матина)</i>	202
Методы исследования больных с патологией слюнных желез	204
Классификация заболеваний слюнных желез	209
Специфические сиалоадениты	226
Сиалоаденопатии	229
Слюнно-каменная болезнь (сиалолитиаз)	236
Повреждение слюнных желез	241
Кисты слюнных желез	243
Опухоли слюнных желез	246
<i>Глава 7. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц (А. К. Иорданишвили)</i>	255
Обследование больных с патологией височно-нижнечелюстного сустава	255
Вывихи и подвывихи нижней челюсти	260
Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава	264
Синдром соединительнотканной дисплазии височно-нижнечелюстного сустава	268
Височно-нижнечелюстные артриты	272
Артрозы	276
Анкилозы височно-нижнечелюстного сустава	281
Опухоли височно-нижнечелюстного сустава	288
Контрактура нижней челюсти (сведение челюстей)	289
Парафункции жевательных и мимических мышц	291
<i>Глава 8. Инфекционные поражения челюстно-лицевой области (К. Ю. Жданов)</i>	295
Ангина	295
Скарлатина	301
Дифтерия	306
Острые респираторные заболевания	311
Энтеровирусные болезни	313

Герпетическая инфекция	315
Ветряная оспа	320
Инфекционный мононуклеоз	323
Корь	327
Ящур	330
Кандидозы	332
Рожистое воспаление (рожа)	334
ВИЧ-инфекция	337
<i>Глава 9. Травмы челюстно-лицевой области</i> <i>(В. А. Малышев, А. К. Иорданишвили)</i>	347
Первая помощь пострадавшим с повреждениями челюстно-лицевой области на месте происшествия	348
Доврачебная помощь пострадавшим с повреждениями челюстно-лицевой области	349
Первая врачебная помощь пострадавшим с повреждениями челюстно-лицевой области	351
Квалифицированная хирургическая помощь пострадавшим с повреждениями челюстно-лицевой области	352
Специализированная помощь и лечение пострадавших с повреждениями челюстно-лицевой области	354
Амбулаторное долечивание пострадавших с повреждениями челюстно-лицевой области	359
<i>Глава 10. Термические поражения лица</i> <i>(С. Х. Кигемасов, Ю. Р. Скворцов)</i>	369
Ожоги лица	369
Отморожения лица	378
<i>Глава 11. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области (В. С. Агапов)</i>	384
Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования кожи лица, головы и шеи	384

Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта	401
Доброкачественные костные опухоли и опухолеподобные образования альвеолярных отростков челюстей	417
<i>Глава 12. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области (Е. А. Васьков)</i>	<i>424</i>
Предопухолевые заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ	425
Профилактика и своевременная диагностика злокачественных опухолей челюстно-лицевой области ..	432
TNM классификация злокачественных опухолей	438
Злокачественные опухоли кожи	454
Злокачественные опухоли челюстей	471
Ортопедические мероприятия при лечении опухолей челюстно-лицевой области	475
Литература	493

Глава 1

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении данной патологии в последние годы, не потеряли своей научно-практической значимости и остаются одной из ведущих проблем челюстно-лицевой хирургии. Это обусловлено возрастанием числа больных с одонтогенными гнойными заболеваниями челюстно-лицевой области (ОГЗ ЧЛО), количество которых в челюстно-лицевых стационарах достигает более 50 %, изменением клинического течения патологического процесса и увеличением тяжелых форм и распространенности на смежные клетчаточные пространства, а также угрожающих жизни осложнений: контактный медиастинит, сепсис, тромбоз кавернозного синуса, абсцесс головного мозга и т. п., поражением органов уха, горла и носа (ЛОР-органов), глазницы, приводящих в тяжелых случаях к потере зрения и даже летальным исходам. В связи с этим диагностика гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ГВЗ ЧЛО) выходит за рамки компетенции челюстно-лицевого хирурга и приобретает значимость для общих и торакальных хирургов, офтальмологов, оториноларингологов и нейрохирургов.

Возрастание числа случаев ОГЗ ЧЛО обусловлено значительным снижением качества жизни населения, материально-бытовых условий, ухудшением питания, отсутствием плановой санации, снижением уровня и качества личной гигиены, которые способствуют понижению общей резистентности и неспецифического иммунитета и нарастанию уровня стоматологической заболеваемости и случаев хронической одонтогенной инфекции.

Классификация. Наибольшее распространение с учетом клинических проявлений и топографической анатомии получила классификация флегмон А. И. Евдокимова (1964), согласно которой различают флегмоны лица, окологлазничные флегмоны, флегмоны дна полости рта, языка и шеи. ГВЗ ЧЛО были систематизированы в трудах В. Ф. Войно-Ясенецкого (1956), В. С. Дмитриевой (1969), В. И. Лукьяненко, В. А. Козлова (1988), М. М. Соловьева и О. П. Большакова (1997).

В обобщенном виде классификацию ГВЗ ЧЛО можно представить следующим образом:

По этиологии:

- неспецифические;
- анаэробные;

- анаэробно-аэробные;
- аэробные;
- специфические: актиномикоз, сифилис.

По происхождению:

- одонтогенные;
- неодонтогенные: травматические, гематогенные, лимфогенные, ятрогенные.

По поражению тканей:

- костных тканей: периодонтит, периостит, перикоронит, пародонтит, остит, остеомиелит;
- мягких тканей: абсцесс, флегмона, аденофлегмона, одонтогенная подкожная гранулема.

По характеру поражения тканей:

- целлюлит;
- фасциит;
- миозит (мионекроз).

По распространенности:

- ограниченные;
- разлитые (полифлегмоны).

По глубине поражения:

- поверхностные;
- глубокие.

По топографии:

- верхняя зона лица;
- средняя зона лица;
- нижняя зона лица;
- латеральные зоны лица;
- органы и ткани полости рта;
- шея.

Этиология и патогенез. Характерной особенностью современных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области является их полиэтиологичность. Видовой состав микроорганизмов из очагов воспаления при одонтогенном, травматическом остеомиелите, аденофлегмонах разнообразен, представлен представителями биоценоза полости рта и может изменяться под влиянием целого ряда внешних и внутренних факторов.

При различных воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области в 90 % случаев обнаруживаются облигатные анаэробы, причем в 25–30 % случаев — ассоциации облигатных анаэробов, в 60–65 % случаев — ассоциации анаэробов и аэробов и в 10 % случаев — аэробы.

В 1960–1970-е гг. основное внимание как возбудителям ГВЗ ЧЛО придавали эпидермальным и золотистым стафилококкам и гемолитическим стрептококкам. В 1980-е гг. применение строгой анаэроб-

ной техники позволило выявить представителей облигатных неспорообразующих анаэробов: бактериоидов, фузобактерий, пептококков, пептострептококков, анаэробных стрептококков, веиллонелл, волинелл, причастных к развитию гнойно-некротических поражений челюстно-лицевой области.

В патогенезе различных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области имеют место различные пути проникновения микрофлоры в очаг воспаления. Так, при одонтогенных остеомиелитах и флегмонах входными воротами инфекции являются зубы, при травматическом остеомиелите — разрывы слизистой оболочки при переломе костей челюстей, а при аденофлегмонах — лимфогенный путь. Облигатные анаэробы в процессе жизнедеятельности вырабатывают токсины и ферменты «агрессивности», способствующие ползучему инфильтрирующему распространению инфекции с первичного очага на смежные области, где аэробы колонизируют уже некротизированные ткани. Гнойно-некротические поражения тканей в 66,7 % случаев протекают по типу целлюлита, в 12,5 % — по типу фасциита и в 20,8 % — мионекроза.

Следовательно, проникновению анаэробов в ткани челюстно-лицевой области способствуют пораженные осложненным кариесом зубы, травмы, а также инструментальные манипуляции, хирургические вмешательства, местные изменения тканей.

О патогенезе гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области существует ряд теорий: *эмбриогенная теория* А. А. Боброва (1889) и Лексера (1894), объясняющая распространение инфекции в эмболах и тромбирование капилляров; *аллергическая теория* С. М. Дерижанова (1940), Я. М. Снежко (1951), определяющая ведущую роль сенсibilизации организма на основе феномена Артюса — Сахарова; *рефлекторная теория* Г. И. Семенченко (1958), подчеркивающая значение нервной системы в развитии нейротрофических нарушений, приводящих к развитию воспалительного процесса.

За последние годы были внесены существенные дополнения в развитие патогенеза ГВЗ ЧЛО. Рядом авторов были выявлены существенные изменения в системе гемостаза, приводящие к повышению гиперкоагуляционного синдрома, качественным изменениям фибриногена, выпадению его в виде фибрина, что способствует внутрисосудистому свертыванию и нарушению микроциркуляции с последующим некрозом тканей и их гнойным расплавлением (Груздев Н. А., 1978; Балин В. Н., 1987 и др.). В последние десятилетия существенное значение в развитии ГВЗ ЧЛО отводится снижению общей и местной резистентности организма человека и развитию вторичного иммунодефицита (Соловьев М. М., 1971; Робустова Т. Г., 1990; Шаргородский А. Г., 2004). Снижение неспецифических защитных механизмов организма связывают с переохлаждением, переутомлением,

стрессовыми ситуациями, перенесенными вирусными и другими инфекциями, сопутствующими и фоновыми заболеваниями: диабет, заболевания крови, печени, почек, ревматизм, онкологические заболевания и т. п.; химиотерапией. В последние годы большое значение в развитии ГВЗ ЧЛЮ придается состоянию антиоксидантной системы (АОС) организма, нарушения звеньев которой приводит к изменениям важнейших физиологических функций организма.

ПЕРИОСТИТ

Под *периоститом* понимают ограниченный воспалительный процесс надкостницы альвеолярного отростка на протяжении нескольких зубов, развивающийся как осложнение острого периодонтита или пародонтита с формированием поднадкостничного абсцесса.

Заболевание развивается постепенно в течение 1–2 дней с распространением боли в области зуба на челюсть, ухудшением общего самочувствия, появлением слабости, разбитости, повышением температуры тела, появлением головной боли, нарушением аппетита и сна.

Больные предъявляют жалобы на нестерпимые боли в челюсти, иррадиирующие по ветвям тройничного нерва в ухо, висок, глаз, шею или ноющего характера. При осмотре определяется асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей, локализация которой зависит от расположения зуба, явившегося источником инфекции. Кожа в области очага воспаления напряжена, в цвете не изменена, с трудом собирается в складку. При пальпации мягких тканей определяется выраженный отек, распространяющийся на соседние ткани и вниз по клетчатке. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны. При осмотре полости рта обращает на себя внимание гиперемия и отек десны, слизистой оболочки переходной складки и прилежащих участков щеки на протяжении нескольких зубов, на которой отмечаются их отпечатки. При этом слизистая оболочка покрыта налетом. Переходная складка сглажена. При пальпации в ее толще определяется плотный, резко болезненный инфильтрат. При переходе воспалительного процесса в гнойную форму под надкостницей альвеолярного отростка по переходной складке пальпируется валикообразное выпячивание с участком флюктуации. «Причинный» зуб, как правило, разрушен, его полость и каналы заполнены гнистым распадом. Иногда этот зуб бывает запломбированным, а в ряде случаев у шейки или корня определяется глубокий патологический зубодесневой карман. Перкуссия зуба при этом слабо болезненна или отрицательная.

На рентгенограмме альвеолярного отростка и тела челюсти изменения отсутствуют. Температура тела повышается до субфебрильных цифр.

В анализе крови отмечается увеличение лейкоцитов до $10-12 \cdot 10^9/\text{л}$ и постепенное нарастание СОЭ, а в лейкоцитарной формуле — увеличение палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов.

Лечение периоститов должно быть комплексным, включающим оперативное вмешательство, медикаментозную и физиотерапию.

Вскрытие гнойного очага осуществляют под местной (проводниковой и инфильтрационной) анестезией 2 % раствором лидокаина или артикаина. У ряда больных при наличии показаний оперативное вмешательство может быть выполнено под общей анестезией. При этом производят удаление «причинного» зуба. Разрез при периостите выполняют по переходной складке длиной 2—3 см, рассекая слизистую оболочку и надкостницу на всю глубину тканей до кости. Затем при помощи серповидной гладилки или распатора отслаивают надкостницу. В ране оставляют перчаточный выпускник до прекращения гнойного отделяемого. Больным назначают теплое полоскание растворами антисептиков, соды, борной кислоты. Хороший эффект в это время оказывает излучение гелий-неонового или светодиодного лазера, а также ультравысокочастотная терапия (УВЧ-терапия) в дозах малой мощности. Больным назначают анальгетики, десенсибилизирующие и противовоспалительные препараты. При тяжелом течении патологического процесса больным показаны антибактериальные препараты широкого спектра действия.

ПЕРИКОРНИТ

Прорезывание зубов мудрости, преимущественно нижних, часто сопровождается воспалительным процессом — перикоронитом. Прорезываясь, зуб мудрости долго остается большей частью своей коронки под слоем слизистой оболочки («капюшоном»). Сзади коронки зуба под «капюшоном» образуется поддесневой карман, который является ретенционным пунктом, где создаются благоприятные условия для задержки пищевых остатков и скопления микроорганизмов. Во время приема пищи поддесневой карман травмируется и становится постоянным очагом воспаления.

Больные жалуются на боли в области зуба мудрости, ограничение открывания рта. Для перикоронита характерны боли при глотании, так называемая «дентальная ангина», что заставляет больных обращаться к врачу.

Клиническим признаком перикоронита является рефлекторная контрактура жевательных мышц. Затем развивается перикоронарный абсцесс, боли становятся интенсивными, иррадиирующими в ухо, усиливаются при глотании, что сопровождается расстройствами общего

характера — повышением температуры тела, потерей аппетита, ускоренной скоростью оседания эритроцитов (СОЭ), лейкоцитозом.

Возникает умеренная отечность в области угла нижней челюсти на больной стороне, подчелюстные лимфатические узлы увеличиваются, становятся болезненными. Слизистая оболочка ретромолярного пространства вместе с «капюшоном» и крылочелюстной складкой отечна и гиперемирована, «капюшон» резко болезненный, из-под него выделяется гной.

На догоспитальном этапе в начальных стадиях перикоронита показаны простые терапевтические мероприятия: тепловые процедуры, полоскание антисептическими растворами, прием анальгетиков, которые могут купировать воспаление. Однако дальнейшее лечение должно проводиться у хирурга-стоматолога. Если коронка зуба мудрости полностью прорезалась и не упирается в передний край ветви челюсти, то можно произвести иссечение «капюшона», но возникновение рецидива воспалительных явлений в ретромолярном пространстве является показанием для удаления зуба мудрости (Руденко А. Т., 1971). Развитие остеомиелита нижней челюсти, а тем более осложнений в виде окошечной флегмоны, является абсолютным показанием к удалению зуба мудрости, несмотря на его положение в зубном ряду.

ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Среди всех гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области наиболее часто встречается одонтогенный остеомиелит челюсти, который имеет острую, подострую и хроническую стадии течения и по локализации подразделяется на ограниченное (только альвеолярный отросток или тело челюсти в области 3—4 зубов) и диффузное поражение челюсти (части, половины или всей челюсти). Его клиническое течение зависит от видового состава и степени вирулентности микрофлоры, иммунологической реактивности организма и других индивидуальных его особенностей, а также локализации, стадии и распространенности воспалительного процесса. Эти факторы обуславливают нормергический, гиперергический и гипоергический типы воспалительной реакции и влияют на общее состояние больных, которое может быть тяжелым, средней и легкой степени тяжести.

Клиническое течение одонтогенного остеомиелита челюстей зависит и от их анатомического строения.

Так, верхняя челюсть имеет тонкую, часто перфорированную наружную компактную пластинку и мало губчатого вещества, что способствует раннему и быстрому распространению гноя под надкостницу и далее под слизистую оболочку. Поэтому остеомиелиты

верхней челюсти часто имеют ограниченный характер поражения, осложняются поднадкостничными абсцессами по переходной складке (реже абсцессами твердого нёба, когда боковой резец является причинным зубом), отличаются более легким течением, а больные этим заболеванием могут лечиться амбулаторно у хирурга-стоматолога. Особенности кровоснабжения верхней челюсти приводят к быстрому и обширному коллатеральному отеку, который не соответствует тяжести воспалительного процесса. Однако при диффузном поражении верхней челюсти, тяжелом течении и распространении остеомиелита может наблюдаться одонтогенный гайморит, тромбоз ветвей лицевой вены и флегмоны подглазничной, щечной областей, лечение которых проводится только в стационарных условиях.

В отличие от верхней челюсти нижняя челюсть имеет плотную, толстую компактную пластинку с малым количеством отверстий и большим объемом губчатого вещества, что затрудняет выход экссудата из периодонта через кость в подслизистую оболочку и способствует его распространению по губчатому веществу и, как следствие этого, большему поражению кости. Вот почему одонтогенные остеомиелиты нижней челюсти отличаются более тяжелым течением и частыми осложнениями в виде флегмон глубоких клетчаточных пространств, а не поднадкостничных абсцессов. С первых дней этого заболевания больные должны лечиться в челюстно-лицевых стационарах в обязательном порядке, а клиническая картина остро одонтогенного остеомиелита челюсти, относящегося к числу неспецифических инфекционных воспалительных заболеваний характеризуется местными и общими симптомами.

Местно клинические проявления заболевания достаточно выражены. Больные жалуются на постоянные сильные боли и припухлость в области челюсти, соответственно «причинному» зубу (иногда и рядом стоящих зубов), который как бы «вырос», стал более подвижным и болезненным при надавливании на него. Характерны общая слабость, повышение температуры тела, головная боль, плохое самочувствие, нарушение сна и снижение аппетита. При развитии остеомиелита больные уже не могут локализовать болевые ощущения и предъявляют жалобы на боль во всей половине челюсти, иррадиирующую в ухо, висок, половину лица, затылок и др. При локализации процесса в области жевательных мышц (причинные — большие корневые зубы нижней челюсти) возникает воспалительная контрактура нижней челюсти, и тогда больные жалуются на ограниченное болезненное открывание рта. При поражении тела нижней челюсти иногда в процесс вовлекается нижний луночковый нерв, что проявляется гипостезией нижней губы и подбородка (симптом Венсана).

Общее состояние больных чаще средней тяжести, но может быть удовлетворительным или тяжелым в зависимости от распространенности и течения воспалительного процесса, вирулентности микрофлоры и иммунологической реактивности организма и других причин. Кожные покровы тела обычной окраски, изменений со стороны опорно-двигательного аппарата и внутренних органов не наблюдается. Если они имеются, то обусловлены сопутствующими заболеваниями. При ограниченных остеомиелитах челюсти температура тела может быть субфебрильной, но чаще в первые 3 дня заболевания достигает 38 °С. При диффузном поражении кости температура тела повышается до 39–40 °С и ей, как правило, предшествуют озноб и повышенное потоотделение. В соответствии с подъемом температуры тела изменяется и частота сердечных сокращений (ЧСС). При остром одонтогенном остеомиелите челюсти всегда имеются изменения в общеклиническом анализе крови. Лейкоцитоз достигает до $10-20 \cdot 10^9/\text{л}$ с увеличением числа палочкоядерных нейтрофилов до 15–18 % и юных форм 3–5 % и уменьшением числа эозинофилов, лимфоцитов и моноцитов. СОЭ увеличивается в начале заболевания до 10–15 мм/ч, а затем до 30–40 мм/ч. В моче обнаруживается белок от следов до 0,035 г/л и лейкоцитов до 20–25 в поле зрения.

При внешнем осмотре больных отмечается асимметрия лица за счет припухлости, при пальпации которой определяется отек мягких тканей и воспалительный болезненный инфильтрат на челюсти соответственно участку поражения. Кожа над ним не изменена. Регионарные лимфоузлы увеличены, болезненны и подвижны. При осмотре полости рта выявляется «причинный» зуб (не леченный, с разрушенной коронкой) или корень зуба, может быть с пломбой или покрытой искусственной коронкой, который подвижен, а его перкуссия болезненна. При распространении процесса могут быть подвижны и рядом стоящие зубы. По переходной складке с вестибулярной поверхности (реже с язычной и небной) отмечается воспалительный ограниченный инфильтрат, покрытый отечной и гиперемированной слизистой оболочкой. При его пальпации определяется болезненность и флюктуация. Нередко из зубодесневого кармана причинного зуба выделяется гной.

Вышеизложенные местные признаки характеризуют типичную клиническую картину острого ограниченного одонтогенного остеомиелита челюсти, осложненного поднадкостничным абсцессом, который встречается наиболее часто среди всех ГВЗ ЧЛО.

Доврачебная неотложная помощь заключается во внутримышечном введении анальгетиков, гипосенсибилизирующих и антибактериальных препаратов и проведении ирригаций полости рта теплыми

растворами антисептиков (1 : 5000 фурацилина, перманганата калия и др.) и настоя трав (шалфей, кора дуба). Больные с острыми одонтогенными остеомиелитами челюстей нуждаются в срочном направлении к врачу-стоматологу (хирургу).

При оказании первой врачебной помощи в отдаленных районах, при нахождении корабля в море и отсутствии возможности эвакуировать больного в специализированное учреждение, ее объем может быть расширен. Врач (хирург) общей практики обязан удалить причинный зуб и начать противовоспалительную терапию.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях, где имеется врач-стоматолог (хирург), допускается лечение больных с одонтогенными остеомиелитами верхней челюсти.

В остром периоде заболевания для купирования инфекционно-воспалительного процесса в ранние сроки осуществляют дренирование очага в челюсти и периосте путем удаления «причинного» зуба и вскрытия поднадкостничного абсцесса. Длина разреза должна соответствовать протяженности инфильтрата (абсцесса), но не менее 3 см, разрез проводится по переходной складке до кости. После эвакуации гноя, рана промывается антисептическим раствором и дренируется резиновым выпускником или полихлорвиниловой трубкой (ПХВ-трубкой). Больному назначают антибактериальную, противовоспалительную, десенсибилизирующую терапию, а при необходимости иммуномодуляторы, витаминные препараты и физиотерапевтические процедуры (УВЧ и др.). При отсутствии эффекта от терапии, при тяжелом течении и распространении процесса, а тем более возникновении осложнений лечение необходимо проводить только в условиях специализированного стационара.

При своевременном и эффективном лечении, как правило, острый одонтогенный остеомиелит челюсти заканчивается выздоровлением больного. Однако при позднем обращении больных, неполноценном хирургическом пособии и неадекватной последующей консервативной терапии острый воспалительный процесс переходит в подострую, а затем и в хроническую стадию заболевания.

ОДОНТОГЕННЫЕ ФЛЕГМОНЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Флегмона представляет собой острый распространенный гнойный воспалительный процесс подкожной, межмышечной и межфасциальной клетчатки, и в отличие от абсцесса не ограничен от окружающих тканей грануляционным валом.

Все флегмоны подразделяют на поверхностные и глубокие. При *поверхностных флегмонах* имеется поражение воспалительным процессом

подкожной клетчатки или расположенных поверхностно-клетчаточных пространств, при *глубоких флегмонах* — межфасциальной, мышечной клетчатки или глубоких клетчаточных пространств.

Лечебная тактика по отношению всех одонтогенных флегмон (как и аденофлегмон) ЧЛО является однозначной — специализированное хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого стационара — своевременное, раннее и адекватное вскрытие гнойного очага, эвакуация гноя и хорошее дренирование раневых каналов. Схема разрезов при вскрытии флегмон челюстно-лицевой области представлена на рис. 1.1.

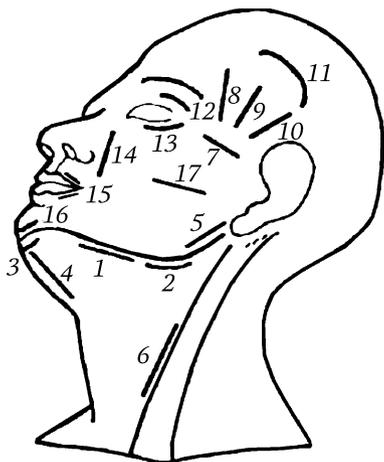


Рис. 1.1. Схема типичных разрезов для вскрытия флегмон челюстно-лицевой области:

1 — поднижнечелюстной области, нижнего отдела щечной области и дна полости рта; 2 — крыловидно-челюстного, окологлоточного, поджевательного пространств; 3 — подподбородочной области; 4 — корня языка и подподбородочной области; 5 — околоушной области; 6 — сосудисто-нервного пучка шеи; 7 — височной области (межапоневротической), контрапертура при флегмоне подвисочного пространства и височной области; 8, 9, 10 — височной области (поверхностной, подкожной, подапоневротической); 11 — височной области (подмышечной); 12, 13 — орбиты; 14 — подглазничной области; 15 — губ; 16 — подбородочной области; 17 — щечной области

Доврачебная и первая врачебная помощь должна сводиться к выполнению неотложных мероприятий (введение анальгетиков, гипосенсибилизирующих средств и антибиотиков — внутримышечно и дезинтоксикационных растворов — внутривенно). И своевременное направление на специализированное лечение.

В амбулаторно-поликлинических условиях общий хирург и хирург-стоматолог могут продолжить консервативную терапию воспалительного процесса, уточнить диагноз, назначить рентгенологическое и лабораторное исследование. По неотложным показаниям — удалить «причинный» зуб, если имеется задержка с эвакуацией больного. Но главным мероприятием остается своевременная госпитализация больного в челюстно-лицевой стационар, которая может быть выполнена в тех случаях, когда врач правильно и в короткие сроки устанавливает диагноз — флегмона челюстно-лицевой области.

Неоправданно поздняя госпитализация больных, связанная с не-

своевременной неточной диагностикой, а тем более амбулаторным лечением, может привести к жизнеопасным осложнениям, а иногда и летальному исходу.

Вот почему представляется важным и целесообразным знание врачами кардинальных клинических признаков флегмон, которые излагаются в этом разделе.

Поверхностные флегмоны характеризуются выраженными местными клиническими проявлениями. Больные жалуются на боль и припухлость в области воспалительного процесса, повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, общую слабость, нарушение сна и аппетита. У них при внешнем осмотре определяется асимметрия лица за счет припухлости пораженной анатомической области. При пальпации определяется диффузный болезненный инфильтрат, покрытый гиперемизированной, напряженной лоснящейся кожей, не собирающейся в складку. В центре этого инфильтрата может быть флюктуация, а по его окружности, без четких границ — коллатеральный воспалительный отек. Общее состояние больных — средней степени тяжести, реже удовлетворительное. Интоксикация выражена умеренно. В крови отмечается лейкоцитоз до $15 \cdot 10^9/\text{л}$, с увеличением палочкоядерных нейтрофилов и уменьшением числа лимфоцитов и моноцитов. СОЭ увеличивается до 30—40 мм/ч. В моче обнаруживаются белок, лейкоциты и гиалиновые цилиндры.

Кроме указанных клинических признаков, характерный для всех поверхностных флегмон, некоторые из них имеют отличительные признаки, связанные с их локализацией.

Так, при флегмоне век наблюдается сужение глазной щели или полное ее закрытие с нарушением бинокулярного зрения. При этом трудно открыть глаз из-за отека и инфильтрации век, отмечается гиперемия и отек конъюнктивы, а также гноетечение. Эти же симптомы, но в меньшей степени наблюдаются при флегмоне подглазничной области, поскольку воспалительный процесс распространяется на нижнее веко (рис. 1.2).

При флегмоне щечной области и губ, вследствие усиления боли,

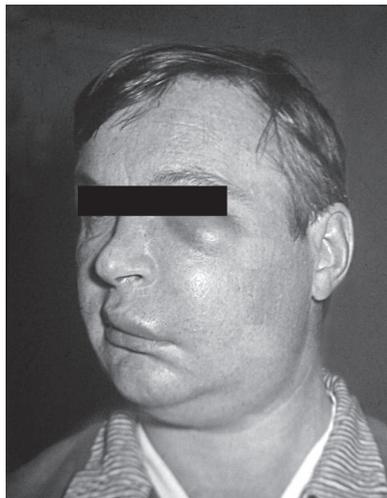


Рис. 1.2. Флегмона подглазничной области

отмечается ограниченное открывание рта и нарушение мимики и приема пищи (рис. 1.3).

Для флегмон подбородочной, подподбородочной и поднижнечелюстной областей характерно появление незначительных болей при жевании и глотании, так как в воспалительный процесс вовлекаются челюстно-подъязычная область, подъязычно-язычная и двубрюшная мышца (рис. 1.4).

Хирургическое вскрытие флегмоны век производят по месту наибольших изменений (выпячивание, краснота кожи), по кожным складкам вокруг глазного яблока. Рассекают кожу и затем тупо кровостанавливающим зажимом типа «москит» разводят края раны до появления гноя. Рану дренируют резиновой полоской.

При локализации гнойного очага под кожей щечной области производят разрез кожи с учетом хода ветвей лицевого нерва, а затем края раны разводят, и, получив гной, раневой канал дренируют трубчатым выпускником. При резком выбухании слизистой оболочки в полость рта при флегмоне щеки последнюю вскрывают внутриротовым доступом, рассекая слизистую оболочку разрезом длиной 3—4 см, затем к центру гнойного очага проходят тупо, разводя края раны. После эвакуации гноя рану дренируют перчаточным резиновым выпускником.



Рис. 1.3. Флегмона щечной области



Рис. 1.4. Флегмона подбородочной области

Для вскрытия гнойно-воспалительного очага подподбородочной области некоторые авторы рекомендуют проводить разрез по срединной линии этой области (от внутреннего края подбородка до подъязычной кости). После рассечения поверхностной фасции шеи и платизмы проникают в подподбородочное пространство. Края раны при этом широко разводят и оставляют выпускники. Однако при анаэробной флегмоне подподбородочной области, когда отек тканей значительно выражен, целесообразно проводить поперечный разрез в подподбородочной области или параллельно краю тела нижней челюсти, отступая от него на 2,5 см. Такой разрез позволяет тщательно раскрыть и обследовать подподбородочное пространство.

Хирургическое вмешательство при гнойно-воспалительном процессе поднижнечелюстной области заключается в том, что необходимо хорошо раскрыть ложе поднижнечелюстной слюнной железы, а также обнажить нижний край и внутреннюю поверхность тела нижней челюсти. Разрез кожи проводят в поднижнечелюстной области в пределах клинически определяемого инфильтрата, отступая от края нижней челюсти на 2,5–3 см (чтобы не повредить краевую ветвь лицевого нерва). Рассекают подкожную жировую клетчатку до поверхностной фасции и с помощью крючков Фарабефа хорошо разводят края раны. Подкожную мышцу и поверхностный листок собственной фасции шеи рассекают по желобоватому зонду. Затем с помощью зажима Кохера раскрывают и опорожняют гнойник, а потом проводят тщательную ревизию тканей с учетом характера поражения тканей с целью раскрытия всех карманов и затеков и в раневые каналы заводят дренажные трубки.

Глубокие флегмоны. Важной особенностью глубоких флегмон ЧЛО является отсутствие их внешних проявлений или они имеются, но не выражены. Это объясняется тем, что в коже и подкожной клетчатке воспалительного отека и инфильтрации не отмечается. Изменение же контуров кожных покровов пораженной области наблюдается за счет воспалительного инфильтрата глубже расположенных тканей и глубоких клетчаточных пространств. Поэтому диагностика глубоких флегмон ЧЛО на догоспитальном этапе крайне затруднена, что подтверждается не таким уж редким расхождением диагноза направления и диагноза челюстно-лицевого стационара. Имеются сложности в установлении диагноза и в специализированном учреждении. Вот почему важны анатомо-топографические знания клетчаточных пространств ЧЛО и на их основе проведение точной топографической диагностики глубоких флегмон. Однако для них более характерны выраженный болевой синдром, нарушение функций жевания и глотания вследствие вовлечения в воспалительный процесс жевательных мышц, участвующих в акте глотания. В проведении топической

диагностики одонтогенных флегмон помогают следующие 4 признака: причинность зуба, выраженность воспалительного инфильтрата мягких тканей, нарушение функции нижней челюсти и затрудненное глотание.

Флегмона височной области (глубокая). Возникает первично, когда источником воспалительного процесса является фолликулит или фурункул височной области, и вторично, когда воспалительный процесс в височную область распространяется из подвисочного клетчаточного пространства и соседних областей.

Больные жалуются на интенсивные пульсирующего характера боли и припухлость височной области. Отмечается асимметрия лица за счет плотного резко болезненного воспалительного инфильтрата височной области, ограниченного линией прикрепления височного апоневроза. Кожа над ним не изменена, флюктуация не определяется. При таких флегмонах наблюдается ограниченное открывание рта вследствие воспалительной контрактуры височной мышцы.

Для вскрытия гнойного очага височной области при флегмоне среднего клетчаточного пространства проводят дугообразный разрез по линии прикрепления височной мышцы и накладывают контрапертуру, выполняя горизонтально разрез по верхнему краю скуловой дуги. При гнойном расплавлении глубокого клетчаточного пространства разрез выполняют внутриротовым доступом по переходной складке в области бугра верхней челюсти и очаг вскрывают изогнутым кровостанавливающим зажимом Кохера, проводя его под скуловой дугой. Дренирование очага выполняют перфорированными трубчатыми выпускниками.

Флегмона орбиты. Может возникнуть как следствие одонтогенной инфекции от клыка и малых коренных зубов верхней челюсти, при тромбозе угловой вены или при распространении воспалительного процесса через нижнеглазничную щель из крылонёбной ямки и подвисочного пространства, а также из верхнечелюстного синуса, решетчатого лабиринта, век и подглазничной области.

Больные предъявляют жалобы на сильную боль в области глаза, головную боль и нарушение зрения. Отмечается отек век, конъюнктивы глазного яблока (хемоз) и экзофтальм. При пальпации глазное яблоко напряжено, не смещается и болезненно. Острота зрения резко снижается. Очень часто в процесс вовлекается и противоположное глазное яблоко.

При несвоевременном и неадекватном лечении флегмоны орбиты воспалительный процесс может распространиться на венозные синусы твердой мозговой оболочки и головной мозг.

Хирургическое вскрытие гнойного очага производят по нижненижнечелюстному краю глазницы. Рассекают кожу, подкожную клетчатку, фас-

цию, а затем тупо кровоостанавливающим зажимом, придерживаясь латеральной костной стенки, проходят до задней поверхности глазного яблока в ретробульбарную клетчатку. После получения гноя раневой канал дренируют трубчатым или полутрубчатым выпускником.

Флегмона подвисочного пространства и крылонёбной ямки. Эти флегмоны рассматриваются вместе потому, что имеют общую анатомическую границу — подвисочное пространство медиально открывается в крылонёбную ямку, а следовательно, воспалительный процесс, возникнув в одном из клетчаточных пространств, немедленно распространяется на другое, что клинически проявляется как единый процесс.

Первично флегмона подвисочного пространства и крылонёбной ямки может возникнуть от периапикальных воспалительных процессов больших коренных зубов верхней челюсти и после туберальной анестезии, а также повторно — в результате распространения воспалительного процесса из височной, околоушной областей и крылочелюстного пространства.

Больные жалуются на сильные постоянные боли, локализующиеся кзади и кнутри от верхней челюсти, иррадиирующие в ухо, висок, глаз; сильные головные боли, общую слабость. Общее состояние больных средней тяжести, имеются клинические и лабораторные признаки интоксикации. Отмечается незначительная асимметрия лица на стороне поражения. Открывание рта ограничено. В заднем отделе верхнего свода преддверия рта определяется болезненный воспалительный инфильтрат в виде сглаженной переходной складки, покрытой отечной и гиперемированной слизистой оболочкой. При пальпации за бугром верхней челюсти выявляется резкая болезненность и инфильтрат.

Для вскрытия гнойно-воспалительного очага подвисочной и крылонёбной ямок чаще используют внутриротовой доступ. При внутриротовом доступе вначале выполняют анестезию по Берше — Дубову, для того, чтобы больной достаточно хорошо раскрыл рот. Разрез производят в верхнем своде преддверия рта по переходной складке слизистой оболочки на уровне двух последних моляров, распатором отслаивают мягкие ткани от бугра верхней челюсти и затем тупым путем проникают за бугор верхней челюсти в подвисочную ямку. Для этого лучше использовать изогнутый зажим Кохера.

При резком сведении челюстей применяют внеротовой доступ. Для этого производят дугообразный разрез, окаймляющий угол нижней челюсти, отслаивают сухожилие медиальной крыловидной мышцы в области угла нижней челюсти и затем тупым путем по внутренней поверхности ветви нижней челюсти проникают в крылонёбную и подвисочную ямки. В раневые каналы вскрытых клетчаточных пространств заводят трубчатые дренажи.

Флегмона крыловидно-челюстного пространства. Возникает при одонтогенной инфекции в области зубов мудрости (третьего моляра) нижней челюсти, включая их затрудненное прорезывание, реже — второго моляра и при инфицировании во время проведения мандибулярной (торусальной) анестезии.

Для данной флегмоны характерны следующие признаки: резко ограниченное и болезненное открывание рта, боли при глотании. Асимметрия лица не наблюдается. Больные открывают рот на 5—7 мм вследствие воспалительной контрактуры крыловидных мышц, испытывая при этом резкую боль. Отмечается воспалительный болезненный инфильтрат под углом нижней челюсти. Смещение ее средней линии при открывании рта и парестезия нижней губы и подбородка (симптом Венсана). В полости рта определяется гиперемированная, отекая, болезненная и инфильтрированная крыловидно-челюстная складка на стороне поражения. Воспалительный процесс также переходит на мягкое небо.

При поздней обрабатываемости и неэффективном лечении воспалительный процесс может распространиться из крыловидно-челюстного в окологлоточное пространство.

Для вскрытия флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства проводят разрез кожи позади угла нижней челюсти и доводят его до переднего края жевательной мышцы, обнажают угол нижней челюсти и тупым путем отделяют сухожилие внутренней крыловидной мышцы. Затем с помощью тупого инструмента проникают в крыловодно-нижнечелюстное пространство с помощью изогнутого зажима Кохера. После чего проводится тщательная ревизия очага гнойного расплавления. При необходимости через этот разрез проводят ревизию позадищелюстной ямки. Применять внутриротовой доступ для вскрытия крыловидно-нижнечелюстного пространства при анаэробной инфекции не рекомендуется.

Флегмона окологлоточного пространства. Первично развивается редко вследствие тонзиллогенной инфекции (фолликулярная и лакунарная ангина, паратонзиллярный абсцесс) и вторично, наиболее часто, как результат распространения воспалительного процесса при одонтогенных флегмонах подвисочного и крыловидно-челюстного пространства, дна полости рта и корня языка, подчелюстной и околошно-жевательной области.

Больные жалуются на сильную одностороннюю боль при глотании, невозможность проглотить жидкую пищу, даже слюну, общую слабость, повышение температуры тела и ограниченное открывание рта. Очень часто больные вообще отказываются от приема пищи.

Внешние клинические признаки не выражены. Отмечается ограниченное открывание рта до 1,5—2 см, при глубокой пальпации под

углом и нижним краем нижней челюсти определяется воспалительный инфильтрат, а также увеличенные, подвижные и болезненные лимфатические узлы шеи. При осмотре полости рта отмечаются отечные, гиперемированные и инфильтрированные — передняя нёбная дужка, нёбная миндалина и мягкое нёбо, которое вместе с боковой стенкой глотки и язычком мягкого нёба смещаются к средней линии («выпячиваются»), а иногда закрывают на $\frac{2}{3}$ зева. При пальпации этих образований выявляется болезненность. Очень часто изменяется тембр голоса (отмечается осиплость).

Флегмоны окологлоточного пространства протекают тяжело. При несвоевременном вскрытии этой флегмоны неизбежно распространение воспалительного экссудата на дно полости рта и корень языка, что может привести к отеку надгортанника и стенотической асфиксии или на шею и по ее сосудисто-нервному пучку еще ниже в переднее средостение с возникновением медиастинита.

Хирургическое лечение заключается в том, что сначала вскрывают поднижнечелюстное или крыловидно-нижнечелюстное пространство (в зависимости от локализации гнойного очага), а затем по внутренней поверхности медиальной крыловидной мышцы проходят кнутри и несколько кзади от нее и проникают в окологлоточное пространство.

Доступ в окологлоточное пространство со стороны ретромолярного пространства и боковой стенки глотки является достаточно трудным и небезопасным, кроме того, не позволяет достаточно эффективно дренировать окологлоточное пространство.

Флегмона околоушной области (подфасциальная) (рис. 1.5). Разлитое гнойное воспаление клетчатки, расположенной под околоушно-жевательной фасцией, образующей влагалище околоушной слюнной железы и жевательной мышцы, может возникнуть первично, вследствие одонтогенной инфекции в области больших коренных зубов верхней челюсти и инфицированных ран околоушной области или вторично — при распространении инфекции по протяжению из околоушной слюнной железы (острый и обострившийся хронический паротит), височной области, подвисочного и поджевательного



Рис. 1.5. Флегмона околоушной области

пространства, а также вследствие поражения лимфатических узлов этой области (ложный паротит Герценберга) (рис. 1.6, а, б).

Больные жалуются на сильную боль в околоушной области, усиливающуюся при приеме пищи. При осмотре отмечается асимметрия лица за счет припухлости околоушной области. При пальпации определяется разлитой, плотный, резко болезненный инфильтрат, расположенный глубоко под фасцией. Кожа и подкожная клетчатка не изменены. Открывание рта ограничено. Если флегмона околоушной области развилась вследствие паренхиматозного паротита, то из выводного протока околоушной слюнной железы может выделяться мутная слюна с примесью гноя. В других случаях возникновения флегмоны околоушной области выделяется прозрачная слюна, но слюноотделение уменьшается.

При неэффективном лечении наблюдается дальнейшее распространение воспалительного процесса из околоушной области в позади-челюстную, щечную и поднижнечелюстную области, а также в около-глоточное и крыловидно-челюстное пространство.

Хирургическое вскрытие флегмоны производят наружным доступом вертикальным разрезом, параллельным заднему краю ветви и окаймляющим угол нижней челюсти. Последовательно рассекают кожу, подкожную клетчатку, поверхностную фасцию и тупо изогнутым кровоостанавливающим зажимом проходят под околоушной слюнной железой сверху спереди и снаружи, накладывая контрапертуру под скуловой дугой. После эвакуации гноя рану дренируют перфорированными трубчатыми выпускниками.

Флегмона поджевательного пространства (рис. 1.7). Воспалительный процесс при этом виде флегмоны развивается под собственно же-

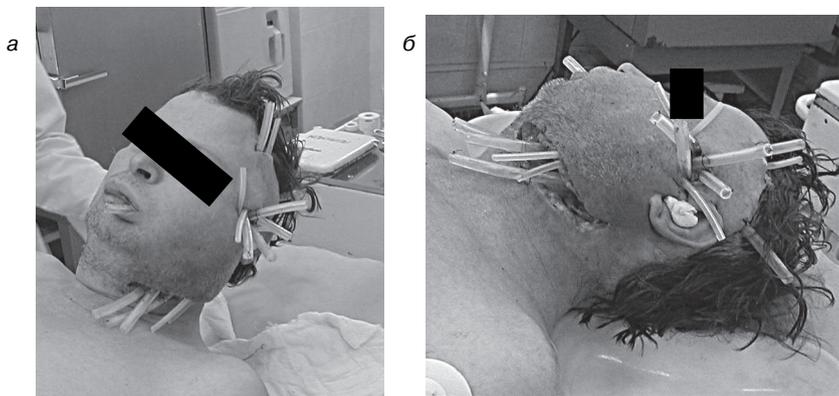


Рис. 1.6, а, б. Флегмона околоушной, подвисочной и височной областей

вательной мышцей, чаще всего первично, вследствие одонтогенной инфекции в области нижних моляров, в том числе затрудненного прорезывания зуба мудрости, и вторично, что наблюдается редко, при распространении воспалительного процесса из околоушной и щечной областей, подвисочного пространства.

Жалобы на припухлость и умеренные боли в околоушно-жевательной области, усиливающиеся при открывании рта. Характерно ограниченное и болезненное открывание рта с первого дня заболевания, в последующем может наступить полное сведение челюсти (воспалительная контрактура III степени). Асимметрия лица выражена умеренно за счет воспалительного, болезненного, плотного инфильтрата под жевательной мышцей и коллатерального отека околоушно-жевательной области. Отмечается регионарный лимфаденит. При попытке открыть рот нижняя челюсть смещается в большую сторону. При осмотре полости рта наблюдается отечная, гиперемированная и инфильтрированная слизистая оболочка по переходной складке в области причинного зуба и щечной области. Воспалительный процесс переходит на ретромолярное пространство и крыловидно-челюстную складку. При пальпации собственно жевательной мышцы определяется утолщенный и резко болезненный ее передний край, а также резкая болезненность при пальпации в месте прикрепления ее сухожилия к углу челюсти.

Для раскрытия гнойно-воспалительного очага этого пространства выполняют дугообразный разрез кожи длиной до 7 см, начиная от заднего края ветви нижней челюсти на 2,5–3 см ниже ее угла. Жевательную мышцу отсекают в области угла челюсти и отслаивают ее от наружной поверхности ветви распатором до обнаружения гнойного очага. Гнойный очаг широко раскрывают и дренируют трубчатými выпускниками. Разрезы выше угла челюсти производить не следует, так как это чревато повреждением ветвей лицевого нерва.

Абсцессы и флегмоны языка. Гнойно-воспалительный процесс может локализоваться в собственных мышцах языка, имея, как правило,



Рис. 1.7. Флегмона поджевательного пространства

ограниченный характер в виде абсцессов тела языка и в межмышечных клетчаточных пространствах корня языка, образуя его флегмону.

Абсцессы тела языка чаще бывают травматического происхождения и распространяются за его пределы. Больные жалуются на припухлость и боль в языке, усиливающиеся при приеме пищи и разговоре. При обследовании определяется ограниченный резко болезненный инфильтрат языка (чаще боковой, чем тыльной поверхности), покрытый отечной и гиперемированной слизистой оболочкой.

Флегмона корня языка развивается вследствие травмы или распространения воспалительного процесса от моляров нижней челюсти и из челюстно-язычного желобка и подъязычной области.

Клиническое течение флегмон корня языка тяжелое, с выраженной интоксикацией. Больные жалуются на боли в языке, затруднение дыхания, резкое нарушение речи и приема пищи, общую слабость и страх. Положение больных вынужденное: сидячее или головой вниз, оно облегчает дыхание, так увеличенный и отечный язык давит на надгортанник и приводит к явлениям дислокационной асфиксии. Лицо бледное, зрачки расширены, дыхание частое, шумное. Рот полукруглым, виден увеличенный в размерах и не помещающийся в полости рта язык. Из рта вытекает тягучая, с неприятным запахом слюна. Язык неподвижен, плотный, резко болезненный. При пальпации подподбородочной области выше подъязычной кости в глубине определяется плотный и болезненный инфильтрат. Кожа этой области не изменена. Глотание нарушено.

При несвоевременном вскрытии флегмоны корня языка воспалительный процесс распространяется: на дно полости рта — с реальной угрозой дислокационной и стенотической асфиксии и окологлоточное пространство — с последующим поражением клетчатки сосудисто-нервного пучка шеи.

Флегмону корня языка необходимо вскрывать разрезом через кожу подподбородочной области по срединной линии или поперечным разрезом, при этом тупо подходят в пространство между подбородочно-подъязычными и подбородочно-язычными мышцами правой и левой сторон. При этом раздвигают передние брюшки двубрюшных мышц. Рассекают по шву челюстно-подъязычную мышцу и далее проникают к корню языка.

После вскрытия гнойника иногда отек языка продолжает увеличиваться еще в течение некоторого времени и после разреза. Поэтому за такими больными необходимо установить строгое наблюдение, контролировать дыхание, и при нарастающем удушье выполнить трахеостомию.

Флегмона дна полости рта (рис. 1.8) представляет собой одно из наиболее тяжелых осложнений одонтогенного остеомиелита от боль-

ших и малых коренных зубов нижней челюсти. Воспалительный процесс может локализоваться над и под диафрагмой полости рта (челюстно-подъязычной мышцей) с развитием, соответственно, наддиафрагмальной и поддиафрагмальной флегмоны дна полости рта.

Для наддиафрагмальной флегмоны дна полости рта характерно общее тяжелое состояние больного, выраженная интоксикация, нарушение речи, глотания и охриплость голоса. Рот полуоткрыт, дно рта выбухает, подъязычные валики отечные, гиперемированы, покрыты фиброзным налетом и приподняты до уровня режущего края нижних резцов. Язык сухой, отеснен кверху, движения его болезненны, но сам он мягкий, покрыт белым налетом. Под отечной и гиперемированной слизистой оболочкой подъязычной области определяется разлитой болезненный инфильтрат. Отмечается также отек мягких тканей поднижнечелюстной и подподбородочной областей, но их кожные покровы не изменены.

При поддиафрагмальной флегмоне дна полости рта наиболее выражены внешние клинические признаки. Кожные покровы поднижнечелюстных и подподбородочной областей отечны, инфильтрированы, отвисают, что выражается в удлинении лица, но сама кожа в воспалительный процесс вовлекается значительно позже. Рот полуоткрыт. В связи с локализацией процесса под челюстно-подъязычной мышцей воспалительные явления со стороны тканей и органов полости рта менее выражены. Язык приподнят, но увеличен, движения его болезненные. Слизистая оболочка подъязычной области отечная, гиперемированная и незначительно инфильтрирована. Глотание болезненное, но в меньшей степени, чем при наддиафрагмальной флегмоне дна полости рта и флегмоне окологлоточного пространства.

При позднем обращении больных и ошибках в диагностике догоспитального периода часто наддиафрагмальная флегмона с одной стороны распространяется на противоположную сторону и на поддиафрагмальное пространство, образуя разлитое гнойное поражение всех отделов дна полости рта с обеих сторон. Такая флегмона дна полости рта протекает крайне тяжело с быстрым вовлечением в процесс корня



Рис. 1.8. Флегмона дна полости рта

языка и окологлоточного пространства и развитием жизнеопасных осложнений (асфиксии).

Для вскрытия гнойно-воспалительного очага дна полости рта наиболее эффективным является поперечный или «воротниковый» разрез. Из такого разреза можно хорошо обследовать все клетчаточные пространства дна полости рта. Разрез по срединной линии при анаэробном процессе не позволяет достаточно хорошо раскрыть все пораженные пространства. Кроме того, продольный разрез не обеспечивает эффективного дренирования гнойно-воспалительного очага и надежную аэрацию пораженных мягких тканей.

Внутриротовые разрезы при флегмонах дна полости рта следует выполнять только при скоплении гноя непосредственно под слизистой оболочкой подъязычной области.

При воротниковом разрезе рассекают кожу и подкожную жировую клетчатку от одного до другого угла нижней челюсти отступя от ее края на 3 см, или по верхней шейной складке. По зонду Кохера рассекают подкожную мышцу и поверхностную фасцию, разводят края раны крючками Фарабефа и проводят тщательный гемостаз. Затем тупо раздвигают подлежащие мягкие ткани в местах их омертвения и наибольшего напряжения для эвакуации гноя или сукровичного отделяемого. При обширных некрозах мышечной ткани и фасций необходимо раскрыть не только поднижнечелюстные и подподбородочное пространства, но и область прикрепления мышц к подъязычной кости, дренировать все раневые каналы перфорированными трубчатыми выпускниками для проведения длительного промывания раны растворами антисептиков.

Флегмона сосудисто-нервного пучка шеи возникает, как правило, вторично при распространении одонтогенного инфекционно-воспалительного процесса по паравазальной клетчатке из окологлоточного и соседних к нему клетчаточных пространств или в виде аденофлегмоны вследствие воспаления лимфатических узлов в области внутренней яремной вены при тонзиллогенной и редко одонтогенной инфекции. Очень важно при флегмоне сосудисто-нервного пучка шеи диагностировать и санировать первичный очаг одонтогенной и тонзиллогенной инфекции, что обеспечит эффективное лечение и выздоровление больных.

Больные жалуются на умеренные боли в области кивательной мышцы и спереди от нее, усиливающиеся при повороте головы и разгибании шеи.

Общее состояние больных тяжелое. Гипертермия, клинические и лабораторные признаки общей интоксикации.

При осмотре выявляется незначительная асимметрия лица за счет припухлости кивательной мышцы и спереди от нее. При пальпации определяется отек мягких тканей, болезненная кивательная мышца

и под ее передним краем — разлитой, плотный, болезненный инфильтрат, распространяющийся по ходу сосудисто-нервного пучка, но всегда занимающий ее верхнюю и среднюю треть. Из-за инфильтрации паравазальной клетчатки пульсация общей сонной артерии становится нечеткой. Окраска кожных покровов не изменяется, но при наличии неклостридиальной анаэробной инфекции наблюдается гиперемия кожи различного оттенка с неровными контурами, выходящая за пределы инфильтрата и, являющаяся своего рода индикатором агрессивности инфекции и распространенности воспалительного процесса.

При дальнейшем обследовании выявляются клинические признаки флегмоны окологлоточного пространства и первичного очага тонзиллогенной (паратонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, фолликулярная ангина и др.) или одонтогенной (остеомиелит, осложненный флегмоной клетчаточных пространств, расположенных около нижней челюсти) инфекции.

Промедление с оперативным вмешательством — вскрытие флегмоны сосудисто-нервного пучка шеи, произведенного по жизненным показаниям, как правило, приводит к распространению воспалительного процесса по сосудисто-нервному пучку в переднее средостение и развитию контактного одонтогенного медиастинита.

При вскрытии флегмоны сосудисто-нервного пучка разрез проводят по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы от уровня угла нижней челюсти книзу в пределах болезненного инфильтрата. Рассекают кожу, подкожную клетчатку и подкожную мышцу. Лежащую в верхнем отделе раны под платизмой наружную яремную вену отодвигают в сторону или перевязывают и пересекают. По желобоватому зонду вскрывают переднюю стенку влагалища грудино-ключично-сосцевидной мышцы, освобождая ее передний край. Затем кровоостанавливающим зажимом разводят края раны и тупым крючком оттягивают мышцу кнаружи. Потом рассекают заднюю стенку влагалища и тупо кровоостанавливающим зажимом расслаивая фасцию и клетчатку вскрывают сосудисто-нервный пучок. Рану дренируют перфорированными трубчатыми выпускниками. При необходимости накладывают контрапертуру по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

ЛИМФАДЕНИТЫ И АДЕНОФЛЕГМОНЫ

Сосуды, отводящие лимфу, и расположенные по их ходу лимфатические узлы составляют лимфатическую систему, которая вместе с венозной обеспечивает дренаж тканей и органов тела. Уже на ранней стадии развития воспаления повышается проницаемость регионарных

лимфатических сосудов, замедляется лимфоток и благодаря этому обеспечиваются условия для быстрого удаления вредоносного материала из патологического очага по лимфатическим сосудам, через лимфатические узлы в направлении кровеносного русла. Однако с увеличением интенсивности воспаления в лимфатических сосудах образуются тромбы и наступает блокада лимфатической системы, препятствующая распространению воспаления (Hudack S. S., McMaster P. D., 1931; Meukin V. J., 1931). Проникающие в лимфоток микробы (чаще стрептококки и стафилококки), их токсины и продукты распада из острых или хронических очагов воспаления (перикоронарит, периодонтит, нагноившаяся околокорневая киста и т. п.) могут вызвать патологические процессы, поражающие лимфатические сосуды или лимфатические узлы (Руфанов И., 1960).

Воспаление лимфатических сосудов (лимфангит) челюстно-лицевой области встречается очень редко. Гораздо чаще наблюдается воспаление лимфатических узлов — одонтогенный лимфаденит и аденофлегмона челюстно-лицевой области и шеи. По данным клиники, по поводу лимфаденита и аденофлегмоны на лечении находилось 21,9 % больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Лимфаденит, возникший вследствие проникновения инфекции из одонтогенного очага воспаления, называется *одонтогенным лимфаденитом*. Он обусловлен обычной гноеродной и гнилостной микрофлорой (стрептококки, стафилококки, диплококки или анаэробные грамотрицательные палочки и др.) и носит характер неспецифического воспаления. Одонтогенный лимфаденит наблюдается при остром и хроническом периодонтите, гингивите, пародонтите, остеомиелите, нагноившейся околокорневой кисте и др.; иногда первичный очаг остается нераспознанным или успевает купироваться и тогда создается впечатление, что лимфаденит возник самостоятельно.

По характеру клинического течения различают острые и хронические неспецифические лимфадениты.

Патологическая анатомия одонтогенного лимфаденита. Воспалительные изменения в лимфатическом узле начинаются с гиперемии узла и расширения его синусов. Ретикулярные элементы синусов пролиферируют, набухают, слущивающиеся при этом клетки эндотелия округляются, начинают передвигаться и выполнять функцию макрофагов, захватывать микробные частицы и инородные тела. Нарастает серьезное пропитывание паренхимы узла и увеличение объема, а также количества фолликулов, в которых усиливается пролиферация лимфоидных элементов. Одновременно нарастает и лейкоцитарная инфильтрация тканей узла.

Различная степень десквамативных изменений синусов и гиперплазии фолликулов обуславливает разные формы острого лим-