

Составители:

Фищев С. Б. — доктор медицинских наук, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии СПбГПМУ;

Климов А. Г. — кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой стоматологии СПбГПМУ;

Березкина И. В. — кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии СПбГПМУ;

Севастьянов А. В. — кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии СПбГПМУ

Рецензенты:

Иорданишвили А. К. — доктор медицинских наук, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации;

Лепилин А. В. — доктор медицинских наук, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГПОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

В77

Воспалительные заболевания, травмы и опухоли челюстно-лицевой области у детей : учебное пособие к практическим занятиям для врачей-интернов, клинических ординаторов стоматологических факультетов / С. Б. Фищев, А. Г. Климов, И. В. Березкина, А. В. Севастьянов. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. — 55 с.

ISBN 978-5-299-00618-6

Учебное пособие предназначено для самостоятельной подготовки к практическим занятиям по хирургической стоматологии студентов стоматологического и педиатрического факультетов. Для каждой темы определены актуальность и цель занятия, указаны источники литературы, необходимые для формирования базисных знаний и изучения темы, приводятся задания для определения исходного уровня знаний и задания для определения полученных знаний.

УДК 616.31-02

ISBN 978-5-299-00618-6

© ООО «Издательство «СпецЛит»», 2014

СОДЕРЖАНИЕ

Условные сокращения.	4
Тема № 1. Травма челюстно-лицевой области у детей	5
Литература.	13
Тема № 2. Одонтогенный периостит. Остеомиелиты челюстей	14
Литература.	28
Тема № 3. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области	28
Литература.	36
Тема № 4. Опухоли мягких тканей лица и полости рта. Опухоли челюстей. Опухоли слюнных желез	36
Литература.	44
Тема № 5. Пороки развития челюстно-лицевой области	44
Литература.	55

чения. Какие дополнительные методы обследования вам потребуются? Возможные исходы данного заболевания?

Задача № 3. У ребенка 1 месяца повышение температуры до 39° С, ухудшение общего состояния, отказ от еды. Имеется отек верхней половины лица с одной стороны. Ваш предположительный диагноз? Оцените состояние пациента. Составьте схему лечения. Возможные исходы данного заболевания?

Задача № 4. У ребенка 5 лет имеется свищ в области угла нижней челюсти со скудным отделяемым, асимметрия лица. Со стороны полости рта — нарушение прикуса, гиподентия, неправильное положение зубов. Ваш предположительный диагноз? Оцените состояние пациента. Составьте схему лечения. Какие специалисты должны быть привлечены к лечению данного пациента?

Литература

- Дунаевский В. А. Хирургическая стоматология. — М.: Медицина, 1979. С. 117–111; 155–158.
- Ковалева Н. Н. Остеомиелит челюстей // Г. А. Баиров. Неотложная хирургия у детей. — Л.: Медицина, 1983.
- Рузин Г. П. Курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: практическое пособие. — М.: Книга плюс, 2006.
- Соловьев М. М., Худояров И. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей и прилежащих тканей. — Л.: Медицина, 1979.
- Хирургическая стоматология / под ред. Т. Г. Робустовой. — М.: Медицина, 1990. С. 163–173; 227–245.
- Материалы кафедры.

ТЕМА № 3

АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Содержание занятия

1. Одонтогенные, неодонтогенные, остеогенные гнойно-воспалительные заболевания ЧЛО.
2. Абсцессы и флегмоны ЧЛО, этиология, патогенез, клиника, диагностика заболевания.
3. Особенности течения гнойно-некротических флегмон ЧЛО.
4. Диагностика, лечение абсцессов и флегмон ЧЛО в зависимости от локализации процесса.

Цель занятия

Повторить анатомические особенности ЧЛО. Понять этиологию и патогенез, а также пути распространения инфекции, клиническую картину флегмон ЧЛО.

Провести дифференциальную диагностику этих заболеваний. Овладеть принципами лечения абсцессов и флегмон ЧЛО.

Цель занятия	Цели конечного уровня знаний студентов
1. Повторить топографическую анатомию органов челюстно-лицевой области и органов шеи	—
2. Выявить клинические признаки абсцесса и флегмоны ЧЛО, использовать классификацию для постановки диагноза	Уметь собирать анамнез, оценивать статус больного, интерпретировать данные осмотра пациента и других методов обследования
3. Составить схему обследования больных с абсцессом и флегмонами ЧЛО	Ориентироваться в клинической картине, использовать знание методов клинического рентгенологического обследования больных при гнойно-воспалительных заболеваниях ЧЛО, определить тактику лечения пациента с флегмоной ЧЛО
4. Определить показания к видам хирургического и консервативного лечения больных с флегмонами ЧЛО	Знать показания и противопоказания местного (общего) обезболивания в случае оперативных вмешательств при гнойно-воспалительных заболеваниях ЧЛО. Ориентироваться в методиках выполнения разрезов на лице и шее

Структура практического занятия

В начале занятия проводится контроль исходного уровня знаний. Затем студенты под контролем преподавателя приступают к курации больных, принимают участие в выполнении отдельных диагностических и лечебных манипуляций, анализируют данные клинических и лабораторных методов обследования больных, решают ситуационные клинические задачи.

В конце занятия проводится разбор историй болезни, ситуационных задач или итоговый тестовый контроль для определения усвоения изучаемой темы. Анализируются действия студентов во время курации больных. Подводится итог. Дается задание к следующему занятию.

Абсцесс — ограниченный очаг гнойного воспаления, приводящий к расплавлению участка клетчатки или другой ткани с образованием полости.

Флегмона — острое разлитое гнойное воспаление подкожной, межмышечной и межфасциальной клетчатки.

Источники инфекции при абсцессах и флегмонах ЧЛО могут быть одонтогенной и неодонтогенной природы.

Если входными воротами инфекции являются дефекты твердых и мягких тканей зуба или пародонта, такие абсцессы и флегмоны называются одонтогенными.

В тех случаях, когда абсцессы и флегмоны сопутствуют одонтогенному остеомиелиту и осложняют его течение, их называют остеогенными, или остеофлегмонами.

Абсцессы и флегмоны, возникшие в результате инфицирования поврежденных кожных покровов лица или слизистой оболочки рта, а также осложнившие такие заболевания, как фурункулез, сиаладенит, язвенный стоматит и др., относятся к неодонтогенным.

Часто клинически не всегда удается отличить абсцесс от флегмоны (особенно при глубокой их локализации), поэтому при описании как местных проявлений, так и хирургических вмешательств их объединяют.

Различают фазы течения абсцессов и флегмон — острую и подострую.

Клиническая картина. Клиника абсцессов и флегмон ЧЛО разнообразна и проявляется общими расстройствами, симптомами гнойно-резорбтивной лихорадки и местными изменениями.

Общие симптомы: заболевание обычно начинается внезапно, и явления воспаления быстро нарастают. Повышается температура тела до фебрильных цифр. Возникает болевой синдром. В результате интоксикации организма появляется головная боль, нарушается сон и аппетит. В тяжелых случаях возникает озноб, резко ухудшается общее состояние больных.

В крови наблюдается лейкоцитоз свыше $10 \cdot 10^9$, нейтрофилез со сдвигом влево. В сыворотке крови появляется С-реактивный белок.

Местные симптомы: для развивающейся флегмоны характерен диффузный болезненный инфильтрат, покрытый гиперемизированной кожей или слизистой оболочкой. По мере развития воспалительного процесса инфильтрат увеличивается, в центральных его отделах появляется флюктуация (размягчение). При глубоко расположенных гнойниках эти признаки могут отсутствовать. Из-за болевого синдрома возникают нарушения подвижности нижней челюсти, затруднение акта жевания, глотания, речи и дыхания, гиперсаливация. Сведение челюстей возникает редко и обусловлено вовлечением в процесс жевательных мышц.

Некоторые особенности клинического проявления имеют гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи, возбудителем которых являются кишечная палочка и анаэробная микрофлора. Наиболее частая локализация гнилостно-некротических флегмон — дно полости рта, околоушно-жевательная область. Эти флегмоны характеризуются преобладанием проявления общей интоксикации организма

над местными симптомами и быстротой распространения процесса на соседние ткани.

Местно определяется плотный болезненный инфильтрат без четких границ и признаков флюктуации. В ряде случаев отмечается крепитация, что свидетельствует о наличии в тканях газа. Кожа над инфильтратом бледная, подвижная.

Прогноз при гнилостно-некротических флегмонах лица и шеи очень серьезен и во многом зависит от своевременно начатой терапии.

Диагностика абсцессов и флегмон основывается на данных анамнеза и объективного исследования. Если обнаружение поверхностно расположенных абсцессов и флегмон обычно не представляет трудностей, то распознавание глубоких гнойников бывает очень сложным и требует проведения диагностической пункции, рентгенологического или компьютерно-томографического (КТ) исследования.

Дифференциальная диагностика. Абсцессы и флегмоны ЧЛО дифференцируют от:

- 1) фурункула и карбункула лица (в начальной стадии болезни);
- 2) рожистого воспаления лица;
- 3) острого воспаления слюнных желез;
- 4) нагноившейся срединной или боковой кисты шеи;
- 5) специфических воспалительных процессов;
- 6) опухолей.

Лечение флегмон лица и шеи целесообразнее проводить в условиях стоматологического стационара.

Основным компонентом терапии является хирургическое вмешательство — вскрытие инфекционно-воспалительного очага, обеспечение эвакуации гноя. Своевременно произведенное вскрытие гнойника ограничивает дальнейшее распространение процесса и некроза тканей, уменьшает всасывание продуктов распада тканей и бактерий, уменьшает или полностью ликвидирует боль.

Разрезы при абсцессах, поверхностно расположенных флегмонах одного клетчаточного пространства проводят, как правило, под инфильтрационной или проводниковой анестезией (не рекомендуется вводить раствор анестетика в полость гнойника, так как это вызовет сильную боль не даст обезболивающего эффекта). Вскрытие ограниченного гнойника (например, абсцесс твердого неба) также выполняется под местной анестезией.

У детей младшего возраста и больных с абсцессами и флегмонами глубоких областей лица или при процессах, захватывающих более двух областей, хирургическое вмешательство выполняется под общим обезболиванием. Проведение назо-трахеальной интубации при острых воспалительных процессах около-

челюстных тканей, сопровождающихся сведением челюстей, затруднением глотания и дыхания, должно проводиться опытным анестезиологом с большой осторожностью.

Вопрос об удалении зуба, явившегося источником инфекции при абсцессе или флегмоне, решается так же, как при остром одонтогенном остеомиелите челюсти.

Длина разреза кожных покровов и слизистой оболочки рта определяется протяженностью инфильтрата. Послойно рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку, подкожную мышцу и фасции (апоневроз), а глубже лежащие ткани расслаивают по ходу клетчаточных пространств, с учетом расположения крупных сосудов и нервов. Для обеспечения хорошего оттока экссудата ткани рассекают в самой низкой точке гнойной полости. Для дренирования операционной раны используют как резиновые полоски из перчатки, так и дренажные трубки разных диаметров (резиновые, полихлорвиниловые), концы которых должны быть закруглены и перфорированы.

Оперативный доступ для вскрытия абсцесса или флегмоны челюстно-лицевой области выбирают в соответствии с локализацией гнойника.

Абсцесс и флегмону подглазничной области при глубокой локализации процесса (в области собачьей ямки) вскрывают со стороны преддверия рта. После рассечения слизистой оболочки и подслизистого слоя тупым путем проникают до уровня собачьей ямки. При поверхностной локализации процесса разрез кожи производят параллельно нижнему краю глазницы или по носогубной борозде через всю толщу мягких тканей.

Абсцесс и флегмону скуловой области вскрывают со стороны кожных покровов в месте наибольшей флюктуации с учетом расположения ветвей лицевого нерва.

При абсцессе или флегмоне глазницы разрез выполняют по нижнелатеральному или верхнелатеральному краю глазницы. Тупым путем проникают в полость глазницы по ее костной стенке и вскрывают гнойник. Вскрытие и дренирование гнойника может также производиться со стороны верхнечелюстной пазухи путем удаления задних отделов ее верхней стенки, т. е. дна глазницы.

Абсцесс и флегмону щечной области при локализации гнойника между слизистой оболочкой щеки и щечной мышцей вскрывают со стороны полости рта параллельно ходу выводного протока околоушной слюнной железы (выше или ниже его).

При поверхностном расположении гнойника разрез производят со стороны кожных покровов параллельно ходу ветвей лицевого нерва или по носогубной борозде.

Абсцесс и флегмона подвисочной и крылонёбной ямок могут быть вскрыты интраоральным или внеротовым путем. Рассекают слизистую оболочку по своду преддверия рта в области двух последних верхних многокорневых зубов. Изогнутым кровоостанавливающим зажимом или ножницами с сомкнутыми лезвиями по бугру верхней челюсти проникают к месту скопления гноя, направляя инструмент кзади, внутрь и вверх. Со стороны кожных покровов гнойник этого клетчаточного пространства может быть вскрыт по переднему краю височной мышцы, в подскуловой и поднижнечелюстной области (с отсечением медиальной крыловидной мышцы от нижней челюсти).

Абсцесс и флегмону височной области вскрывают со стороны кожных покровов. При поверхностной локализации флегмоны производят разрез параллельно верхнему краю скуловой дуги или радиальные разрезы параллельно ходу волокон височной мышцы. При глубокой локализации флегмоны делают дугообразный разрез по линии прикрепления височной мышцы к костям свода черепа. Рассекают кожу, подкожную клетчатку. Кпереди от козелка находят и отодвигают кзади поверхностную височную артерию и одноименную вену, затем рассекают поверхностную и собственную височную фасции. После этого тупым путем, раздвигая волокна височной мышцы, вскрывают гнойник.

Абсцесс и флегмону околоушно-жевательной области вскрывают со стороны кожных покровов поднижнечелюстной или позадиннечелюстной области. Проводят разрез параллельно нижнему краю нижней челюсти, отступив на 1,5 см книзу. Рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку, фасцию, отсекают (на некотором протяжении) от нижней челюсти сухожилие жевательной мышцы. Затем тупым путем проникают к гнойнику по наружной поверхности ветви нижней челюсти. Если флегмона располагается поверхностно над жевательной мышцей, инструмент из разреза в поднижнечелюстной области проводят над этой мышцей.

При истончении кожи и выраженной флюктуации производят разрез в этом участке параллельно ходу ветвей лицевого нерва.

Гнилостно-некротическую флегмону в височной, околоушно-жевательной области широко вскрывают и дополнительно дренируют со стороны кожных покровов.

Абсцесс и флегмону позадиннечелюстной области (ложе околоушной слюнной железы) вскрывают со стороны кожных покровов параллельно заднему краю ветви нижней челюсти в промежутке между передним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы и задним краем ветви нижней челюсти. Рассекают кожу и плотную в этом участке фасцию, а затем тупым путем вскрывают гнойник.

Абсцесс и флегмона крылочелюстного пространства могут быть вскрыты и дренированы с помощью внеротового или внутриротового доступа.

Внеротовой разрез применяют при быстром развитии воспалительного процесса, расположении гнойника у внутреннего края угла нижней челюсти. Разрез, окаймляющий угол нижней челюсти, продолжают в поднижнечелюстную область. После обнажения угла челюсти от него частично отсекают медиальную крыловидную мышцу, затем тупым путем по внутренней поверхности ветвей нижней челюсти проникают к гнойнику.

Внутриротовой разрез применяют при локализации гнойника в верхнем отделе крылочелюстного пространства. Скальпелем, лезвие которого на $\frac{1}{2}$ обернуто стерильным марлевым тампоном, рассекают слизистую оболочку по ходу крылочелюстной складки. Далее тупым путем проникают в пространство между медиальной крыловидной мышцей и внутренней поверхностью ветви нижней челюсти.

Абсцесс челюстно-язычного желобка вскрывают внутриротовым разрезом. Скальпелем рассекают слизистую оболочку в месте наибольшего выбухания тканей, направляя кончик его к внутренней поверхности альвеолярного отростка нижней челюсти. Затем изогнутым кровоостанавливающим зажимом края разреза раздвигают и, проникая вглубь, вскрывают гнойник.

Абсцесс и флегмона окологлоточного пространства вскрываются внутриротовым и внеротовым путями.

Внутриротовой разрез применяют при локализации ограниченного гнойника в передневерхнем отделе окологлоточного пространства. Рассекают слизистую оболочку по крылочелюстной складке (несколько кнутри от нее), тупым путем проникают в полость гнойника. Внеротовой доступ используют для вскрытия гнойника, локализованного в заднем отделе окологлоточного пространства. Производят разрез длиной 5—7 см, окаймляющий угол нижней челюсти, отступя 1,5—2 см от края нижней челюсти. Рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку, поверхностную фасцию, подкожную мышцу шеи на всю длину кожного разреза. Отдвигают книзу поднижнечелюстную слюнную железу, проникают тупым путем в крылочелюстное пространство. Затем кровоостанавливающим зажимом, раздвигая волокна внутренней крыловидной мышцы, вскрывают гнойник в окологлоточном пространстве.

Абсцесс и флегмону подподбородочной области вскрывают параллельно краю нижней челюсти или по средней линии (в направлении от нижней челюсти к подъязычной кости), рассекают кожу, под-

кожную жировую клетчатку и поверхностную фасцию; к гнойнику проникают тупым путем.

Абсцесс и флегмону поднижнечелюстной области вскрывают со стороны кожных покровов разрезом 5—6 см, проводимым вдоль края нижней челюсти, отступя на 1,5—2 см. Рассекают послойно на всю глубину кожу, подкожную жировую клетчатку, подкожную мышцу шеи, шейную фасцию. Затем зажимом отодвигают поднижнечелюстную слюнную железу книзу и вскрывают гнойник.

Поскольку флегмона дна полости рта локализуется в двух или более клетчаточных пространствах, выбор оперативного подхода не может быть однозначным. При одностороннем расположении флегмоны ниже челюстно-подъязычной мышцы (диафрагмы рта) ее вскрывают поднижнечелюстным разрезом. При двустороннем поражении проводят разрезы в правой и левой поднижнечелюстных областях, оставляя между ними по средней линии кожную перемычку шириной 1—2 см, или делают воротникообразный разрез. При локализации флегмоны в так называемом верхнем этаже, выше челюстно-подъязычной мышцы, в подъязычном пространстве ее вскрывают из-под подбородочного разреза с частичным пересечением волокон челюстно-подъязычной и подбородочно-подъязычной мышц.

Гнилостно-некротическую флегмону дна полости рта вскрывают воротникообразным разрезом. Все клетчаточные пространства (поднижнечелюстное, подподбородочное, подъязычное), вовлеченные в воспалительный процесс, широко раскрывают и дренируют. Следует провести также ревизию окологлоточного, крылочелюстного пространств и промежутка между глубокими мышцами корня языка. Одновременно иссекают некротизированные ткани.

Абсцесс или флегмону языка вскрывают продольным разрезом через участок размягчения по спинке или краю языка (при локализации сформированных гнойников в верхнебоковых отделах). Глубокие гнойники у корня языка вскрывают разрезом через кожу по средней линии в подподбородочной области. Рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку и поверхностную фасцию, подкожную мышцу шеи и челюстно-подъязычную мышцу. Затем тупым путем проникают к корню языка, раздвигая подбородочно-подъязычные и подбородочно-язычные мышцы.

Абсцесс твердого неба вскрывают разрезом параллельно альвеолярному отростку с иссечением треугольного или овального участка стенки гнойника в месте наибольшего выбухания. Это делается для предупреждения слипания краев раны и обеспечения свободного оттока гноя.

После вскрытия и дренирования абсцесса или флегмоны применяют осмотические и антисептические средства для быстрого очищения раны от некротических тканей, уменьшения воспаления, подавления микрофлоры. перевязки больным с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей ЧЛО производят ежедневно. По мере очищения раны и заполнения ее грануляциями накладываются вторичные швы.

Принципы антибактериальной, дезинтоксикационной, иммунотерапии и ФТЛ изложены при описании лечения острой фазы остеомиелита челюстей.

При гнилостно-некротических флегмонах лица и шеи, протекающих по типу анаэробного воспаления, под кожу или внутримышечно вводят противогангренозную поливалентную сыворотку, содержащую антитоксины против трех видов возбудителей газовой гангрены (*O. perfringens*, *Cl. oedematiens*, *Cl. septicum*).

Литература

- Соловьев М. М., Большаков О. П. Абсцессы и флегмоны головы и шеи. — СПб. : МЕДпресс, 1997.
 Бернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. — Витебск : Белмедкнига, 1998. С. 71—81; 93—98.
 Соловьев М. М. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей и прилежащих тканей. — Л. : Медицина, 1979.

ТЕМА № 4

ОПУХОЛИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ПОЛОСТИ РТА. ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТЕЙ. ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Содержание занятия

1. Понятия о неodontогенных доброкачественных опухолях ЧЛО.
2. Классификация, этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика доброкачественных опухолей ЧЛО.
3. Классификация, этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика злокачественных опухолей ЧЛО.
4. Опухоли мягких тканей — клинические проявления, диагностика, лечение.
5. Опухоли челюстей — клинические проявления, диагностика, лечение.
6. Опухоли слюнных желез — клинические проявления, диагностика, лечение.

Цель занятия

Повторить анатомические особенности ЧЛО.

Цель занятия	Цели конечного уровня знаний студентов
Овладеть навыками постановки диагноза с применением клинических и параклинических методов обследования	Интерпретировать данные осмотра, клинико-лабораторных и рентгенологических методов обследования
Сравнить методы рентгенологического обследования, применяемых при диагностике опухолей челюсти	Ориентироваться в клинической картине, использовать знания методов клинического рентгенологического обследования больных с опухолями челюсти
Определить схему обследования больных с опухолями мягких тканей с применением рентгенологических методов	Ориентироваться в клинической картине, методах клинического и рентгенологического обследования больных с мягкоткаными опухолями ЧЛО
Изучить методы обезболивания при хирургическом вмешательстве	Знать показания и противопоказания местного (общего) обезболивания в случае оперативных вмешательств при опухолевых процессах ЧЛО. Ориентироваться в методиках выполнения разрезов на лице и шее

Структура практического занятия

В начале занятия проводится контроль исходного уровня знаний. Затем студенты под контролем преподавателя приступают к курации больных, принимают участие в выполнении отдельных диагностических и лечебных манипуляций, анализируют данные клинических и лабораторных методов обследования больных, решают ситуационные клинические задачи.

В конце занятия проводится разбор историй болезни, ситуационных задач или итоговый тестовый контроль для определения усвоения изучаемой темы. Анализируются действия студентов во время курации больных. Подводится итог. Дается задание к следующему занятию.

Все новообразования головы и шеи по течению процесса можно разделить на три группы:

- 1) доброкачественные;
- 2) пограничные (местнодеструктивные);
- 3) злокачественные.

У детей опухоли ЧЛО наблюдаются в любом возрасте, хотя чаще от 10 до 15 лет. Возникают они из костной ткани верхней и нижней челюстей и их одонтогенных элементов, а также из больших слюнных желез. Новообразования ЧЛО не являются редкостью, однако