

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

А. В. Глинник, Л. И. ТЕСЕВИЧ, Н. Н. ЧЕРЧЕНКО

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АБСЦЕССАМИ И ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2012

УДК 617.52-002.36-085 (075.8)
ББК 56.6 я73
Г54

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 30.05.2012 г., протокол № 8

Р е ц е н з е н т ы: д-р мед. наук, проф., зав. каф. челюстно-лицевой хирургии Белорусской медицинской академии последиplomного образования А. С. Артюшкевич; доц. каф. стоматологии детского возраста Белорусского государственного медицинского университета А. К. Корсак

Глинник, А. В.
Г54 Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи : учеб.-метод. пособие / А. В. Глинник, Л. И. Тесевич, Н. Н. Черченко. – Минск : БГМУ, 2012. – 75 с.

ISBN 978-985-528-709-5.

Содержит блок современной информации по лечению абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи.

Предназначено для студентов 4-го курса стоматологического, лечебного, военно-медицинского факультетов, врачей-интернов, клинических ординаторов.

УДК 617.52-002.36-085 (075.8)
ББК 56.6 я73

ISBN 978-985-528-709-5

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2012

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятий — 6 ч.

План комплексного лечения больных с абсцессами и флегмонами лица и шеи зависит от возраста больного, характера и тяжести протекания гнойно-воспалительного процесса, вида инфекции и патогенности возбудителей гнойного или гнилостно-некротического процесса, их чувствительности к антибактериальным препаратам, наличия сопутствующих общесоматических заболеваний у пациента. Лечение таких больных основано на комплексном проведении оперативных вмешательств и терапевтических мероприятий. Хирургическое лечение абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи по-прежнему является ведущим. Терапевтический комплекс может быть условно подразделен на мероприятия общего и местного характера.

Знание основных принципов комплексного лечения пациентов с абсцессами и флегмонами лица и шеи позволит студенту и врачу избрать оптимальную тактику при оказании специализированной помощи и реабилитации больных с такой патологией. При изучении темы занятия следует особое внимание уделить этапам хирургической обработки абсцессов и флегмон лица и шеи, компонентам общего и местного медикаментозного лечения с учетом течения фаз раневого процесса, динамики лабораторных показателей гомеостаза организма больного.

Цель занятия: научиться принципам комплексного лечения пациентов с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи.

Задачи занятия:

1. Научиться составлять план комплексного общего медикаментозного лечения пациентов с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи.

2. Изучить основные принципы и этапы проведения хирургической обработки гнойного очага при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области и шеи.

3. Обучиться приемам и принципам местного медикаментозного лечения гнойных ран с учетом фаз раневого процесса при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области и шеи.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного освоения темы необходимо повторить материал из следующих разделов:

– анатомии человека: топографо-анатомические границы клетчаточных пространств челюстно-лицевой области и шеи, возможные пути распространения гнойной инфекции;

– челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии: обследование больного с челюстно-лицевой патологией; клинические про-

явления абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи; методы местного и общего обезболивания в челюстно-лицевой хирургии;

– нормальной физиологии: особенности репаративно-регенеративных механизмов заживления гнойных ран;

– фармакологии: антибактериальные и антисептические препараты; дезинтоксикационные и десенсибилизирующие средства; анальгетики, антикоагулянты, протеолитические ферментативные и иммуномодулирующие препараты;

– хирургических болезней: инструментарий для лечения гнойных ран, средства для их дренирования;

– физиотерапии и лечебной физкультуры: физиотерапевтические средства и методики лечебной физкультуры лечения гнойных ран.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Топографо-анатомические границы крыловидно-нижнечелюстного пространства.

2. С какими клетчаточными пространствами граничит крыловидно-нижнечелюстное пространство?

3. Пути распространения гнойно-воспалительного процесса в переднее и заднее средостение из клетчаточных пространств челюстно-лицевой области.

4. Какие методы объективного обследования используются для диагностики абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи?

5. Основные дополнительные методы обследования больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи.

6. Биологические особенности заживления гнойных ран.

7. Основные группы антибактериальных средств, обладающих тропизмом к тканям челюстно-лицевой области и шеи.

8. Основные группы антисептических средств, используемых при лечении гнойных ран.

9. Основные группы препаратов (искусственных кровезаменителей), используемых с целью дезинтоксикации организма.

10. Ферментативные препараты, обладающие протеолитическим действием.

11. Основные противопоказания к назначению электро-физиотерапевтических средств в челюстно-лицевой области.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Какие основные компоненты включает комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами лица и шеи и какой является ведущим?

2. На что направлена общая терапия при лечении больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи?

3. На что направлено местное лечение больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи?

4. Перечислите основные задачи лечения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи.

5. Основные компоненты схемы лечения больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи.

6. Последовательность основных этапов проведения хирургической обработки гнойного очага при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи.

7. Особенности местного обезболивания при проведении хирургической обработки гнойного очага при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи.

8. Особенности общего обезболивания при проведении хирургической обработки гнойного очага при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи.

9. Основные требования к разрезам в челюстно-лицевой области при проведении хирургической обработки гнойного очага при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи.

10. Основные оперативные доступы для вскрытия поверхностно расположенных абсцессов и флегмон окологлазничных тканей нижней челюсти.

11. Основные оперативные доступы для вскрытия глубоко расположенных абсцессов и флегмон окологлазничных тканей нижней челюсти.

12. Основные оперативные доступы для вскрытия поверхностно расположенных абсцессов и флегмон окологлазничных тканей верхней челюсти.

13. Основные оперативные доступы для вскрытия глубоко расположенных абсцессов и флегмон окологлазничных тканей верхней челюсти.

14. Основные виды дренирования гнойных ран при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи.

15. Основные принципы антибактериальной терапии при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи.

16. Основные антигистаминные препараты, используемые при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи.

17. Основные медицинские средства, обеспечивающие дезинтоксикационную терапию при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи.

18. Как проводится иммунопрофилактика при лечении флегмон челюстно-лицевой области и шеи, вызванных возбудителями газовой анаэробной инфекции?

19. Лекарственные препараты для местного лечения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи в 1-й фазе раневого процесса.

20. Лекарственные препараты для местного лечения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи во 2-й фазе раневого процесса.

21. Лекарственные препараты для местного лечения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи в 3-й фазе раневого процесса.

22. Особенности питания пациентов при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи.

23. Основные противопоказания для применения электрофизических факторов при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи.

24. Основные методы ФТЛ абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи в 1-й фазе раневого процесса.

25. Основные методы ФТЛ абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи во 2-й фазе раневого процесса.

26. Основные методы ФТЛ абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи в 3-й фазе раневого процесса.

27. Основные противопоказания для применения ЛФК при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи.

28. Основные методы ЛФК в 1-м периоде восстановительного лечения пациентов с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи.

29. Основные методы ЛФК во 2-м периоде восстановительного лечения пациентов с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи.

30. Основные методы ЛФК в 3-м периоде восстановительного лечения пациентов с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи.

31. Основные условия для наложения швов на гнойную рану.

Задания для самостоятельной работы студентов. Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить учебный материал из смежных дисциплин. Затем необходимо ознакомиться с материалом учебно-методического пособия. Для того чтобы изучение темы было более осознанным, студенту рекомендуется вести записи вопросов и замечаний, которые впоследствии можно выяснить в ходе дальнейшей самостоятельной работы с дополнительной литературой или на консультации с преподавателем. Для закрепления полученных знаний и практического их применения студенты учатся составлять комплексный план общего и местного медикаментозного лечения больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи, на учебных бланках выписывать рецепты противомикробных препаратов и антисептиков, анальгетиков, десенсибилизирующих препаратов, под руководством преподавателя осуществлять перевязки пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи (в том числе с абсцессами и флегмонами), заполнять медицинскую документацию таких пациентов.

Ответы на тесты, используемые в качестве самоконтроля, позволят не только адекватно оценить собственные знания, но и покажут преподавателю уровень освоения студентом учебного материала.

Завершающим этапом в работе над темой служат контрольные вопросы, ответив на которые студент может успешно подготовиться к текущему контролю по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология».

ТСО: маски, перчатки, шприцы, иглы, анестетики, наборы инструментов (пинцет, кровоостанавливающие зажимы, пуговчатый зонд, скальпель, крючок Фарабефа), лекарственные препараты антибактериального и антисептического действия, перевязочный материал.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

Проблема лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи, в том числе абсцессов и флегмон, по-прежнему относится к наиболее актуальным проблемам медицины и является одной из важных задач современной гнойной хирургии.

План комплексного лечения больных с абсцессами и флегмонами лица и шеи зависит от возраста больного, характера и тяжести протекания гнойно-воспалительного процесса, вида инфекции и патогенности возбудителей гнойного или гнилостно-некротического процесса, их чувствительности к антибактериальным препаратам, наличия сопутствующих общесоматических заболеваний у пациента. Лечение больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи должно быть основано на комплексном проведении оперативных вмешательств и терапевтических мероприятий. Хирургическое лечение абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи является ведущим и включает следующие основные компоненты: **первичная или вторичная хирургическая обработка гнойного очага** (с удалением причинного зуба при одонтогенном происхождении воспалительного процесса) с адекватным дренированием гнойной раны. Оперативный доступ должен обеспечивать оптимально короткий путь к гнойному очагу и одновременно создавать адекватные условия для эвакуации гнойного экссудата из очага воспаления без образования затеков и карманов.

Терапевтический комплекс может быть условно подразделен на **мероприятия общего и местного характера. Общая терапия** направлена на медикаментозную борьбу с инфекцией (подавление жизнедеятельности возбудителей) и интоксикацией, восстановление нарушенного болезнью гомеостаза, активизирует неспецифические и специфические защитные силы организма, нормализует нарушенные функции органов и систем, усиливает регенеративные процессы тканей в очаге воспаления, обеспечивает общеукрепляющее и стимулирующее лечение, включающее воздействие физическими факторами. **Местное лечение** предусматривает комплекс

мероприятий, направленный на обеспечение адекватного оттока гнойного экссудата из очага воспаления, создание неблагоприятных условий для жизнедеятельности патологических микроорганизмов, ускорение некролиза поврежденных тканей, ограничение зоны распространения воспаления и некроза, уменьшение внутритканевого давления и резорбции продуктов распада, а также на нормализацию микроциркуляции тканей и улучшение их регенерации.

При всем этом необходимо учитывать тяжесть болезни и состояние больного. Тяжесть течения болезни определяется по совокупности клинических признаков (острое начало болезни, гипертермия, боль в области очага поражения, степень нарушения функции со стороны жизненно важных органов), лабораторных показателей (лейкоцитоз, лейкограмма, лейкоцитарный индекс интоксикации, СОЭ, уровень общего белка, соотношение белковых фракций, С-реактивный белок и др.).

Основные задачи комплексного лечения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи:

- а) устранение возможной одонтогенной причины развития гнойно-воспалительного процесса;
- б) профилактика септико-пиемических осложнений;
- в) предупреждение распространения гнойно-воспалительного процесса на соседние фасциально-клетчаточные пространства.

Тактическая схема лечения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи складывается из комплекса мероприятий, основными компонентами которых являются:

1. Хирургическое лечение (первичная или вторичная хирургическая обработка гнойного очага с удалением причинного зуба) с адекватным дренированием.
2. Антибактериальное лечение.
3. Дезинтоксикационное лечение.
4. Десенсибилизация.
5. Мероприятия, направленные на восстановление гомеостаза основных функциональных систем организма.
6. Иммунокорректирующая терапия (по показаниям).
7. Общеукрепляющее и стимулирующее лечение, включающее воздействие физическими факторами и методами лечебной физкультуры.

Современные основы комплексной терапии гнойно-воспалительных процессов, в том числе абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи, основаны на **фазности** течения раневого процесса (классификация М. И. Кузина, 1977):

- первая фаза — фаза воспаления, подразделяется на два периода — период сосудистых изменений и период очищения раны от некротических тканей;

– вторая фаза — фаза регенерации, образования и созревания грануляционной ткани;

– третья фаза — фаза организации рубца и эпителизации.

Хирургическое лечение абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи подразумевает проведение хирургической обработки гнойного очага, включающей выполнение ряда последовательных этапов (рис. 1–8):

1. Подготовка операционного поля.
2. Обезболивание.
3. Удаление причинного зуба (при одонтогенных абсцессах и флегмонах).
4. Создание оперативного доступа (проведение разрезов) с ревизией очага гнойного воспаления и обеспечение адекватного оттока экссудата.
5. Антисептическая обработка очага гнойного воспаления.
6. Дренирование гнойной раны.
7. Наложение асептической повязки (при наружных разрезах).



Рис. 1. Флегмона дна полости рта слева



Рис. 2. Подготовка операционного поля



Рис. 3. Планирование оперативного доступа

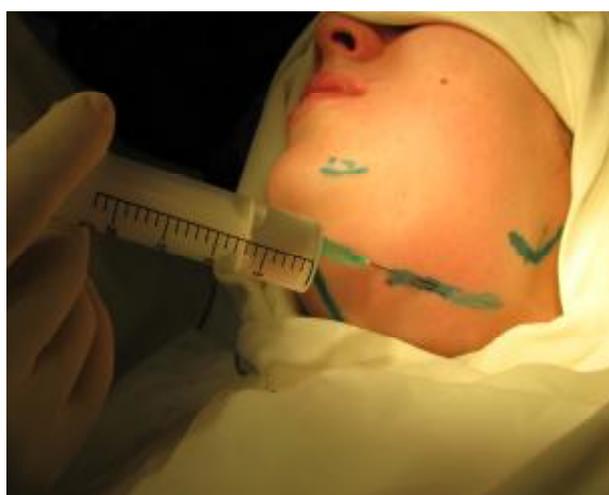


Рис. 4. НЛА + инфильтрационная анестезия в зоне разрезов



Рис. 5. Производство разрезов



Рис. 6. Создание тканевых тоннелей к гнойному очагу



Рис. 7. Мануальная ревизия гнойного очага



Рис. 8. Дренажирование гнойной раны системой трубчатых дренажей

Первичная хирургическая обработка гнойного очага — первое по счету у данного больного вмешательство, проведенное по первичным показаниям, т. е. по поводу наличия гнойного очага как такового.

Вторичная хирургическая обработка означает вмешательство, проводимое по вторичным показаниям, т. е. по поводу вторичных изменений в ране (рецидива гнойного процесса, образования затеков) или перед закрытием раневой поверхности с помощью швов или аутодермотрансплантации.

Подготовка операционного поля осуществляется с соблюдением всех правил асептики и антисептики, принятых в челюстно-лицевой хирургии. Для антисептической обработки кожных покровов лица и шеи применяются спиртосодержащие растворы антисептиков. Для антисептической обработки слизистой оболочки полости рта применяются водные

растворы антисептиков (0,05–0,1%-ный р-р хлоргексидина или септомира; 0,25–0,5%-ный р-р перманганата калия).

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Выбор метода обезболивания у пациентов с воспалительными заболеваниями лица, челюстей и шеи зависит от характера воспалительного процесса, функционального состояния организма, нервно-психического статуса и условий проведения операций.

МЕСТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Местное неинъекционное непотенцированное обезболивание. К нему относят аппликации и смазывание слизистой оболочки полости рта различными химическими веществами, аэролизация ее хлорэтилом. Для аппликационной анестезии можно использовать: анестезин-спрей (Германия), Топикейл (США), Ксилогель, Ксилокаин 10 % спрей (Швеция), раствор дикаина 0,5–2 %, пиромекаин 1–2 %, раствор лидокаина 10 % (аэрозоль).

Местное инъекционное непотенцированное обезболивание. Инъекционное обезболивание направлено на исключение болевой чувствительности соответствующего участка организма путем введения раствора анестетика:

- а) вблизи периферических нервных волокон или их окончаний (**инфильтрационная анестезия**);
- б) вблизи нервного ствола (**проводниковая анестезия**).

При проведении хирургической обработки абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи могут использоваться как инфильтрационные, так и проводниковые методики обезболивания или их сочетания. При явлениях воспалительной контрактуры собственно жевательной или крыловидных мышц при необходимости можно применять проводниковые анестезии в зоне нижнечелюстного нерва по Берше–Дубову или по Laguardia.

Учитывая рН среды в очаге гнойного воспаления, при хирургической обработке абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи для инфильтрационной анестезии целесообразнее применять анестетики из группы сложных амидов: пиромекаин, лидокаин, мепивакаин, прилокаин, артикаин, бупивакаин, этидокаин, ультракаин.

Для усиления глубины и продолжительности местного обезболивания, уменьшения болевой чувствительности к местным анестетикам можно добавлять сосудосуживающие препараты: адреналин, норадреналин, вазопрессин, фелипрессин, мезатон, левонорфедрин. Местное обезболивание можно сочетать с некоторыми методами общего обезболивания, например нейролептаналгезией, атаралгезией.

ОБЩЕЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Состояние обратимого торможения центральной нервной системы достигается фармакологическими средствами, воздействием физических или психических факторов. Такое обезболивание подавляет восприятие болевых раздражений, достигает нейровегетативную блокаду и мышечную релаксацию, выключает сознание, поддерживает адекватное газообмену кровообращение, регулирует обменные процессы. К общему обезболиванию относятся нейролептаналгезия, атаралгезия, центральная аналгезия, аудиоанастезия, гипноз, обезболивание иглоукалыванием, наркоз.

Общее обезболивание при проведении хирургической обработки абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи показано в тех случаях, когда местная анестезия не может в достаточной мере обеспечить нормальное обезболивание тканей и органов в зоне гнойно-воспалительного процесса. Наиболее целесообразно применять наркоз при вскрытии флегмон глубоких отделов челюстно-лицевой области и шеи: дна полости рта, окологлоточного и крыловидно-нижнечелюстного пространств, крылонебной ямки, области орбиты, клетчаточных пространств шеи и средостения. При этом должны быть обеспечены следующие условия по М. В. Мухину (1974):

- безопасность для больного и удобство манипуляций для хирурга;
- сохранение проводимости дыхательных путей;
- быстрое пробуждение больного с восстановлением глоточного, гортанного и трахеального рефлексов сразу же после окончания операции.

Этим требованиям в наиболее полной мере отвечает наркоз закистью азота, смесью закисы азота с фторотаном, смесью Шейна–Ашмана (О. П. Чудаков, И. О. Походенько-Чудакова, Л. И. Тесевич, А. М. Дзядзько, 2008).

При угрозе асфиксии, связанной с воспалительным отеком верхних дыхательных путей или со сдавлением их воспалительным инфильтратом, для обеспечения адекватного анестезиологического пособия показано наложение превентивной трахеостомы и использование ее для проведения наркоза.

Удаление причинного зуба. При абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области и шеи одонтогенной этиологии **причинный зуб подлежит удалению** в экстренном порядке (оптимально — во время проведения хирургической обработки гнойного очага).

Необходимо создание оперативного доступа (проведение разрезов) с ревизией очага гнойного воспаления и обеспечение адекватного оттока экссудата.

ТРЕБОВАНИЯ К РАЗРЕЗАМ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Оперативный доступ для вскрытия абсцессов и флегмон в челюстно-лицевой области и на шее осуществляется посредством производства наружных или внутриротовых разрезов (основных и дополнительных, т. н. контрапертурных), выбор вида разреза прежде всего должен учитывать характер, локализацию, глубину расположения и распространенность гнойно-воспалительного процесса. При этом величина разрезов должна быть настолько большой, насколько это необходимо (для создания адекватного оттока гнойного экссудата и профилактики нарастания воспалительных явлений), и настолько малой, насколько это допустимо в данной ситуации с учетом эстетики образующегося в последующем послеоперационного рубца (поэтому целесообразно также приближать разрезы к естественным складкам лица и шеи).

Оперативный доступ должен обеспечивать оптимально короткий путь к гнойному очагу, учитывать ход крупных сосудов, нервов челюстно-лицевой области и шеи, выводных протоков больших слюнных желез, сводя риск их повреждения при проведении хирургической обработки к минимуму, и одновременно создавать хорошие условия для эвакуации гнойного экссудата из очага воспаления без образования затеков и карманов.

Основные оперативные доступы при хирургической обработке наиболее часто встречающихся в клинической практике абсцессов и флегмон клетчаточных пространств челюстно-лицевой области и шеи приведены в табл. 1.

Таблица 1

Основные оперативные доступы при хирургической обработке абсцессов и флегмон клетчаточных пространств челюстно-лицевой области и шеи

Клетчаточное пространство челюстно-лицевой области и шеи	Оперативный доступ при хирургической обработке абсцесса данной локализации	Оперативный доступ при хирургической обработке флегмоны данной локализации
Поднижнечелюстное	Разрез со стороны кожи в поднижнечелюстном треугольнике, ниже края нижней челюсти на 1,5–2 см и параллельно ему, длиной 1,5–2 см	Разрез со стороны кожи в поднижнечелюстном треугольнике, ниже края нижней челюсти на 1,5–2 см и параллельно ему, длиной 5–7 см
Подподбородочное	Разрез кожи от края фронтального отдела тела нижней челюсти к подъязычной кости или дугообразным разрезом параллельно подбородочной части основания нижней челюсти	
Околоушно-жевательное	При поверхностной локализации — линейный разрез кожи в месте наибольшей флюктуации параллельно ходу ветвей лицевого нерва. При глубокой	Разрез кожи в поднижнечелюстной или позадичелюстной области (окаймляющий разрез кожи размером 5–6 см несколько ниже угла нижней челюсти)

Клетчаточное пространство челюстно-лицевой области и шеи	Оперативный доступ при хирургической обработке абсцесса данной локализации	Оперативный доступ при хирургической обработке флегмоны данной локализации
	локализации — разрез кожи в поднижнечелюстной или позади-челюстной области (окаймляющий разрез кожи размером 5–6 см несколько ниже угла нижней челюсти)	
Подмассетерин-альное	Разрез слизистой оболочки полости рта по нижнему своду преддверия полости рта в области молярной группы зубов нижней челюсти	Разрез кожи в поднижнечелюстной или позади-челюстной области (окаймляющий разрез кожи размером 5–6 см несколько ниже угла нижней челюсти)
Крыловидно-нижнечелюст-ное	Разрез длиной около 2 см через слизистую оболочку параллельно крыловидно-нижнечелюстной складке, несколько кнаружи от нее, проникая скальпелем на глубину 0,5–0,75 см	Разрез со стороны кожных покровов, окаймляющий угол нижней челюсти
Окологлоточ-ное	Разрез слизистой оболочки медиальнее крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ее длине на 1,5–2 см и на глубину до 0,75 см	Разрез со стороны кожных покровов, окаймляющий угол нижней челюсти
Подъязычная область	Разрез длиной 1,5–2 см через слизистую оболочку подъязычной складки соответственно тем зубам, к которым прилегает гнойный инфильтрат	Разрез через слизистую оболочку альвеолярного отростка длиной 4–5 см и прохождение тупым путем в ткани, где возможно скопление гноя. Хороший эффект дает сочетание проведения внутриротового и внеротового (поднижнечелюстного) доступов
Челюстно-язычный желобок	Продольный разрез производят на участке наибольшего выбухания инфильтрированных тканей ближе к поверхности альвеолярного отростка нижней челюсти	
Позадичелюстная область	Разрез кожи длиной 3–4 см параллельно переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы и отступив от заднего края ветви нижней челюсти	Разрез кожи длиной 5–7 см параллельно переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы и отступив от заднего края ветви нижней челюсти
Подглазничная область	Разрез слизистой оболочки по верхнему своду преддверия полости рта соответственно передней поверхности тела верхней челюсти	Разрез слизистой оболочки по верхнему своду преддверия полости рта от второго резца до второго малого коренного или первого большого коренного зуба соответственно передней

Клетчаточное пространство челюстно-лицевой области и шеи	Оперативный доступ при хирургической обработке абсцесса данной локализации	Оперативный доступ при хирургической обработке флегмоны данной локализации
		поверхности верхней челюсти. При недостаточном оттоке гноя из раны в полости рта или при расположении экссудата ближе к кожным покровам проводят разрез параллельно подглазничному краю тела верхней челюсти. Возможно также вскрытие флегмоны разрезом через кожу по носогубной борозде
Щечная область	При поверхностной локализации — разрез кожи в месте наибольшей флюктуации параллельно ходу ветвей лицевого нерва. При локализации ближе к слизистой оболочке или в толще щеки — разрез слизистой оболочки со стороны верхнего или нижнего свода преддверия полости рта параллельно ходу основного протока околоушной слюнной железы	Разрез слизистой оболочки со стороны верхнего или нижнего свода преддверия полости рта параллельно ходу основного протока околоушной слюнной железы. При недостаточности оттока из такой раны сочетают с разрезом со стороны кожи с учетом направления ветвей лицевого нерва и протока околоушной слюнной железы
Подвисочная и крылонебная ямки	Разрез слизистой оболочки со стороны верхнего свода преддверия полости рта длиной 2–3 см, отступив кнаружи на 0,5 см позади скулоальвеолярного гребня	Разрез слизистой оболочки со стороны верхнего свода преддверия полости рта длиной 2–3 см, отступив кнаружи на 0,5 см позади скулоальвеолярного гребня, сочетая с разрезом через кожу соответственно переднему краю височной мышцы
Височная область	При поверхностной локализации — разрез кожных покровов височной области параллельно ходу ветвей поверхностной височной артерии	Разрез кожных покровов височной области параллельно ходу ветвей поверхностной височной артерии, иногда делают несколько веерообразных разрезов. При глубокой локализации — широкий дугообразный разрез кожи по проекции височной линии прикрепления апоневроза височной мышцы, сочетая с разрезом кожи над скуловой дугой

Клетчаточное пространство челюстно-лицевой области и шеи	Оперативный доступ при хирургической обработке абсцесса данной локализации	Оперативный доступ при хирургической обработке флегмоны данной локализации
Скуловая область	Разрез кожи в месте наиболее выраженной флюктуации параллельно ходу ветвей лицевого нерва	Разрез кожи в месте наиболее выраженной флюктуации параллельно ходу ветвей лицевого нерва
Область языка	При локализации в области спинки или тела языка — продольный разрез по краю тела или спинки языка через участок размягчения или болезненности. При локализации в области корня языка — разрез кожи в подподбородочном треугольнике по средней линии	При локализации в области корня языка — разрез кожи длиной до 4 см в подподбородочном треугольнике по средней линии
Дно полости рта	—	Наружные разрезы кожи в поднижнечелюстных и подподбородочном треугольниках. По показаниям — воротникообразный разрез кожи несколько ниже и параллельно нижнему краю тела нижней челюсти
Область орбиты	При локализации в предбугорной клетчатке — разрез кожи в области нижнего или верхнего века на уровне края глазницы	Оперативный доступ через полость верхнечелюстной пазухи (через переднюю ее стенку) разрезом по переходной складке верхнего свода преддверия полости рта с последующей трепанацией нижней стенки глазницы латеральнее подглазничного канала
Переднебоковые области шеи	Разрезы кожи вдоль переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы	Разрезы кожи вдоль переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы
Область шейного отдела средостения	—	При локализации в передних отделах проводят шейную медиастинотомию по Разумовскому разрезом кожи по проекции переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы и контрапертурным разрезом над грудиной. При локализации в заднем отделе проводят шейную медиастинотомию по Насилову протяженным разрезом кожи по проекции переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы

Схемы оперативных доступов и основные этапы хирургической обработки гнойных очагов при различных локализациях абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи представлены в приложении.

После проведения соответствующих разрезов осуществляют формирование широкого раневого канала к соответствующему клетчаточному пространству путем препаровки и разведения глубже лежащих тканей с помощью кровоостанавливающего зажима Москито с непосредственным вскрытием гнойного очага воспаления. Осуществляется также пальцевая или инструментальная ревизия гнойного очага с опорожнением затеков и карманов.

Проводится **антисептическая обработка** полости абсцесса или флегмоны путем ирригации ее водными растворами антисептиков (0,05–0,1%-ный р-р хлоргексидина или септомира; 0,25–0,5%-ный р-р перманганата калия).

ДРЕНИРОВАНИЕ

В клинической практике у пациентов с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи могут применяться следующие методы дренирования гнойной раны:

- с помощью ленточных дренажей из перчаточной резины (в основном применяются при внутриротовых разрезах);
- с помощью перфорированных трубчатых дренажей из полихлорвинила или тефлона;
- с помощью марлевых турунд, пропитанных гипертоническими растворами (10%-ным р-ром хлорида натрия; 25%-ным р-ром сернокислой магнезии или 32%-ным р-ром мочевины), обеспечивающими осмотическое дренирование раны;
- с помощью углеродных адсорбентов, вводимых в рану в виде гранул, ваты, плетеных изделий из углеродного волокна; редкосшитых полимеров (гелевин, регенкур); волокнистого алюмооксидного пористого материала с плотностью 0,05–0,08 г/см³ и пористостью 85–90 % («Алюмаг-2»);
- путем инстилляционного дренирования операционной раны (диализ раны) через систему трубчатых дренажей из эластичной пластмассы с оттоком инстиллируемой жидкости в емкость-приемник самотеком или путем вакуумной аспирации;
- путем прерывистой или постоянной аспирации экссудата из раны с помощью электроотсоса или других устройств, обеспечивающих создание постоянного вакуума в системе «рана–дренаж».

Хирургическая обработка гнойного очага при абсцессах и флегмонах в челюстно-лицевой области и на шее при наличии наружных разрезов завершается **наложением асептической повязки** с бинтовой или лейко-

пластырной фиксацией и соблюдением соответствующих требований и правил десмургии в области головы и шеи.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Принципы антибактериальной терапии (в т. ч. и при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи) (А. А. Зайцев, О. И. Карпов, Ю. Д. Игнатов, 1998):

1. Выбор антибиотика должен определяться совпадением спектра его активности с чувствительностью возбудителя у конкретного пациента. Однако, во-первых, активность антибиотика *in vitro* не гарантирует его эффективность у конкретного пациента; во-вторых, микробиологическая оценка чувствительности микроорганизмов требует определенного времени и иногда может дать неточный результат (например, при полиинфекции).

2. При внутрибольничных инфекциях, когда очевидно наличие множественных возбудителей, следует как можно раньше начинать лечение антибиотиками широкого спектра действия.

3. Препараты следует вводить в оптимальных разовых дозах, и у большинства больных недопустимо уменьшение числа введений за счет увеличения разовой дозы (дисбаланс концентрации в тканях).

4. При тяжелых инфекциях предпочтительнее парентеральное введение антибиотиков. Исключение составляют цефалоспорины и макролиды, которые высокоэффективны и при энтеральном приеме, а также у больных с кишечной инфекцией.

5. При выборе препарата следует всегда учитывать особенности его фармакокинетики (проникновение в различные органы, ткани, среды, через плаценту, в грудное молоко, скорость элиминации, тропизм, способность к кумуляции и др.), побочные эффекты и противопоказания.

6. Обязательно следует оценить функцию почек и печени, внести соответствующие корректировки в дозировки препаратов.

7. При назначении антибиотика необходимо знать взаимодействие этого препарата с другими лекарственными средствами (синергизм, антагонизм, усиление токсичности, влияние на метаболизм и т. д.).

8. Важна разумная последовательность в назначении антибиотиков конкретному больному. Так, нецелесообразно начинать терапию с препаратов «стратегического резерва» (кроме запущенных и особо тяжелых больных), но недопустимо и промедление в коррекции терапии при ее неэффективности.

9. Необходимо знать разовые и суточные дозы препаратов, кратность и пути введения, а также сроки лечения антибактериальными средствами при различных локализациях инфекционного воспалительного процесса.

Антибактериальные средства (АС) относятся к этиотропным средствам, действие которых, в отличие от лекарственных средств других классов, направлено не на организм больного (макроорганизм), а на болезнетворный агент (микроорганизм).

АС должны обладать селективной токсичностью, т. е. они должны избирательно угнетать жизнедеятельность микроорганизмов и быть безвредными для клеток больного.

КЛАССИФИКАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ

А. По групповой принадлежности выделяют:

1. Антибиотики
 - 1.1. Пенициллины
 - 1.2. Цефалоспорины
 - 1.3. Комбинированные препараты
 - 1.4. Карбопенемы
 - 1.5. Монобактамы
 - 1.6. Аминогликозиды
 - 1.7. Тетрациклины
 - 1.8. Макролиды
 - 1.9. Линкозамины
 - 1.10. Гликопептиды
 - 1.11. Рифампицины
 - 1.12. Полимиксины
2. Сульфаниламиды + триметоприм
3. Хинолоны
4. Фторхинолоны
5. Нирофураны
6. 8-Оксихинолины
7. Нироимидазолы
8. Производные хиноксалина
9. Противотуберкулезные средства
10. Противогрибковые препараты
11. Другие антимикробные препараты.

Б. По механизму действия:

1. Бактерицидные препараты
 - 1.1. Ингибиторы синтеза клеточной стенки (бета-лактамы антибиотиками: пенициллины, цефалоспорины и др.)
 - 1.2. Препараты, нарушающие проницаемость цитоплазматической мембраны, и ингибиторы синтеза нуклеиновых кислот и белка (аминогликозиды и др.)
2. Бактериостатические препараты — ингибиторы синтеза нуклеиновых кислот и белка (макролиды, тетрациклины, линкомицин и др.)

В. По происхождению:

I. Пенициллины

1. Природные (бензилпенициллин, феноксиметилпенициллин, бициллин)
2. Полусинтетические
 - 2.1. Пенициллиностабильные (метициллин, диклоксациллин, оксациллин, клоксациллин)
 - 2.2. Аминопенициллины (ампициллин, амоксициллин)
 - 2.3. Карбоксипенициллины (карбенициллин, тикакарциллин)
 - 2.4. Уреидопенициллины (азлоциллин, мезлоциллин, пиперациллин)

II. Цефалоспорины

1-е поколение

- Парентеральные (цефалотин, цефалоридин, цефазолин)
- Пероральные (цефалексин, цефадроксил, цефаридин)

2-е поколение

- Парентеральные (цефуроксим, цефамандол, цефокситин, цефотетан, цефметазол)
- Пероральные (цефаклор, цефутоксим-аксетил)

3-е поколение

- Парентеральные (цефотаксим, цефтриаксон, цефодизим, цефтизоксим, цефоперазон, цефпирамид, цефтизидим, моксалактам)
- Пероральные (цефиксим, цефподоксим, цефтибутен)

4-е поколение

- Парентеральные (цефпиром, цефепим)

III. Комбинированные препараты

1. Ингибиторозащищенные пенициллины
 - 1.1. Ампициллин/Сульбактам
 - 1.2. Амоксициллин/Клавулант
 - 1.3. Тикарциллин/Клавулант
 - 1.4. Пиперациллин/Тазобактам
2. Цефоперазон/Сульбактам

IV. Карбапенемы

1. Имипенем
2. Меропенем

V. Монобактамы

Препараты, действующие наиболее эффективно на штаммы микроорганизмов, являющихся возбудителями абсцессов, флегмон головы и шеи, по данным М. М. Соловьева, О. П. Большакова (2001) представлены в табл. 2 и 3.

Препараты наиболее эффективного действия

Микроорганизмы	Препараты выбора (первого ряда)	Препараты резерва (второго ряда)
<i>Actinomyces spp.</i> (+)An	Пенициллин	Клиндамицин
		Тетрациклин
		Эритромицин
<i>Bacteroides fragilis</i> (-)An	Метронидазол	Пилерапиллин
	Клиндамицин	Цефотетан
	Имипенем	Тикарциллин
	Левомецетин	Цефметазол
<i>Bacteroides spp.</i> (-)An (кроме <i>Bacteroides fragilis</i>)	Метронидазол	Цефотетан
	Клиндамицин	Левомецетин
	Цефокситин	Имипенем
		Тикарциллин
		Карбенициллин
		Мезлоциллин
		Азлоциллин
Пилерапиллин		
<i>Clostridium spp.</i> (+)An (кроме <i>C. difficile</i>)	Бензилпенициллин	Карбенициллин
	Метронидазол	Левомецетин
	Ванкомицин	Тикарциллин
	Ампициллин	Мезлоциллин
		Азлоциллин
		Пилерапиллин
<i>Eikenella corrodens</i> (-)An	Ампициллин	Тетрациклин
	Амоксициллин	Эритромицин
	Пенициллин	Цефолоспорины
		Левомецетин
<i>Enterobacter spp.</i> (-)An	Тетрациклин	Цефоперазон
	Имипенем	Бисептол
	Аминогликозиды	Имипенем
	Ципрофлоксацин	
	Норфлоксацин	
Офлоксацин		
<i>Escherichia coli</i> (-)An	Ампициллин	Азтреонам
	Цефотетан	Ципрофлоксацин
	Цефоперазон	Бисептол
	Имипенем	
	Аминогликозиды	
<i>Fusobacterium spp.</i> (-)An	Пенициллин	Цефокситин
		Цефотетан
		Левомецетин
		Имипенем
<i>Fusobacterium spp.</i> (-)An	Пенициллин	Клиндамицин
		Метронидазол

Микроорганизмы	Препараты выбора (первого ряда)	Препараты резерва (второго ряда)
<i>Haemophilus influenzae</i> (-)A	Цефалоспорины 3-го поколения	Левомицетин вместе с ампициллином
	Бисептол	Ампициллин
	Ампициллин	
	Амоксициллин	
<i>Leptotrichia buccalis</i> (-)A	Пенициллин	Тетрациклин
		Клиндамицин
		Эритромицин
		Метронидазол
<i>Peptostreptococcus spp.</i> (+)An	Пенициллин	Клиндамицин
	Ампициллин	Метронидазол
	Амоксициллин	Цефалоспорины
		Левомицетин
		Эритромицин
		Ванкомицин
<i>Proteus spp.</i> (-)A (кроме <i>Proteus mirabilis</i>)	Пилерапидин	Бисептол
	Цефотетан	Имипенем
	Цефоперазон	Азтреонам
		Аминогликозиды
		Ципрофлоксацин
	Оксациллин	Эритромицин
		Клиндамицин
	Нафциллин	Ванкомицин
Метициллин	Амоксициллин вместе с клавулановой кислотой	
<i>Staphylococcus aureus</i> (+)A Метициллинчувствительный	Клоксациллин	Тикарциллин вместе с клавулановой кислотой
	Диклоксациллин вместе с рифампицином или гентамицином	Имипенем
		Ципрофлоксацин
		Норфлоксацин
		Офлоксацин
		Ампициллин
<i>Метициллин устойчивый</i>	Ванкомицин с рифампицином или гентамицином	Бисептол
		Ципрофлоксацин
		Имипенем
<i>Staphylococcus epidermidis</i> (+)A	Ванкомицин	Бисептол
		Оксациллин
		Метициллин
		Нафциллин
		Клоксациллин
		Диклоксациллин
		Ципрофлоксацин
		Норфлоксацин
		Офлоксацин

Микроорганизмы	Препараты выбора (первого ряда)	Препараты резерва (второго ряда)
		Имипенем
		Цефалоспорины
<i>Streptococcus (gp. A, B, C, G)(+)A</i>	Пенициллин	Цефалоспорины
		Клиндамицин
<i>Streptococcus viridans</i>	–	Ванкомицин
		Эритромицин

Чувствительность основных возбудителей анаэробной инфекции к некоторым антибактериальным препаратам представлена в табл. 3.

Таблица 3

Препараты, эффективно действующие на анаэробные микроорганизмы

Возбудитель	Пенициллин	Ампициллин	Тетрациклин	Клиндамицин	Метронидазол	Левомецетин	Цефокситин
<i>Bacteroides fragilis</i> (-)	–	–	+	+	+++	+++	+
<i>Bacteroides spp.</i> (-) (кроме <i>Bacteroides fragilis</i>)	++	++	++	+++	+++	+++	+++
<i>Fusobacterium spp.</i> (-)	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
<i>Clostridium spp.</i> (+)	+++	+++	+	+	+++	+++	+

СУЛЬФАНИЛАМИДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Классификация СА:

– короткого действия (стрептоцид, норсульфазол, сульфадимезин, этазол, альбуцид, уросульфамин);

– средней длительности действия (сульфазин, метилсульфазин, бисептол);

– продленного действия (сульфапиридазин, сульфамонетоксин, сульфадиметоксин, сульфален);

– местного действия, слабо всасывающиеся в ЖКТ (сульгин, салазопиридазин, салазодиметоксин, салазосульфапиридин, фталазол, фтазин).

СА обладают широким спектром действия, т. к. большинство микроорганизмов не способны утилизировать фолиевую кислоту из окружающей среды.

Высококочувствительны к СА бактерии (стрептококки, стафилококки, пневмококки, менингококки, гонококки, кишечная палочка, сальмонеллы, холерный вибрион, сибиреязвенная палочка, гемофильная палочка), хламидии, простейшие, патогенные грибы.

Умеренно чувствительны к СА следующие бактерии: энтерококки, зеленящий стрептококк, клебсиеллы, протей, клостридии, пастереллы, бруцеллы, микобактерии лепры и простейшие (лейшмании).

Природно устойчивы к СА коклюшная, туберкулезная, синегнойная, дифтерийная палочка, лептоспиры, спирохеты, анаэробы.

В связи с многолетним использованием СА к ним стали вторично устойчивы многие микроорганизмы, поэтому в последние годы СА применяются по ограниченному показанию, в том числе и при флегмонах лица и шеи.

СА короткого действия принимают внутрь натошак по 1 г каждые 4–6 ч, запивая полным стаканом воды. На первый прием часто рекомендуется принять 2 г. Внутрь или внутривенно вводится этазол (10 мл 10%-ного р-ра) или норсульфазол (5–10 мл 10%-ного р-ра).

Сульфадиметоксин (Sulfadimethoxinum) — в первый день в один прием назначается 1–2 г, в последующие — по 0,5–1,0 г.

Сульфален (Sulfalen) — в первый день принимается однократно 1,0 г, в последующие — по 0,2 г либо по 2,0 г 1 раз в неделю.

Препараты, содержащие СА с триметопримом:

1. Ко-тримаксозол (бисептол бактрим, септрин и др.) — препарат эффективен для лечения большой группы бактериальных инфекций различных локализаций при легкой и среднетяжелых формах заболевания.

2. Бисептол-120 (Biseptol) — содержит 100 мг сульфаметоксазола и 20 мг триметоприма.

3. Бисептол-480 — содержит соответственно 400 и 80 мг. Принимается по 2 таблетки 2 раза в сутки после еды.

4. Бисептол для внутривенных вливаний по 10 мл. Разводится в соотношении 1 : 25 в 0,9%-ном р-ре натрия хлорида или 5%-ном р-ре глюкозы. Вводится в течение 1,5–2 ч.

5. Просептил (Proseptil) — содержит сульфадимезин и триметоприм в тех же дозах, что и бисептол.

6. Сульфатон (Sulfaton) — комбинация 0,25 г сульфамонетоксина и 0,10 г триметоприма.

Препараты, содержащие СА с пириметамином:

– Сульфаметопиразин (Sulfametopirasinum) и сульфадоксин (Sulfadoxinum) — содержат по 0,5 г СА и 0,025 пириметамина.

Эти препараты эффективны в отношении всех возбудителей малярии человека и токсоплазмоза. Сульфадоксин, предназначенный для внутримышечного введения, наиболее эффективен при тяжелых формах лекарственноустойчивой тропической малярии.

Противопоказания: аллергические реакции на СА, прием фуросемида, тиазидовых диуретиков, ингибиторов карбоангидразы, препаратов

сульфонилмочевины, беременность, тяжелая патология печени и почек, мегалобластная анемия, связанная с дефицитом фолиевой кислоты.

НИТРОФУРАНОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Синтетические антибактериальные препараты:

1. Фуразолидон (Furazolidone) — назначается внутрь по 0,15–0,30 г (1–2 таблетки) 4 раза в сутки.

2. Фуразидин (Furazidinum, фурагин) — назначается внутрь по 0,1–0,2 г 2–3 раза в сутки после еды в течение 7–10 дней. Местно в изотоническом р-ре в соотношении 1 : 13 000. Применяется при гнойных ранах и ожогах, свищах.

3. Водорастворимый фурагин (Солафур) — вводится внутривенно (1%-ный р-р медленно 3–4 ч в суточной дозе 300–500 мл), интратрахеально (1%-ный р-р 100–300 мл), внутрь полости, интрабронхиально или местно.

4. Нитрофурантоин (Nitrofurantoin, фурадонин) — внутрь по 0,10–0,15 г 3–4 раза в сутки. Курс лечения — 5–8 дней.

5. Нитрофуран (Nitrofuran, фурацилин) — обладает противомикробной активностью в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий. Применяется только местно для полоскания горла, инстилляций гнойных ран и раневых поверхностей. Водный раствор — 1 : 5000, спиртовой раствор — 1 : 500, мазь — 0,2 %.

В связи с вышеизложенным до получения результатов бактериологического посева патогенных микроорганизмов из гнойной раны и определения их чувствительности антибактериальные препараты, используемые при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи, на ранней стадии гнойно-воспалительного процесса целесообразно назначать эмпирически, с учетом имеющихся статистических данных по отделению гнойной челюстно-лицевой хирургии.

Результаты таких исследований, проведенных на базе гнойного отделения челюстно-лицевой хирургии клиники кафедры челюстно-лицевой хирургии БГМУ за период 2005–2007 гг., приведены в табл. 4–7 (А. А. Бондаровец, Л. И. Тесевич, 2008).

Таблица 4

Частота встречаемости грамположительных микроорганизмов, выделенных у больных с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи из очага воспаления

Возбудитель	Частота встречаемости микроорганизма, %
Staphylococcus aureus	5
Staphylococcus epidermidis	24
Streptococcus spp.	21
Staph. aur. + Staph. epid.	1
Staph. epid. + Str. spp.	4

Возбудитель	Частота встречаемости микроорганизма, %
Нормальная микрофлора полости рта	8
Гр(+) палочки	2
Staph. aur. + E. coli; Staph. aur. + бациллы; Staph. epid. + бациллы; Staph. epid. + Гр(+) палочки; Str.spp. + нейссерии; зеленающий стрептококк; Str. pneum.; Str. hemol.	7

Таблица 5

Частота встречаемости грамотрицательных микроорганизмов, выделенных у больных с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи из очага воспаления

Возбудитель	Частота встречаемости микроорганизма, %
Enterobacter aerogenes	25
Enterobacter cloacae	25
Klebsiella pneumoniae	50

Таблица 6

Чувствительность к антибиотикам грамположительных микроорганизмов, выделенных у больных с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи из очага воспаления

Антибиотик	Чувствительность, %
Гентамицин	63,6
Цефазолин	91,8
Амикацин	88,2
Цефотаксим	25,0
Имипенем	97,8
Доксициклин	51,7
Оксациллин	77,3
Ципрофлоксацин	70,9
Амоксиклав	76,9
Рифампицин	89,9

Таблица 7

Чувствительность к антибиотикам грамотрицательных микроорганизмов, выделенных у больных с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи из очага воспаления

Антибиотик	Чувствительность, %
Гентамицин	75,0
Цефазолин	75,0
Амикацин	100
Цефотаксим	0
Имипенем	100
Доксициклин	33,3
Ципрофлоксацин	50,0

АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Вещества, ослабляющие или нейтрализующие эффекты свободного гистамина.

1. Препараты 1-го поколения:

- Димедрол — внутрь по 0,025–0,050 г 1–3 раза в день, внутримышечно или внутривенно по 1–5 мг 1%-ного р-ра.
- Прометазин (пипольфен) — внутрь 0,025 г 2–3 раза в день, внутримышечно 1–2 мл 2,5%-ного р-ра, внутривенно до 2 мл.
- Клемастин (тавегил) — внутрь по 0,001 г 2 раза в день.
- Хлоропирамин (супрастин) — по 25 мг 3–4 раза в день во время еды.

2. Препараты 2-го поколения:

- Терфенандин (трилудан, терфен) — внутрь по 60 мг 2 раза в день, реже по 120 мг 1 раз в сутки.
- Лоратадин — применяется в виде таблеток, сиропа или суспензии по 10 мг 1 раз в день.
- Акривастин (семпрекс) — по 1 капсуле периодически по необходимости.

3. Препараты 3-го поколения:

- Цетиризин (зиртек, цетрин) — по 5 мг 2 раза или по 10 мг 1 раз в сутки.
- Фексофенандин (телфаст) — по 60 мг 2 раза в сутки.
- Кестин (эбастин) — по 10 мг 1 раз в сутки.

ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ

Продукты распада тканей и накапливающиеся продукты нарушенного обмена веществ в зоне гнойного воспаления при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области и шеи, бактериальные ферменты, экзо- и эндотоксины бактериальных клеток вызывают явления интоксикации, действуют на центральную нервную систему и снижают эффективность проводимой терапии из-за ослабления защитных сил организма.

Медицинские средства, обеспечивающие дезинтоксикационную терапию:

1. Обильное питье (желательно щелочное) в объеме 1,0–1,5 л в сутки при адекватном состоянии пациента либо клизмы.

2. Внутривенно капельно 200 мл 4%-ного р-ра натрия бикарбоната, 400 мл 5%-ного р-ра глюкозы с 4 ЕД инсулина, 100 мг кокарбоксылазы, 5%-ный р-р аскорбиновой кислоты 5 мл, 200 мл изотонического р-ра натрия хлорида, 10 мл кальция глюконата и 20 мг лазикса. Препараты в этих дозах вводят ежедневно в течение 4 суток.

3. Индуктор цитохрома Р-450 бензонад по 0,1 г 3 раза в день в течение 7–8 суток — дает возможность эффективно устранять нарушения

внутренней среды организма и создает оптимальные условия для ускорения биосинтетических и окислительных процессов на уровне клеток.

4. Из кровезаменителей — гемокорректоров — для дезинтоксикации используют:

а) препараты на основе низкомолекулярного поливинилпирролидона: гемодез, перистон, неокомпенсан;

б) препараты на основе низкомолекулярного поливинилового спирта — полидез;

в) препараты на основе декстрана: средномолекулярные (полиглюкин, плазмодекс, декстран, макродекс) и низкомолекулярные (реополиглюкин, реомакродекс).

Все эти препараты назначаются 1–2 раза в сутки в объеме 1,0–1,5 л со скоростью не более 60 капель в мин внутривенно в течение 3–4 суток до исчезновения явлений интоксикации.

5. Гемосорбция с использованием угля СКН-М.

6. Плазмаферез, сочетающийся с форсированным диурезом лазиксом; гемодилюция, под контролем уровня сиаловой кислоты в крови.

7. Квантовая гемотерапия (при развитии септического шока): взятую из локтевой вены кровь (из расчета 1,5 мл/кг) помещают в стерильный флакон с 38%-ным р-ром натрия цитрата и проводят облучение ее в специальной камере из кварцевого стекла ксеноновой лампой XL-1500 с расстояния 50 см в течение 10 мин; при облучении через кровь пропускают кислород, затем вводят кровь больному. Инфузии облученной крови проводят 2–5 раз с интервалом в 1 сутки.

Иммунотропная терапия в комплексном лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи. Современный арсенал иммуностимуляторов достаточно велик, вместе с тем, составление плана и выбор препарата должен проходить с учетом конкретного иммунологического статуса пациента и особенностей иммунотропной активности назначаемого стимулятора (узкого или широкого спектра действия). Эффективность иммуностимулирующей терапии должна оцениваться на основании динамического наблюдения за состоянием пациента, течением раневого процесса и показателями клеточного, гуморального и неспецифического иммунитета (для определения показаний к назначению иммунотропной терапии у пациентов с гнойно-воспалительными процессами обязательно проводятся иммунологические тесты I уровня, а для углубленного изучения состояния иммунной системы — тесты II уровня).

С учетом вышесказанного при комплексном лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи при сниженных показателях титра антител к стафилококкам в сыворотке крови больных могут применяться:

1. **Антистафилококковая плазма:** назначается внутривенно 1 раз в день из расчета 4–8 мл (30–60 АЕ) ежедневно или через день до 10 раз.

2. **Противостафилококковый гамма-глобулин:** внутримышечно по 3–5 мл (100 МЕ) ежедневно или через день не менее 3–5 раз.

Иммунопрофилактика анаэробной инфекции применяется при лечении флегмон челюстно-лицевой области и шеи, вызванных возбудителями газовой анаэробной инфекции. С этой целью используется **сыворотка противогангренозная поливалентная лошадиная очищенная концентрированная жидкая**, которая представляет собой содержащую специфические Ig белковую фракцию сыворотки крови лошадей, гипериммунизированных анатоксинами трех основных возбудителей газовой анаэробной инфекции (*Cl. perfringens*, *Cl. oedematis*, *V. septicum*), содержит 0,1%-ный р-р хлороформа в качестве консерванта. Перед ее введением на предплечье ставится внутрикожная проба с разведенной сывороткой (1 : 100) в количестве 0,1 мл. Профилактическая доза — 30 000 МЕ, вводится внутримышечно, в ранние сроки после травмы. Лечебная доза — 150 000 МЕ, вводится внутривенно очень медленно капельно в 0,9%-ном р-ре хлорида натрия (100–400 мл на 100 мл сыворотки), подогретом до температуры тела. Вводят по 1 мл вначале в течение 5 мин, затем — 1 мин.

АНАЛГЕТИКИ

Препараты этой группы способны предупреждать появление боли либо ослаблять и устранять ее. Они избирательно действуют на корковые и подкорковые центры, участвующие в формировании болевого чувства.

Основные наркотические и ненаркотические анальгетики, используемые в клинической практике, представлены в табл. 8.

Таблица 8

Основные наркотические и ненаркотические анальгетики

Препарат	Лекарственная форма	Высшая доза (для взрослых)
Наркотические анальгетики		
Морфин	Порошок, ампулы по 1 мл 1%-ного р-ра	Внутрь или под кожу: разовая — 0,02 г, суточная — 0,05 г
Оmnopон	Порошок, ампулы по 1 мл 1%-ного и 2%-ного р-ра	Внутрь или под кожу: разовая — 0,03 г, суточная — 0,1 г
Промедол	Порошок, таблетки по 0,025 г; ампулы по 1 мл 1%-ного и 2%-ного р-ра	Внутрь: разовая — 0,05 г, суточная — 0,2 г под кожу: разовая — 0,04 г, суточная — 0,16 г
Ненаркотические анальгетики		
Амидопирин	Порошок, таблетки по 0,25 г	Разовая — 0,5 г, суточная — 1,5 г
Анальгин	Порошок, таблетки по 0,5 г; ампулы по 1 и 2 мл 50%-ного р-ра	Разовая — 1 г, суточная — 3 г (внутрь); под кожу, внутримышечно, внутривенно разовая — 0,5 г, суточная — 1,5 г

Препарат	Лекарственная форма	Высшая доза (для взрослых)
Баралгин	Ампулы по 5 мл, таблетки, свечи	Внутрь по 1–2 таблетки 2–3 раза в день, внутримышечно или внутривенно по 5 мл через 6–8 ч
Бутадион	Таблетки по 0,05 и 0,15 г	Разовая — 0,2 г, суточная — 0,6 г
Парацетамол	Порошок, таблетки по 0,2 г	Разовая — 0,5 г, суточная — 1,5 г
Антипирин	Порошок, таблетки по 0,25 г	Разовая — 1 г, суточная — 5 г

Выбор и назначение болеутоляющих препаратов при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи осуществляется в соответствии с выраженностью болевого синдрома и наличием сопутствующей общесоматической патологии.

ВИТАМИНЫ

Витамины группы В₆, С, А, Е — физиологические активные вещества, способствующие повышению резистентности и нормализации реактивности организма, могут назначаться с целью общеукрепляющей терапии при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи. При этом следует всегда учитывать их совместимость с другими препаратами.

К вспомогательным методам коррекции гомеостаза на ранних стадиях флегманозного процесса относятся:

- гемокарбоперфузия и внутриартериальная инфузия лекарственных веществ;
- лечебный плазмоферез;
- ультрафиолетовое облучение крови;
- внутрисосудистое лазерное облучение крови;
- энтеросорбция;
- биолиз (биологическая локальная изоляция) или метод местной гнатобиологической изоляции;
- лечение в управляемой изолированной абактериальной среде.

Указанные методы проводятся только после консультации специалиста и в условиях специализированного стационара.

Местная медикаментозная терапия при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи. Местное лечение пациентов с абсцессами и флегмонами лица и шеи осуществляется во время перевязок. При разлитых гнойно-воспалительных процессах с обильной супурацией из раны перевязки пациентов целесообразно проводить несколько раз в течение суток по мере пропитывания наружных повязок раневым отделяемым. При выраженном болевом симптоме в ране перевязки необходимо осуществлять с предварительной премедикацией пациента анальгетиками и седативными препаратами (в отдельных случаях возникает необходимость прибегать к общему обезболиванию больного). Применен-

ние лекарственных препаратов при местном лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи проводится с учетом фаз раневого процесса (табл. 9).

Таблица 9

Лекарственные препараты для местного лечения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи с учетом фаз раневого процесса

Фазы воспалительного процесса	Цель местного лечения	Медикаментозная терапия
I фаза — воспаление	Ускорение отторжения некротизированных тканей	Протеолитические ферменты (1%-ные р-ры трипсина, химотрипсина, террилитина), РЕПАРЭФ-1
	Подавление патогенной микрофлоры и уменьшение воспаления в ране	Водные растворы антисептиков (0,25–0,5%-ного перманганата калия, 0,05–0,1%-ного хлоргексидина и др.), антибиотиков (по 50 000 ЕД действия на 1 мл раствора), многокомпонентные аэрозоли, содержащие антибактериальные, противовоспалительные и болеутоляющие препараты
	Эвакуация раневого экссудата	Гипертонические растворы (25%-ной сернокислой магнезии, 32%-ной мочевины), использование системы дренажей
II фаза — регенерация	Подавление патогенной микрофлоры и уменьшение воспаления в ране	Водные растворы антисептиков (0,25–0,5%-ного перманганата калия, 0,05–0,1%-ного хлоргексидина и др.), многокомпонентные аэрозоли и мази, содержащие антибактериальные, противовоспалительные препараты
	Стимуляция роста грануляций в ране	Комбутек, альгипор, индифферентные мази, содержащие биоактивные вещества и витаминные комплексы, РЕПАРЭФ-2
III фаза	Эпителизация и организация рубца	Солкосерил, диавитол, РЕПАРЭФ-2, индифферентные мази, содержащие витаминные комплексы, кератопластики, биоактивные вещества

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АБСЦЕССАМИ И ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

Лечебное питание при гнойно-воспалительных процессах лица и шеи определяется локализацией и характером воспалительного процесса, наличием сопутствующих патологических состояний. У всех больных лечебно-диетическое питание призвано содействовать более полному восстановлению нарушенных болезнью функций организма и выздоровлению пациента. Общими задачами диетотерапии являются:

– обеспечение организма всеми необходимыми пластическими и энергетическими ресурсами;

– ограничение и исключение веществ, обуславливающих перегрузку больного организма;

– увеличение количества веществ в рационе, разрушение которых усиливается в организме, вследствие болезнетворных факторов или под влиянием применяемого лечения;

– включение в рацион питания в повышенном количестве веществ, способствующих активации защитных сил организма.

Диетотерапия должна соблюдать принципы механического, химического и термического щажения, а также предусматривать исключение из пищевого рациона грубых, плохо перевариваемых продуктов, жестких компонентов мяса. Механическое щажение достигается также с помощью специальной кулинарной обработки.

При выраженных отеках языка, глотки, гортани и пищевода во избежание аспирации пищи и инфицирования ран больным с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи назначается диета челюстная первая (зондовое питание). Общая масса суточного рациона 2,5–3 кг, энергетическая ценность — 2800–3000 Ккал при 4–5-разовом питании.

Пища разнообразная, но все блюда в протертом виде, кашцеобразную пищу можно вводить через поильник Пирогова. Больной самостоятельно может ее применять через дренажную трубку, вставленную в месте отсутствующих зубов, либо всасывает через межзубные промежности. Хлеб выдается в виде хорошо размолотых сухарей, разбавленных молоком, чаем, отваром компота.

При невозможности глотания питание больного осуществляется парентерально, путем внутривенного введения питательных веществ: 5–10%-ного р-ра глюкозы, р-ра аминпептида, липофундина и др.

После окончания процедуры кормления больному необходимо провести гигиеническую ирригацию полости рта большим количеством кипяченой воды или раствором фурацилина (1 : 5000), перманганата калия (1 : 5000), 0,05%-ным водным раствором хлоргексидина или септомираина при температуре 37–38 °С.

Ирригация способствует удалению из полости рта остатков пищи, сгустков крови, фрагментов некротизированных тканей, а бактерицидные свойства антисептических растворов оказывают негативное воздействие на микрофлору. Орошение полости рта можно рассматривать как своеобразный вид гидротерапии.

ФИЗИОТЕРАПИЯ

Цель применения физических факторов при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи — воздействовать на патогенетические звенья гнойно-воспалительного процесса, способствовать нормализации физиологических реакций всего организма.

При этом основными **противопоказаниями для применения электрофизических факторов** являются:

а) местные:

– острые гнойно-воспалительные процессы, при которых не проведена адекватная хирургическая обработка гнойного очага для создания оттока экссудату;

– нарастание воспалительных явлений в зоне очага гнойного поражения;

– склонность к кровотечениям из раны;

– тромбозы лицевых вен или угроза их возникновения;

– наличие в зоне предполагаемого воздействия физических факторов опухолей или опухолеподобных заболеваний;

б) общие:

– злокачественные новообразования;

– заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации;

– эпилепсия и заболевания центральной нервной системы с нарушением мозгового кровообращения;

– туберкулез, сифилис;

– ВИЧ-инфекция;

– беременность;

– болезни крови;

– высокая температура;

– общее тяжелое состояние пациента.

При отсутствии противопоказаний назначение физиотерапии при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи необходимо проводить с учетом фаз раневого процесса, после адекватного хирургического вмешательства, и на фоне комплексного медикаментозного противовоспалительного лечения.

В **1-й фазе** воспалительного процесса после проведения хирургической обработки гнойного очага применяемые физиотерапевтические методы должны способствовать уменьшению отека и боли, улучшению микроциркуляции тканей, снижению бактериальной обсемененности раны, ускорению процесса очищения гнойной раны от продуктов некролиза тканей. С этой целью можно использовать следующие физиотерапевтические методы: ультрафиолетовое облучение, лазеротерапию, аэрозольотерапию, флюктуоризацию, электрическое поле ультразвуковой частоты, микроволновую терапию, ультразвуковую терапию, диадинамотерапию, гипербарическую оксигенацию и др.

Во **2-й фазе** воспалительного процесса применяемые физиотерапевтические методы должны способствовать уменьшению воспалительной инфильтрации и улучшению микроциркуляции и трофики тканей, ускорению процесса регенерации поврежденных тканей и гранулирования раны,

профилактике возможных осложнений. С этой целью можно использовать: электрическое поле ультразвуковой частоты, ультрафонофорез, лазеротерапию, лекарственный электрофорез, магнитотерапию, дарсонвализацию, инфракрасную терапию, флюктооризацию и др.

В 3-й фазе воспалительного процесса физиотерапевтические методы должны способствовать дальнейшей регенерации поврежденных тканей с восстановлением их функции, ускорению процесса эпителизации раны, реорганизации послеоперационного рубца высокого эстетического эффекта, наличие которого минимально сказывалось бы на функционировании органов и систем челюстно-лицевой области. С этой целью следует использовать: лекарственный электрофорез, ультрафонофорез, парафиновые и озокеритовые аппликации, лазеротерапию и др.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА

Лечебная физическая культура (ЛФК) — метод лечения, использующий физические упражнения и другие средства физической культуры с лечебно-профилактической целью для восстановления здоровья и трудоспособности больного, предупреждения развития осложнений патологического процесса. ЛФК использует естественную потребность организма в двигательной активности для восстановления утраченных функций органа или системы и общей трудоспособности.

Основные средства ЛФК — физические упражнения и естественные природные факторы (солнечное облучение, воздух, вода), характер применения которых определяется двигательным режимом больного и особенностями течения заболевания. Многократное воздействие физических упражнений на организм, возможность индивидуальной дозировки нагрузки, простота и доступность их использования позволяют широко применять ЛФК на различных этапах лечения пациентов, в том числе и с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи.

Главная особенность методов ЛФК — способность физических упражнений оказывать одновременное воздействие на соматическое и психическое состояние пациента, повышая общий тонус и неспецифическую резистентность организма, вселять уверенность у пациента в возможность восстановления трудоспособности.

Общеукрепляющие упражнения по анатомическому признаку делят на упражнения для определенных мышечных групп (в том числе для мышц головы, шеи, туловища, пояса верхних и нижних конечностей и др.), которые оказывают как общее, так и местное действие.

Специальные упражнения назначаются для непосредственного воздействия на нарушенную или ослабленную функциональную систему для пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой об-

ласти. Специальными будут также упражнения для мимической и жевательной мускулатуры.

Подбор физических упражнений и форма их реализации должны соответствовать проявлениям заболевания, функциональному состоянию и конкретным условиям их выполнения.

Занятия ЛФК с пациентами челюстно-лицевого хирургического профиля подчиняются общим дидактическим правилам и принципам, но имеют и ряд особенностей, в первую очередь связанных с комплексом специальных упражнений. Их обязательно выполняют перед зеркалом для визуального контроля и правильного освоения. Специальные упражнения при этом по анатомическому признаку подразделяются на упражнения для мимической (миогимнастика) и жевательной мускулатуры. При выполнении комплекса упражнений для жевательной мускулатуры (механотерапии) паузы между специальными упражнениями следует заполнять общеукрепляющими и дыхательными упражнениями.

Наиболее рациональный метод проведения ЛФК с пациентами челюстно-лицевого хирургического профиля — это индивидуальные занятия. К одной из особенностей занятий ЛФК у таких больных относится необходимость многократного повторения специальных упражнений в течение дня, поэтому помимо ежедневных занятий ЛФК под руководством инструктора, пациент должен не менее 10–12 раз в день выполнять специальные, индивидуально подобранные упражнения самостоятельно (активный вариант).

Для этого в кабинете ЛФК наряду с тренажерами общего назначения должны быть: настенное зеркало, аппараты для механотерапии (Лимберга, Балона, Ядровой и др.), аппараты и приспособления для дополнительного воздействия на органы и ткани челюстно-лицевой области. Продолжительность выполнения упражнений на механотерапевтических аппаратах — 5–10 мин, повторяемость 6–10 раз в день. При этом контролем за эффективностью механотерапии служит степень открывания рта, которую можно определить с помощью специального измерительного треугольника, окклюзионного измерителя или линейки (в норме максимальное открывание рта составляет 4–4,5 см). Силу сокращений жевательной мускулатуры можно определять с помощью гнатодинамометрии или электромиографии.

Сроки назначения ЛФК зависят, прежде всего, от характера воспалительного процесса челюстно-лицевой области, локализации, особенностей его течения, наличия осложнений, общего состояния организма пациента.

Противопоказаниями для назначения ЛФК при гнойно-воспалительных процессах челюстно-лицевой области и шеи (в т. ч. и при абсцессах и флегмонах) являются:

- общее тяжелое состояние пациента;

- высокая (более 37,5 °С) температура тела;
- наличие острого воспалительного процесса в зоне пораженных тканей лица или шеи без тенденции к уменьшению его клинических проявлений;
- септическое состояние;
- болевой синдром, усиливающийся при попытке выполнения физических упражнений;
- опасность вторичных кровотечений из раны;
- недостаточная иммобилизация костных фрагментов челюстей при переломах;
- заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации.

При выборе методов ЛФК, нормализующих функционирование органов и систем челюстно-лицевой области, вовлеченных в гнойно-воспалительный процесс, нужно помнить, что необходимое условие эффективности восстановительного лечения — адекватная, своевременно проведенная хирургическая обработка гнойного очага и комплексная сбалансированная медикаментозная противовоспалительная терапия.

Специальные упражнения ЛФК при лечении гнойно-воспалительных процессов лица и шеи можно назначать после хирургической обработки гнойного очага и купирования острых воспалительных явлений в нем, снижения температуры тела, уменьшения болевого синдрома и улучшения общего состояния пациента.

В первый период после хирургической обработки гнойного очага в челюстно-лицевой области (4–7 суток) средствами ЛФК обеспечивается: общее тонизирующее действие на организм, усиление местного кровообращения в тканях, предотвращение развития деструктивно-атрофических процессов в мышечных и околоуставных тканях. Для достижения этого используют:

- общеукрепляющие упражнения для крупных мышечных групп в медленном темпе с малой и средней амплитудами движений в исходных положениях сидя или лежа в кровати с приподнятым головным концом;
- дыхательные упражнения статического и динамического характера с удлиненной фазой выдоха;
- специальные упражнения для мимической и жевательной мускулатуры с минимальной амплитудой движения (безболезненно), сериями по 5–10 повторений каждого упражнения.

Упражнения для мимических и жевательных мышц следует сочетать с движениями головой (повороты, наклоны, круговые движения). Для улучшения естественного оттока экссудата из гнойного очага рекомендуется периодически лежать на стороне разрезов.

Второй период ЛФК начинается после прекращения супурации из ран, появления грануляций, завершения дренирования ран. Для обеспече-

ния оптимальных условий заживления раны во второй период усилия следует направить на улучшение общего состояния организма, повышение его защитных сил. С этой целью увеличивают физическую нагрузку, рекомендуют прогулки на свежем воздухе, индивидуальные самостоятельные занятия по ЛФК выполняют с максимальной амплитудой. Можно использовать активную механотерапию и пассивные движения (с помощью пальцев, клинков, резиновых прокладок, аппаратов, жвачек).

При наличии остаточных явлений нарушения функции органов и систем лица и шеи после перенесенного воспалительного процесса начинают **третий период** применения ЛФК. Основная задача занятий в этот период — полное восстановление нарушенных функций, адаптация пациента к бытовым и производственным нагрузкам. Обычно занятия ЛФК в это время проводятся в амбулаторных или домашних условиях. Используют специальные упражнения из первого и второго периодов применения ЛФК, которые выполняют без ограничений, повторяют многократно в течение дня. Широко используют дополнительную нагрузку и сопротивление, повышающие интенсивность воздействия на ткани челюстно-лицевой области, применяют механотерапию, массаж.

При наложении вторичных швов на рану после гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области, специальные упражнения назначают после снятия швов. Для предотвращения рубцовых контрактур жевательной мускулатуры проводят активно-пассивную механотерапию.

НАЛОЖЕНИЕ ШВОВ НА ГНОЙНУЮ РАНУ

Первично-отсроченный шов можно накладывать на 3–5-е сутки при абсцессах и на 5–6-е сутки при флегмонах после хирургической обработки до появления в ране грануляций.

Ранний вторичный шов накладывают на покрытую грануляциями рану с подвижными краями до развития в ней рубцовой ткани. Ранний вторичный шов накладывают в течение 2-й недели после хирургической обработки.

Поздний вторичный шов накладывают на эпителизирующую рану, в которой уже развивалась рубцовая ткань. Закрытие раны возможно в этих случаях только после предварительного иссечения рубцовой ткани, и производится на 3–4-й неделе течения раневого процесса или позже.

Основные условия для наложения швов на гнойную рану:

- полное очищение гнойной раны от некротических и нежизнеспособных тканей, достигаемое хирургической обработкой гнояного очага или химиотерапевтическим воздействием;
- отсутствие выраженных воспалительных изменений кожи и мягких тканей, окружающих рану;

– возможность адекватного сопоставления краев раны без чрезмерного их натяжения.

Непременным условием для наложения швов на гнойную рану является обеспечение достаточного оттока отделяемого, что достигается активным дренированием, рациональной антибактериальной терапией, направленной на уничтожение оставшейся в ране микрофлоры.

Раннее закрытие гнойной раны с помощью наложения швов является одним из оптимальных методов, позволяющих сократить общие сроки лечения пациентов с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи, добиться хороших функциональных и эстетических результатов.

Профилактика распространения внутрибольничной инфекции при лечении пациентов с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи. При лечении гнойно-воспалительных процессов, в том числе и пациентов с абсцессами и флегмонами лица и шеи, медперсонал гнойного отделения челюстно-лицевой хирургии должен соблюдать правила и осуществлять необходимые мероприятия по профилактике распространения внутрибольничной инфекции, которые регламентируются рядом нормативных документов: приказ МЗ Республики Беларусь № 351 от 27.03.2003 г. «Сборник нормативных документов по профилактике СПИД-ВИЧ»; постановление № 109 МЗ Республики Беларусь «Гигиенические требования к устройству, оборудованию и содержанию организации здравоохранения и проведению санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий и профилактики инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения»; приказ МЗ Республики Беларусь № 165 от 25.11.2002 г. «Дезинфекция и стерилизация медицинского инструментария»; приказ МЗ Республики Беларусь № 477 от 29.08.2004 г. «Усиление мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом»; приказ МЗ Республики Беларусь № 66 от 20.04.1993 г. «Профилактика посттрансфузионных гепатитов»; приказ МЗ Республики Беларусь № 429 от 26.07.2005 г. «Профилактика госпитальных инфекций в отделениях реанимации и хирургии». Нормативные документы изданы с учетом Европейского стандарта по обработке рук медицинского персонала EN-1500.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

ТЕСТЫ

1. Основные задачи комплексного лечения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи:

- 1) улучшение гигиены полости рта;
- 2) устранение возможной одонтогенной причины развития гнойно-воспалительного процесса;
- 3) профилактика септико-пиемических осложнений;
- 4) консервативное лечение причинных зубов;
- 5) предупреждение распространения гнойно-воспалительного процесса на соседние фасциально-клетчаточные пространства.

2. Основные компоненты комплекса мероприятий лечения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи:

- 1) хирургическая обработка гнойного очага с удалением причинного зуба с адекватным дренированием;
- 2) лучевая терапия;
- 3) антибактериальное лечение;
- 4) электроодонтодиагностика;
- 5) дезинтоксикационное лечение.

3. Основные компоненты комплекса мероприятий лечения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи:

- 1) десенсибилизация;
- 2) лучевая терапия;
- 3) мероприятия, направленные на восстановление гомеостаза основных функциональных систем организма;
- 4) электроодонтодиагностика;
- 5) ФТЛ и ЛФК.

4. Правильная последовательность этапов хирургической обработки гнойного очага при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи следующая:

- 1) обезболивание;
- 2) удаление причинного зуба;
- 3) подготовка операционного поля;
- 4) дренирование гнойной раны;
- 5) антисептическая обработка очага гнойного воспаления;
- 6) наложение асептической повязки;
- 7) создание оперативного доступа (проведение разрезов) с ревизией очага гнойного воспаления и обеспечение адекватного оттока экссудата.

5. Первое по счету у данного больного вмешательство, проведенное по показаниям по поводу наличия гнойного очага как такового, называется _____ хирургическая обработка гнойного очага.

6. Вмешательство, проводимое по поводу рецидива гнойного процесса, образования гнойных затеков, называется _____ хирургическая обработка гнойного очага.

7. Средства, которые применяются при проведении хирургической обработки гнойного очага для антисептической обработки слизистой оболочки полости рта при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи:

- 1) водный р-р 0,05–0,1%-ного хлоргексидина;
- 2) спиртовой р-р септоцида;
- 3) спиртовой р-р инола;
- 4) водный р-р 0,05–0,1%-ного септомирина;
- 5) 0,25–0,5%-ный р-р перманганата калия.

8. Средства, которые применяются при проведении хирургической обработки гнойного очага для антисептической обработки кожных покровов при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи:

- 1) водный р-р 0,05–0,1%-ного хлоргексидина;
- 2) спиртовой р-р септоцида;
- 3) спиртовой р-р инола;
- 4) водный р-р 0,05–0,1%-ного септомирина;
- 5) 0,25–0,5%-ный р-р перманганата калия.

9. Препараты какой группы анестетиков целесообразнее применять для инфильтрационной анестезии при хирургической обработке абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи?

- 1) сложные эфиры;
- 2) сложные амиды;
- 3) не имеет значения.

10. При угрозе асфиксии, связанной с воспалительным отеком верхних дыхательных путей или сдавлением их воспалительным инфильтратом, для обеспечения адекватного анестезиологического пособия при хирургической обработке разлитых флегмон челюстно-лицевой области и шеи показано:

- 1) проведение инфильтрационной анестезии;
- 2) наложение превентивной трахеостомы;
- 3) обычный эндотрахеальный наркоз;
- 4) масочный наркоз.

11. При абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области и шеи одонтогенной этиологии причинный зуб подлежит:

- 1) эндодонтическому лечению;
- 2) удалению в экстренном порядке;
- 3) удалению в плановом порядке;
- 4) сохранению в любом случае.

12. Установите соответствие между локализацией гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области и его основным оперативным доступом при проведении хирургической обработки гнойного очага.

- | | |
|---|---|
| 1) флегмона поднижнечелюстного пространства | а) разрез кожи от края фронтального отдела тела нижней челюсти к подъязычной кости |
| 2) абсцесс подподбородочной области | б) разрез со стороны кожи в поднижнечелюстном треугольнике ниже края нижней челюсти на 1,5–2 см и параллельно ему длиной 5–7 см |
| 3) абсцесс подмассетерального пространства | в) разрез кожи в позадичелюстной области (окаймляющий разрез кожи размером 5–6 см несколько ниже угла нижней челюсти) |
| 4) флегмона околоушно-жевательной области | г) разрез слизистой оболочки полости рта по нижнему своду преддверия полости рта в области молярной группы зубов нижней челюсти |

13. Установите соответствие между локализацией гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области и его основным оперативным доступом при проведении хирургической обработки гнойного очага.

- | | |
|---|---|
| 1) флегмона крыловидно-нижнечелюстного пространства | а) разрез кожи в подподбородочном треугольнике по средней линии |
| 2) абсцесс корня языка | б) разрез со стороны кожных покровов, окаймляющий угол нижней челюсти |
| 3) абсцесс крыловидно-нижне-челюстного пространства | в) продольный разрез на участке наибольшего выбухания инфильтрированных тканей ближе к поверхности альвеолярного отростка нижней челюсти; |
| 4) абсцесс в области челюстно-язычного желобка | г) разрез длиной около 2 см через слизистую оболочку параллельно крыловидно-нижнечелюстной складке, несколько кнаружи от нее |

14. Установите соответствие между локализацией гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области и его основным оперативным доступом при проведении хирургической обработки гнойного очага.

- | | |
|--|--|
| 1) флегмона окологлоточного пространства | а) разрез слизистой оболочки медиальнее крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ее длине на 1,5–2 см |
| 2) абсцесс крыловидно-нижнечелюстного пространства | б) разрез со стороны кожных покровов, окаймляющий угол нижней челюсти |
| 3) флегмона позадичелюстной области | в) разрез длиной около 2 см через слизистую оболочку параллельно крыловидно-нижнечелюстной складке, несколько кнаружи от нее |
| 4) абсцесс окологлоточного пространства | г) разрез кожи длиной 5–7 см параллельно переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы и отступив от заднего края ветви нижней челюсти |

15. Установите соответствие между локализацией гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области и его основным оперативным доступом при проведении хирургической обработки гнойного очага.

- | | |
|---|--|
| 1) абсцесс подглазничной области | а) разрез кожи в месте наибольшей флюктуации параллельно ходу ветвей лицевого нерва |
| 2) поверхностный абсцесс щечной области | б) разрез слизистой оболочки со стороны верхнего или нижнего свода преддверия полости рта параллельно ходу основного протока околоушной слюнной железы |
| 3) глубокий абсцесс щечной области | в) разрез слизистой оболочки со стороны верхнего свода преддверия полости рта длиной 2–3 см, отступив кнаружи на 0,5 см позади скулоальвеолярного гребня |
| 4) абсцесс подвисочной ямки | г) разрез слизистой оболочки по верхнему своду преддверия полости рта соответственно передней поверхности тела верхней челюсти |

16. Установите соответствие между локализацией гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области и его основным оперативным доступом при проведении хирургической обработки гнойного очага.

- | | |
|---|---|
| 1) поверхностный абсцесс височной области | а) разрез кожи в месте наибольшей флюктуации параллельно ходу ветвей лицевого нерва |
| 2) абсцесс скуловой области | б) разрез кожных покровов височной области параллельно ходу ветвей поверхностной височной артерии |

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 3) глубокая флегмона височной области | в) разрез слизистой оболочки со стороны верхнего свода преддверия полости рта длиной 2–3 см, отступив наружу на 0,5 см позади скулоальвеолярного гребня |
| 4) абсцесс подвисочной ямки | г) широкий дугообразный разрез кожи по проекции височной линии прикрепления апоневроза височной мышцы, сочетая с разрезом кожи над скуловой дугой |

17. Установите соответствие между локализацией гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области и его основным оперативным доступом при проведении хирургической обработки гнойного очага.

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1) флегмона дна полости рта | а) разрез кожи длиной до 4 см в подподбородочном треугольнике по средней линии |
| 2) абсцесс предбугорной клетчатки | б) через полость верхнечелюстной пазухи (через переднюю ее стенку) разрезом по переходной складке верхнего свода преддверия полости рта, с последующей трепанацией нижней стенки глазницы латеральнее подглазничного канала |
| 3) флегмона ретробугорной клетчатки | в) наружные разрезы кожи в поднижнечелюстных и подподбородочном треугольниках |
| 4) флегмона корня языка | г) разрез кожи в области нижнего или верхнего века на уровне края глазницы |

18. Установите соответствие между локализацией гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области и его основным оперативным доступом при проведении хирургической обработки гнойного очага.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1) передне-верхний шейный медиастинит | а) шейная медиастинотомия по Насилову |
| 2) задне-нижний шейный медиастинит | б) разрез кожи в подподбородочном треугольнике по средней линии |
| 3) абсцесс корня языка | в) наружные разрезы кожи в поднижнечелюстных и подподбородочном треугольниках |
| 4) флегмона дна полости рта | г) шейная медиастинотомия по Разумовскому |

19. Установите соответствие между локализацией гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области и его основным оперативным доступом при проведении хирургической обработки гнойного очага.

- | | |
|---|--|
| 1) абсцесс окологлоточного пространства | а) разрез слизистой оболочки медиальнее крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ее длине на 1,5–2 см |
|---|--|

- | | |
|--|--|
| 2) флегмона дна полости рта | б) разрез кожи длиной до 4 см в подподбородочном треугольнике по средней линии |
| 3) флегмона корня языка | в) разрез длиной около 2 см через слизистую оболочку параллельно крыловидно-нижнечелюстной складке, несколько кнаружи от нее |
| 4) абсцесс крыловидно-нижнечелюстного пространства | г) наружные разрезы кожи в поднижнечелюстных и подподбородочном треугольниках |

20. Установите соответствие между локализацией гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области и его основным оперативным доступом при проведении хирургической обработки гнойного очага.

- | | |
|---|--|
| 1) флегмона крыловидно-нижнечелюстного пространства | а) разрез слизистой оболочки медиальнее крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ее длине на 1,5–2 см |
| 2) флегмона корня языка | б) разрез со стороны кожных покровов, окаймляющий угол нижней челюсти |
| 3) флегмона подвисочной ямки | в) разрез кожи длиной до 4 см в подподбородочном треугольнике по средней линии |
| 4) абсцесс окологлоточного пространства | г) разрез слизистой оболочки со стороны верхнего свода преддверия полости рта длиной 2–3 см, отступив кнаружи на 0,5 см позади скулоальвеолярного гребня, сочетая с разрезом через кожу соответственно переднему краю височной мышцы |

21. Какими средствами может осуществляться антисептическая обработка полости абсцесса или флегмоны?

- 1) спиртовым р-ром инола;
- 2) водным 0,1%-ным р-ром хлоргексидина;
- 3) спиртовым р-ром хлоргексидина;
- 4) 0,25%-ным р-ром перманганата калия.

22. Какие растворы используются для пропитывания марлевых турунд при дренировании гнойных очагов при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи?

- 1) 0,9%-ный р-р NaCl;
- 2) 10%-ный р-р NaCl;
- 3) 10%-ный р-р CaCl₂;
- 4) 25%-ный р-р MgSO₄;
- 5) 32%-ный р-р мочевины.

23. Компоненты антибактериальной и дезинтоксикационной терапии при лечении абсцесса поднижнечелюстной области:

- 1) один антибиотик парентерально;
- 2) питье жидкости до 1,5 л в сутки;
- 3) 2 антибиотика парентерально;
- 4) в/в введение до 1 л физраствора и 400–800 мл гемодеза;
- 5) по 1 мл 1%-ного р-ра димедрола 3 раза в сутки в/м.

24. Компоненты антибактериальной и дезинтоксикационной терапии при лечении флегмоны дна полости рта:

- 1) один антибиотик парентерально;
- 2) питье жидкости до 1,5 л в сутки;
- 3) 2 антибиотика парентерально;
- 4) в/в введение до 1 л физраствора и 400–800 мл гемодеза;
- 5) по 1 мл 1%-ного р-ра димедрола 3 раза в сутки в/м.

25. Методы экстракорпоральной детоксикации, использующиеся при лечении флегмон челюстно-лицевой области и шеи:

- 1) гемосорбция;
- 2) в/в введение 2 л физраствора;
- 3) в/в введение 800 мл гемодеза;
- 4) плазмоферез;
- 5) в/в введение антибиотика.

26. При высеивании из гнойного очага флегмоны дна полости рта патогенной стафилококковой инфекции возможно назначение:

- 1) противостолбнячного анатоксина;
- 2) противогангренозной сыворотки;
- 3) антирабической сыворотки;
- 4) антистафилококковой плазмы;
- 5) противостафилококкового гамма-глобулина.

27. При клинических проявлениях газовой анаэробной инфекции при флегмоне дна полости рта до микробиологического подтверждения патогенной микрофлоры возможно назначение:

- 1) противостолбнячного анатоксина;
- 2) противогангренозной сыворотки в дозе 30 000 МЕ;
- 3) антирабической сыворотки;
- 4) антистафилококковой плазмы;
- 5) противогангренозной сыворотки в дозе 150 000 МЕ.

28. При микробиологическом подтверждении газовой анаэробной инфекции из гнойного очага при флегмоне дна полости рта необходимо назначение:

- 1) противостолбнячного анатоксина;
- 2) противогангренозной сыворотки в дозе 30 000 МЕ;
- 3) антирабической сыворотки;
- 4) антистафилококковой плазмы;
- 5) противогангренозной сыворотки в дозе 150 000 МЕ.

29. Средства, обладающие протеолитической активностью и используемые в 1-й фазе раневого процесса для очищения от некротических масс при местном лечении абсцессов или флегмон лица и шеи:

- 1) трипсин;
- 2) хлоргексидин;
- 3) диавитол;
- 4) террилитин;
- 5) РЕПАРЭФ-1;
- 6) РЕПАРЭФ-2;
- 7) сернокислая магнезия;
- 8) солкосерил.

30. Средства, используемые во 2-й фазе раневого процесса для стимуляции роста грануляций при местном лечении абсцессов или флегмон лица и шеи:

- 1) трипсин;
- 2) хлоргексидин;
- 3) Комбутек;
- 4) террилитин;
- 5) РЕПАРЭФ-1;
- 6) РЕПАРЭФ-2;
- 7) септомирин;
- 8) солкосерил.

31. Средства, используемые в 3-й фазе раневого процесса для стимуляции эпителизации ран при местном лечении абсцессов или флегмон лица и шеи:

- 1) трипсин;
- 2) витамин А;
- 3) Комбутек;
- 4) террилитин;
- 5) РЕПАРЭФ-1;
- 6) РЕПАРЭФ-2;
- 7) диавитол;
- 8) солкосерил.

32. Какова должна быть энергетическая ценность рациона питания у пациентов с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи?

- 1) 1000–1500 Ккал;
- 2) 1500–2000 Ккал;
- 3) 2800–3000 Ккал;
- 4) 3500–4000 Ккал.

33. Местными противопоказаниями для применения электрофизических факторов при лечении абсцессов или флегмон лица и шеи являются:

- 1) нарастание воспалительных явлений в зоне очага гнойного поражения;
- 2) болезненная пальпация;
- 3) наличие в зоне предполагаемого воздействия физических факторов опухолей или опухолеподобных заболеваний;
- 4) ограниченное открывание рта.

34. Общими противопоказаниями для применения электрофизических факторов при лечении абсцессов или флегмон лица и шеи являются:

- 1) злокачественные новообразования;
- 2) эпилепсия и заболевания центральной нервной системы с нарушением мозгового кровообращения;
- 3) общее тяжелое состояние пациента;
- 4) хронический гастрит;
- 5) хронический пиелонефрит.

35. Физиотерапевтические методы, которые должны способствовать уменьшению отека и боли, улучшению микроциркуляции тканей, снижению бактериальной обсемененности раны в 1-й фазе воспалительного процесса при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи:

- 1) ультрафиолетовое облучение;
- 2) электрическое поле УВЧ;
- 3) электрофорез с 3 % КJ;
- 4) ультразвуковая терапия;
- 5) электрофорез с лидазой.

36. Физиотерапевтические методы, которые должны способствовать уменьшению воспалительной инфильтрации и улучшению микроциркуляции и трофики тканей, ускорению процесса регенерации поврежденных тканей и гранулирования раны во 2-й фазе воспалительного процесса при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи:

- 1) ультрафиолетовое облучение;
- 2) электрическое поле УВЧ;
- 3) электрофорез с 3 % КJ;
- 4) ультразвуковая терапия;
- 5) электрофорез с лидазой.

37. Физиотерапевтические методы, которые должны способствовать регенерации поврежденных тканей с восстановлением их функции, ускорению процесса эпителизации раны, реорганизации послеоперационного рубца в 3-й фазе воспалительного процесса при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи:

- 1) ультрафиолетовое облучение;
- 2) лазеротерапия;
- 3) электрофорез с 3 % КJ;
- 4) ультразвуковая терапия;
- 5) электрофорез с лидазой.

38. Противопоказания для назначения ЛФК при лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи:

- 1) ограниченное открывание рта;
- 2) высокая (более 37,5 °С) температура тела;
- 3) сохранение острого воспалительного процесса в тканях без тенденции к уменьшению его клинических проявлений;
- 4) септическое состояние.

39. В какой период восстановительного лечения по поводу перенесенных абсцессов и флегмон лица и шеи можно использовать специальные упражнения ЛФК, которые выполняют без ограничений, повторяют многократно в течение дня с использованием дополнительной нагрузки и сопротивления, повышающей интенсивность воздействия на ткани челюстно-лицевой области?

- 1) 1; 2) 2; 3) 3; 4) 4.

40. Ранний вторичный шов на рану при флегмонах лица или шеи после хирургической обработки гнойного очага можно накладывать:

- 1) 1–2-е сутки;
- 2) 3–4-е сутки;
- 3) 5–6-е сутки;
- 4) в течение 2-й недели на покрытую грануляциями рану.

Ответы: 1 — 2, 3, 5. 2 — 1, 3, 5. 3 — 1, 3, 5. 4 — 3, 1, 2, 7, 5, 4, 6. 5 — первичная. 6 — вторичная. 7 — 1, 4, 5. 8 — 2, 3. 9 — 2. 10 — 2. 11 — 2. 12 — 1б, 2а, 3г, 4в. 13 — 1б, 2а, 3г, 4в. 14 — 1б, 2в, 3г, 4а. 15 — 1г, 2а, 3б, 4в. 16 — 1б, 2а, 3г, 4в. 17 — 1в, 2г, 3б, 4а. 18 — 1г, 2а, 3б, 4в. 19 — 1а, 2г, 3б, 4в. 20 — 1б, 2в, 3г, 4а. 21 — 2, 4. 22 — 2, 4, 5. 23 — 1, 2. 24 — 3, 4. 25 — 1, 4. 26 — 4, 5. 27 — 2. 28 — 5. 29 — 1, 4, 5. 30 — 3, 6. 31 — 2, 6, 7, 8. 32 — 3. 33 — 1, 3. 34 — 1, 2, 3. 35 — 1, 2, 4. 36 — 2, 3, 4. 37 — 2, 4, 5. 38 — 2, 3, 4. 39 — 3. 40 — 4.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Хирургическая стоматология* : учеб. / под ред. Т. Г. Робустовой. 3-е изд., перераб. и доп. М. : Медицина, 2003. 504 с.
2. *Бернадский, Ю. И.* Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. 3-е изд., перераб. и доп. М. : Медицина, 2000. 416 с.

Дополнительная

3. *Соловьев, М. М.* Абсцессы, флегмоны головы и шеи / М. М. Соловьев, О. П. Большаков. М. : Медпресс, 2001. 230 с.
4. *Бондаровец, А. А.* Структура одонтогенных гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи / А. А. Бондаровец, Л. И. Тесевич // Актуальные проблемы современной медицины : материалы науч.-практ. конф., май 2008 г., Минск. № 3(4). С. 151–152.
5. *Воспалительные* заболевания челюстно-лицевой области и шеи : рук. для врачей / под ред. А. Г. Шаргородского. М. : Медицина, 1985. 352 с.
6. *Глинник, А. В.* Местное обезболивание в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии : учеб. пособие / А. В. Глинник, А. Г. Третьякович, Л. И. Тесевич. Минск : МГМИ, 1998. 50 с.
7. *Егоров, П. М.* Местное обезболивание в стоматологии / П. М. Егоров. М. : Медицина, 1985. 160 с.
8. *Дранник, Г. Г.* Иммуотропные препараты / Г. Г. Дранник, Ю. А. Гриневич, Г. М. Дизик. Киев : Здоров'я, 1994. 288 с.
9. *Кабак, С. Л.* Клиническая анатомия : голова и шея : учеб.-метод. пособие / С. Л. Кабак. Минск : МГМИ, 2000. 96 с.
10. *Петров, Р. В.* Иммунология / Р. В. Петров. М. : Медицина, 1982. 368 с.
11. *Кресюн, В. И.* Клинические аспекты иммунофармакологии / В. И. Кресюн, Ю. И. Бажора, С. С. Рыбалова. Одесса, 1993. 208 с.
12. *Клиническая* оперативная челюстно-лицевая хирургия / В. Н. Балин [и др.]. СПб. : Специальная литература, 1998. 592 с.
13. *Хирургическая* стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А. А. Кулакова, Т. Г. Робустовой, А. И. Неробеева. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 928 с.
14. *Раны* и раневая инфекция / под ред. М. И. Кузина, Б. М. Костюченкова. М. : Медицина, 1981. 687 с.
15. *Сахарчук, В. П.* Справочник лечебника / В. П. Сахарчук, А. Ф. Лемешев. Минск, 1994. 288 с.
16. *Абсцессы* и флегмоны окологлазничных тканей нижней челюсти : учеб.-метод. пособие / О. П. Чудаков [и др.]. Минск : БГМУ, 2003. 28 с.
17. *Абсцессы* и флегмоны окологлазничных тканей верхней челюсти : учеб.-метод. пособие / О. П. Чудаков [и др.]. Минск : БГМУ, 2005. 16 с.
18. *Десмургия* в оперативной хирургии челюстно-лицевой области и шеи : метод. указания по челюстно-лицевой хирургии для студ. стом. ф-та / О. П. Чудаков [и др.]. Минск : МГМИ, 1995. 23 с.
19. *Комплексное* лечение больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области : учеб. пособие / О. П. Чудаков [и др.]. Минск : БГМУ, 2005. 66 с.

20. *Лечебная физкультура в медицинской реабилитации пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области* : учеб.-метод. пособие / О. П. Чудаков [и др.]. Минск : БГМУ, 2001. 18 с.

21. *Общее обезболивание в челюстно-лицевой хирургии* : учеб.-метод. пособие / О. П. Чудаков [и др.]. Минск : БГМУ, 2008. 59 с.

22. *Чудаков, О. П.* Оценка и коррекция нарушений иммунного статуса в комплексном сбалансированном лечении больных с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи : метод. указания по челюстно-лицевой хирургии для студ. стомат. ф-та / О. П. Чудаков, Л. И. Тесевич, А. В. Глинник. Минск : МГМИ, 1995. 30 с.

23. *Физиотерапия в комплексном сбалансированном лечении пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области* : учеб.-метод. пособие / О. П. Чудаков [и др.]. Минск : БГМУ, 2001. 18 с.

**СХЕМЫ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ И ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ГНОЙНЫХ ОЧАГОВ
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЯХ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ
(по М. М. Соловьеву, О. П. Большакову, 2001)**

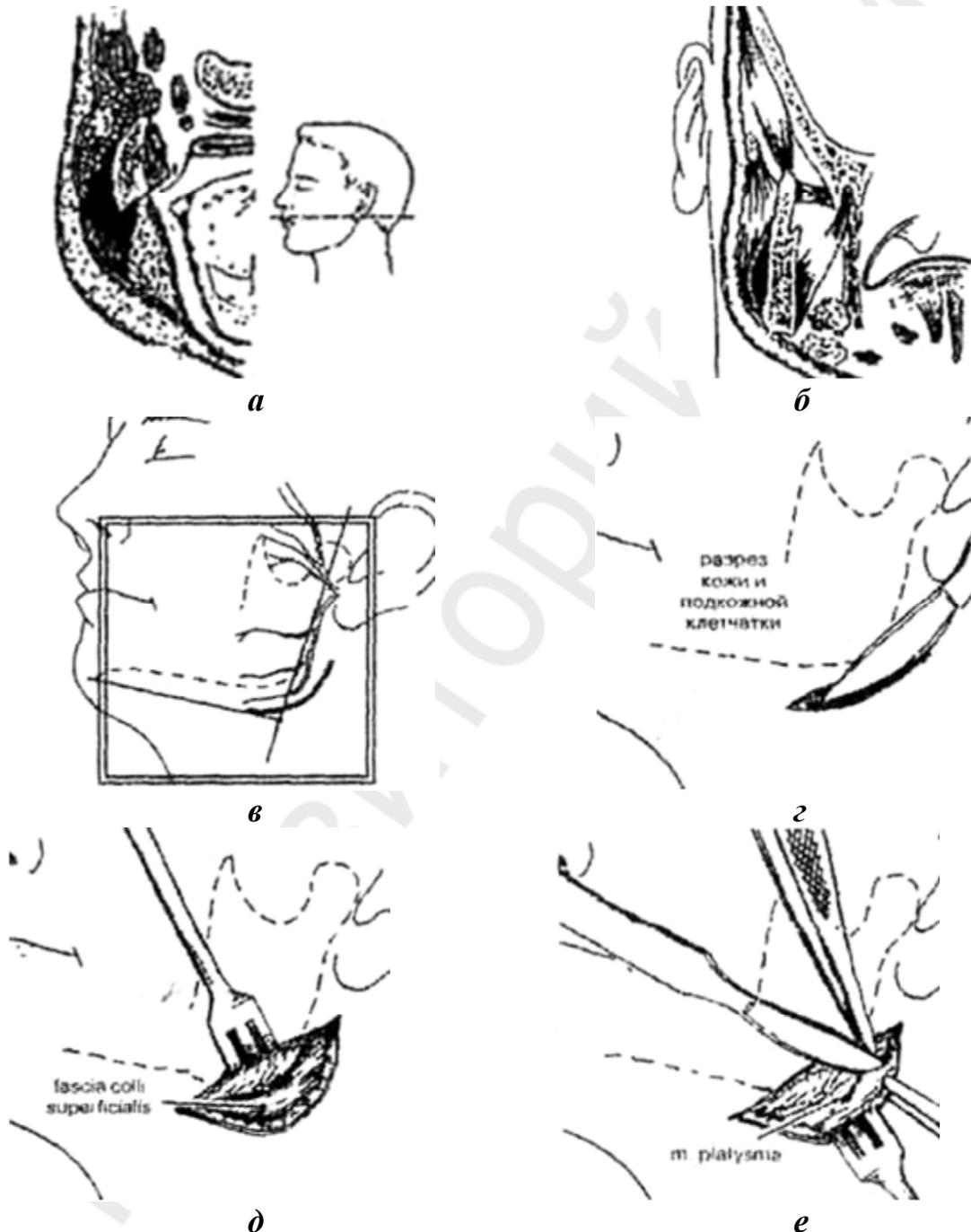


Рис. 1. Основные этапы операции вскрытия абсцесса, флегмоны околоушно-жевательной области

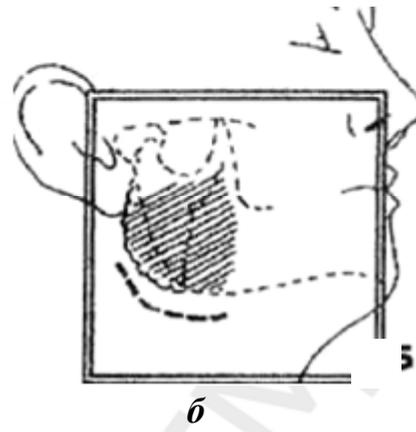


Рис. 2. Основные этапы операции вскрытия абсцесса, флегмоны подфасциального пространства околоушной области

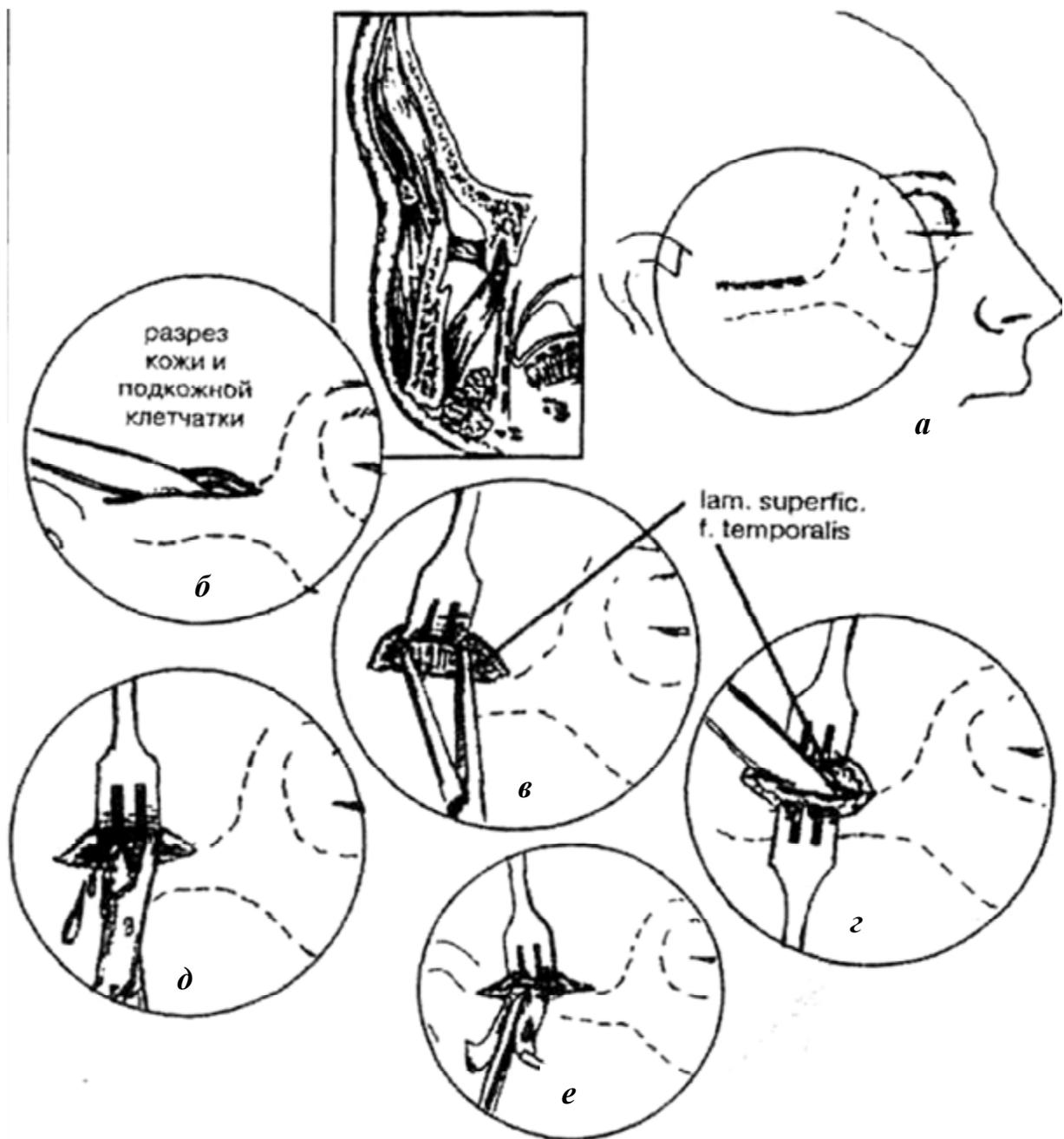


Рис. 3. Основные этапы операции вскрытия абсцесса, флегмоны межпневротического клетчаточного пространства височной области

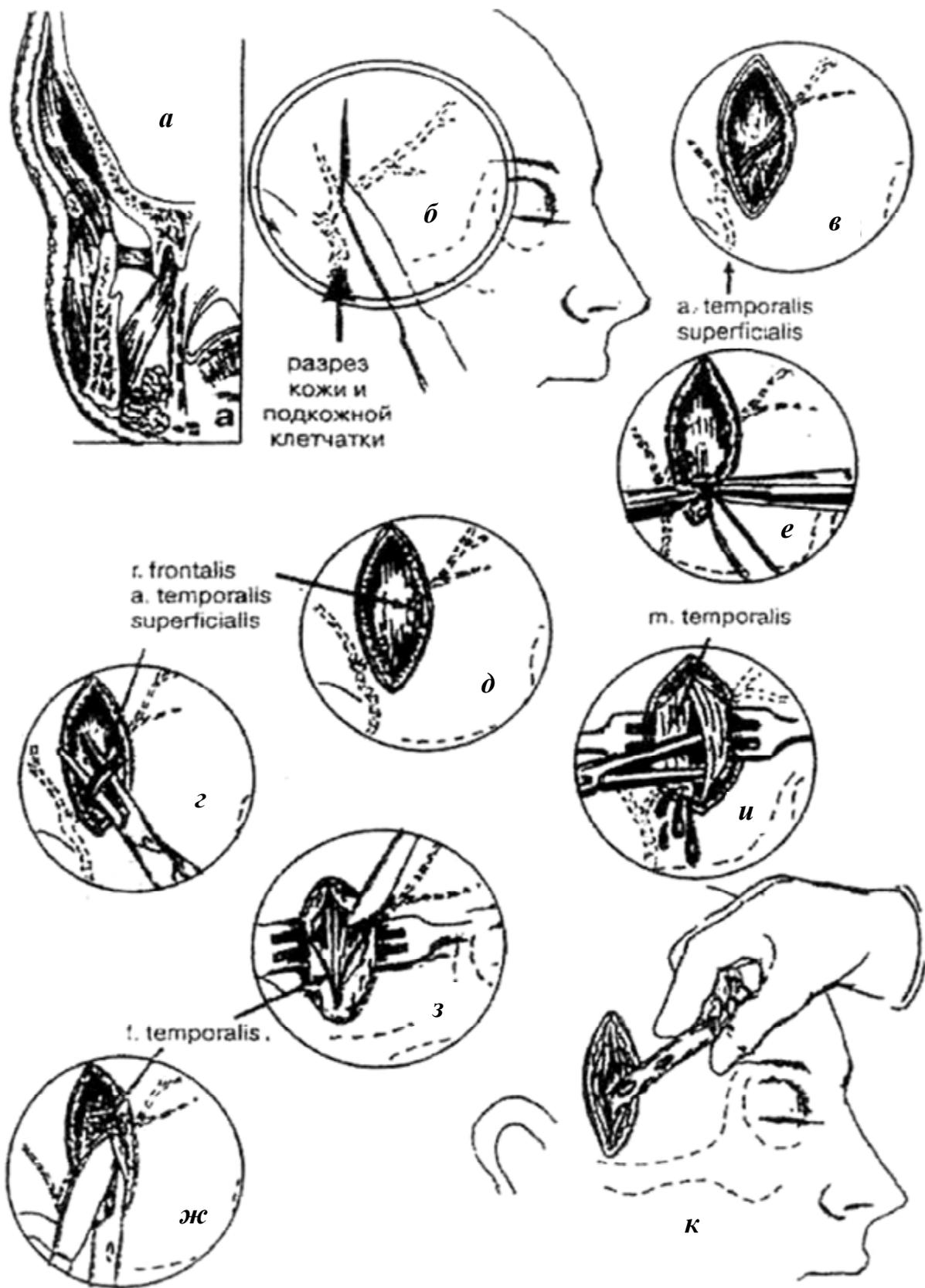


Рис. 4. Основные этапы операции вскрытия абсцесса, флегмоны подмышечного клетчаточного пространства височной области

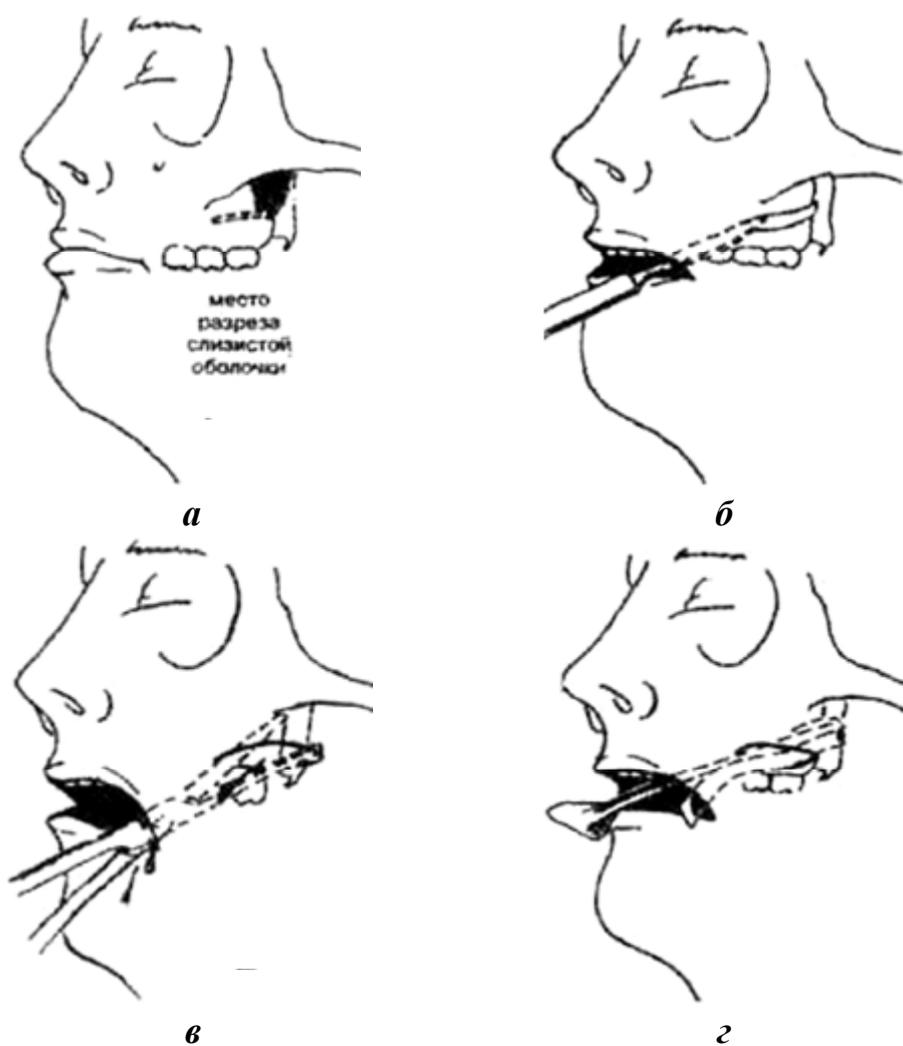


Рис. 5. Основные этапы операции вскрытия абсцесса, флегмоны подвисочной ямки

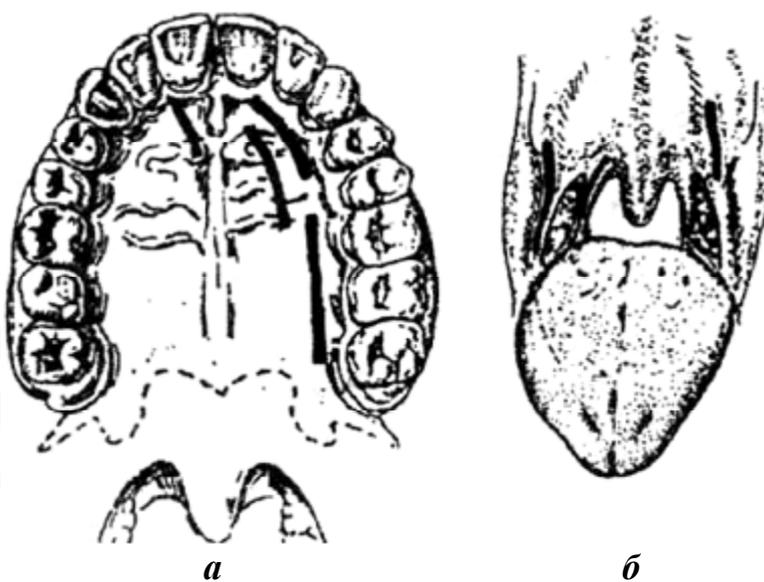


Рис. 6. Место и направление разрезв слизистой оболочки при вскрытии абсцесса в области неба:

а — твердое небо; *б* — мягкое небо

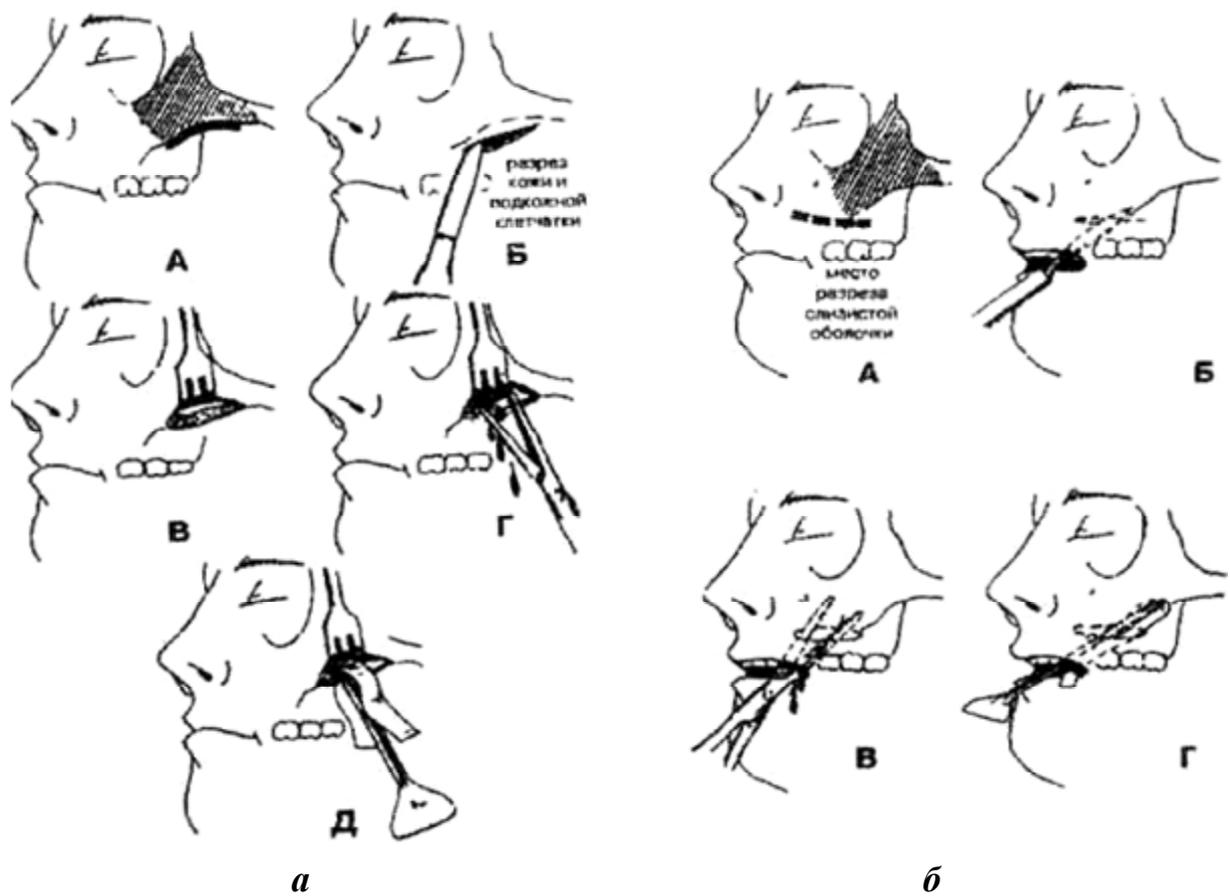


Рис. 7. Основные этапы операции вскрытия абсцесса скуловой области:
a — наружный доступ; *б* — внутриротовой доступ

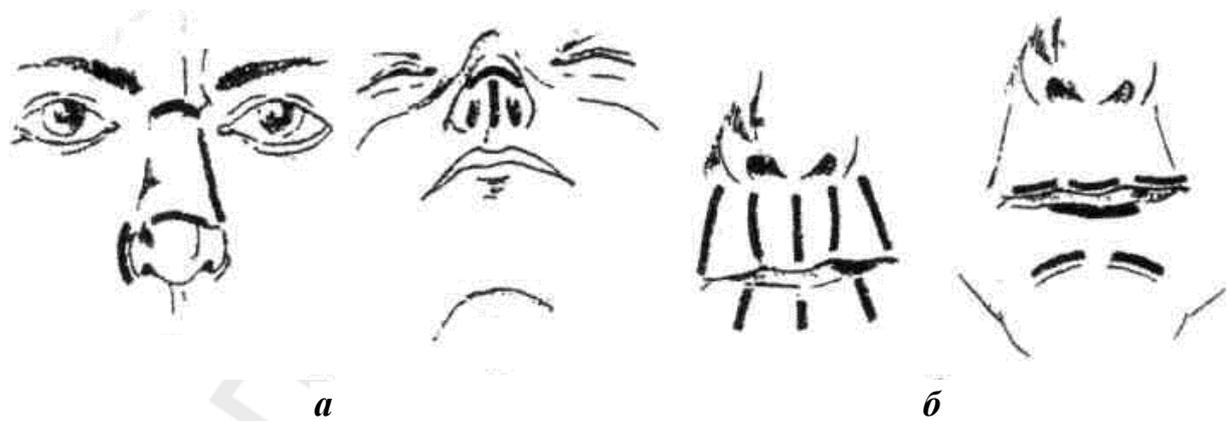


Рис. 8. Место и направление разрезов при вскрытии абсцессов и флегмон в области:
a — наружного носа; *б* — губ

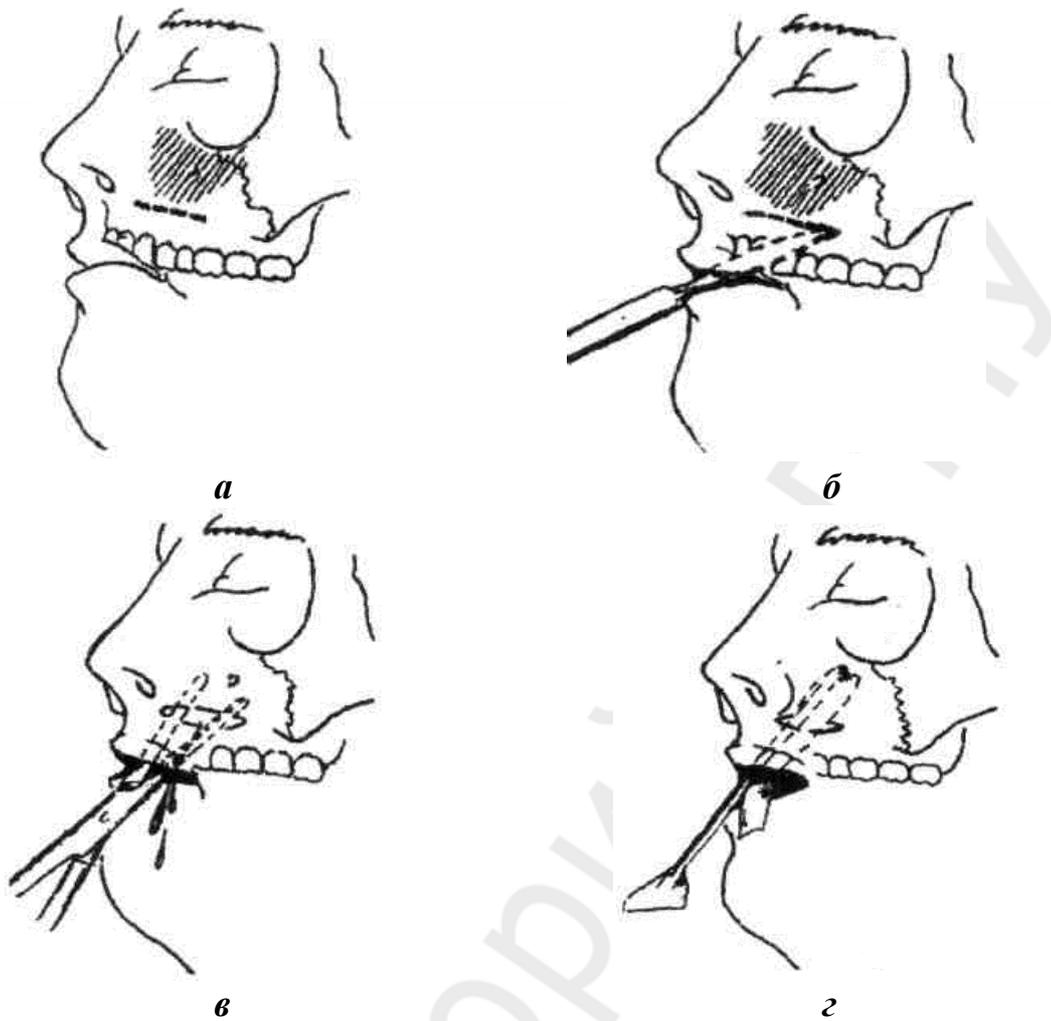


Рис. 9. Основные этапы операции вскрытия абсцесса «собачьей ямки» в подглазничной области внутриротовым доступом

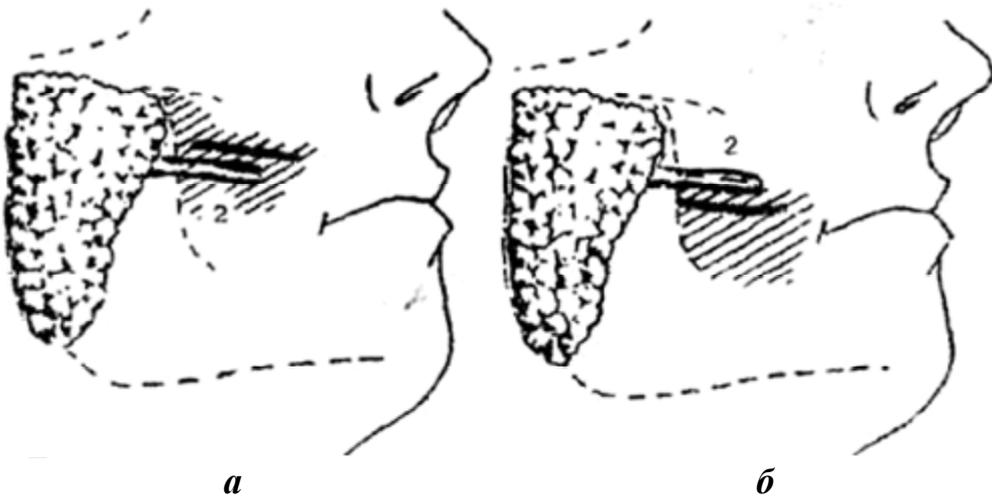


Рис. 10. Место и направление разреза при вскрытии абсцесса верхнего отдела глубокого клетчаточного пространства щеки:
а — выше протока околоушной железы; *б* — ниже протока околоушной железы

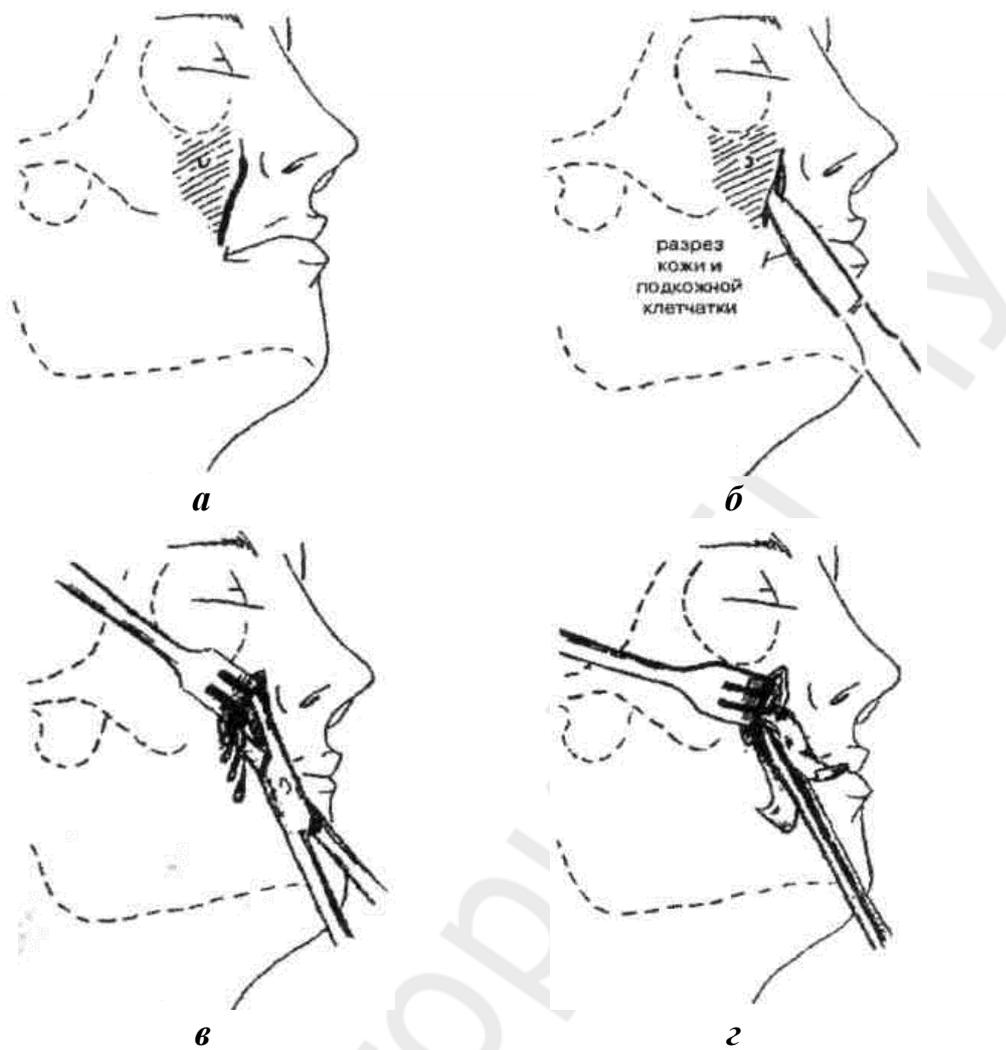


Рис. 11. Основные этапы операции вскрытия флегмоны подглазничной области наружным доступом

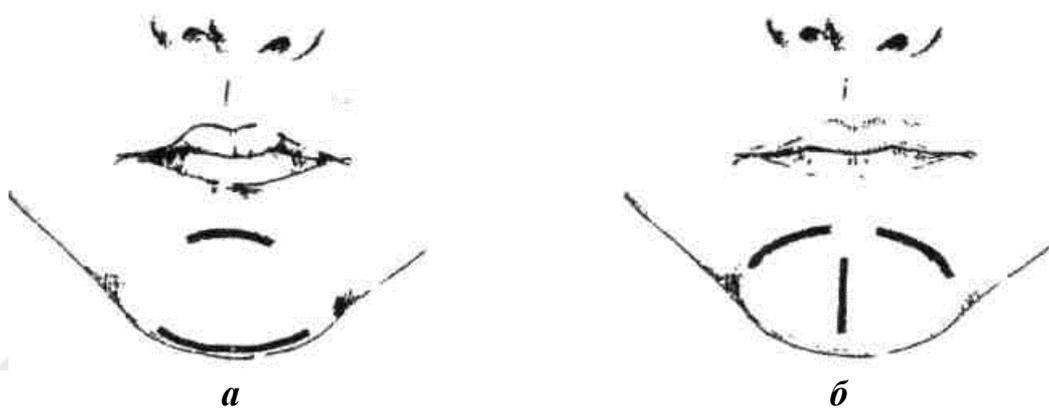


Рис. 12. Место и направление разрезов кожи при вскрытии абсцесса, флегмоны подбородочной области

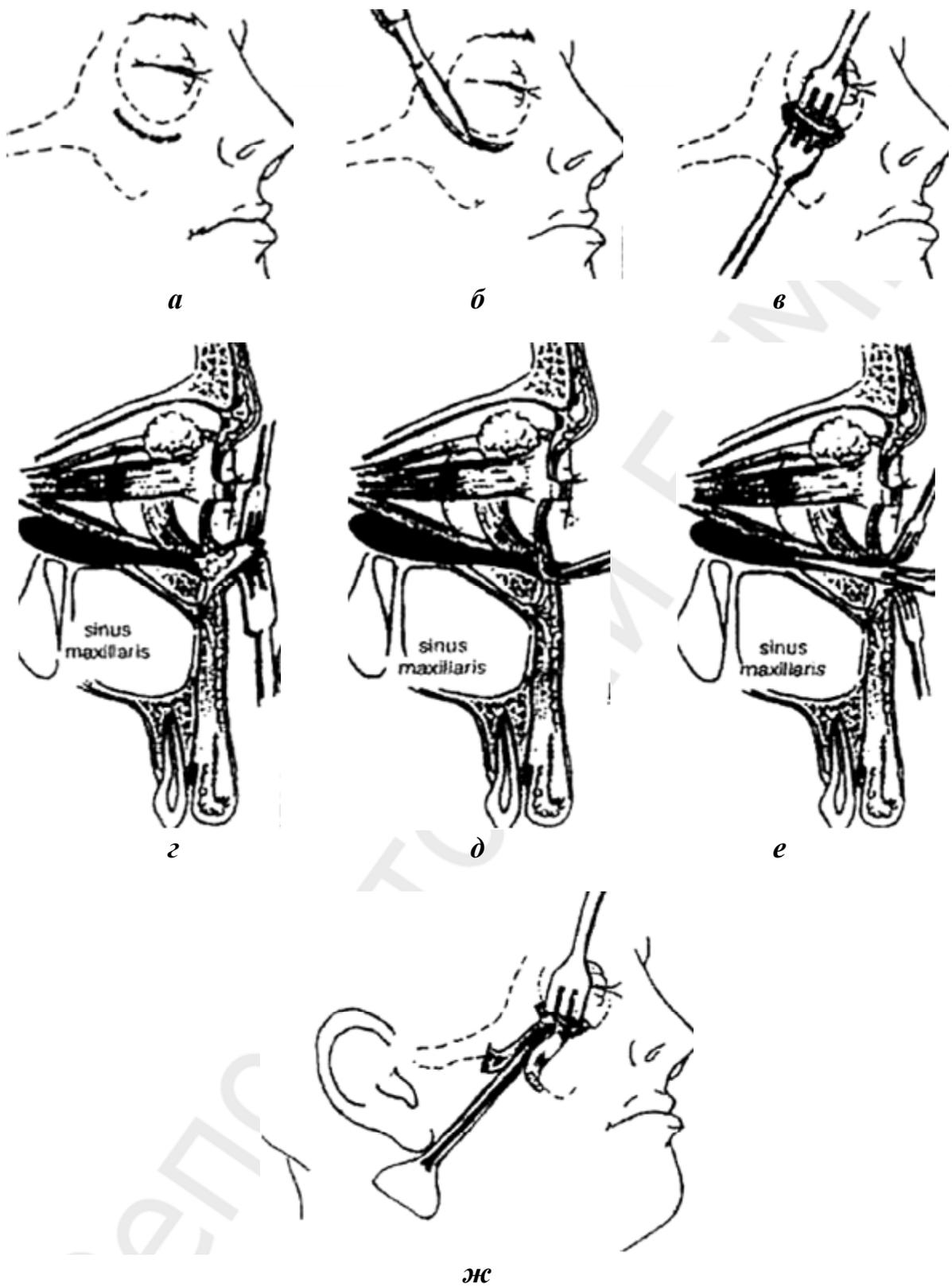


Рис. 13. Основные этапы операции вскрытия абсцесса, флегмоны передненижнего отдела глазницы (г, д, е — схемы сагиттального сечения глазницы)

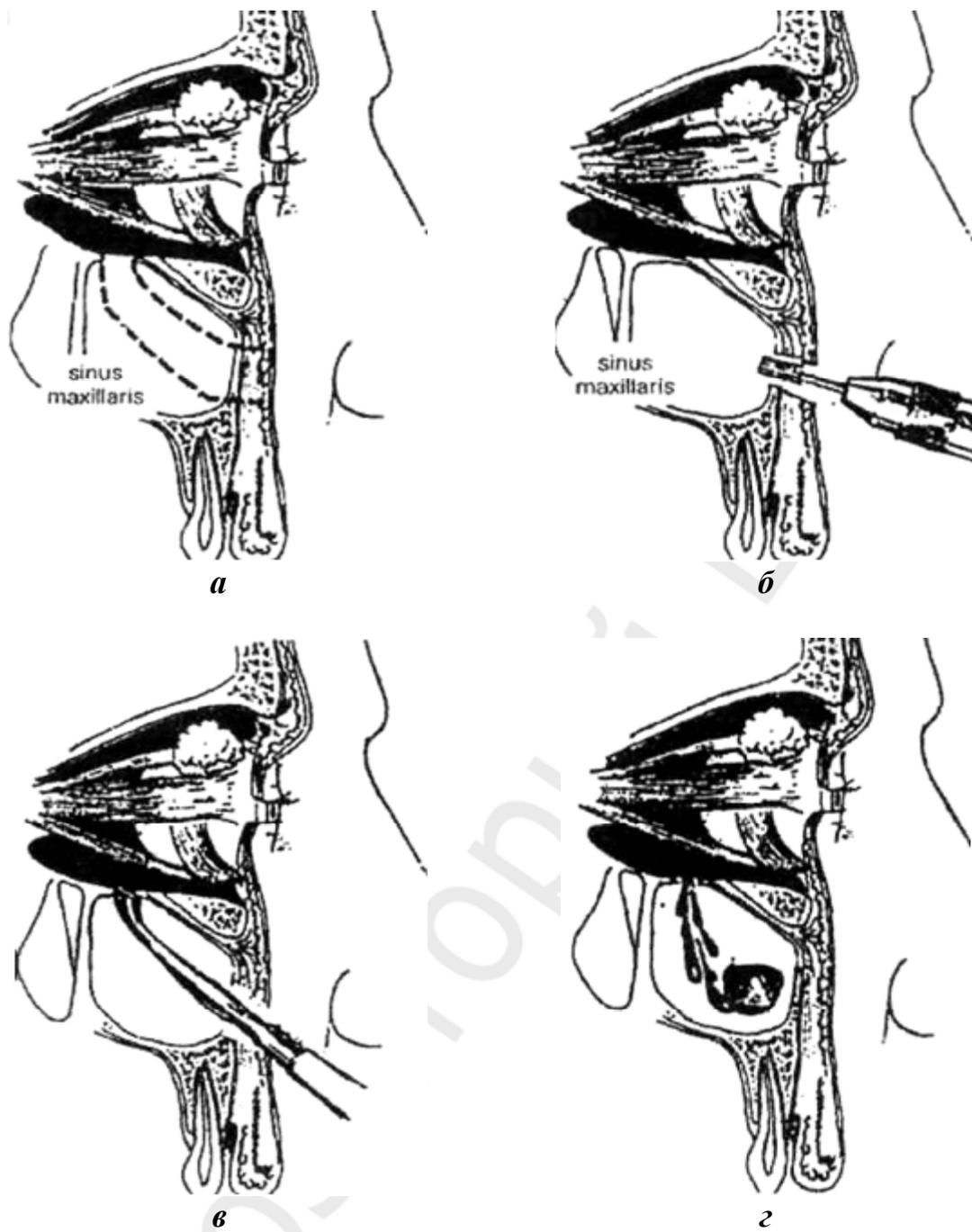


Рис. 14. Основные этапы операции вскрытия флегмоны глазницы, доступ через верхнечелюстную пазуху

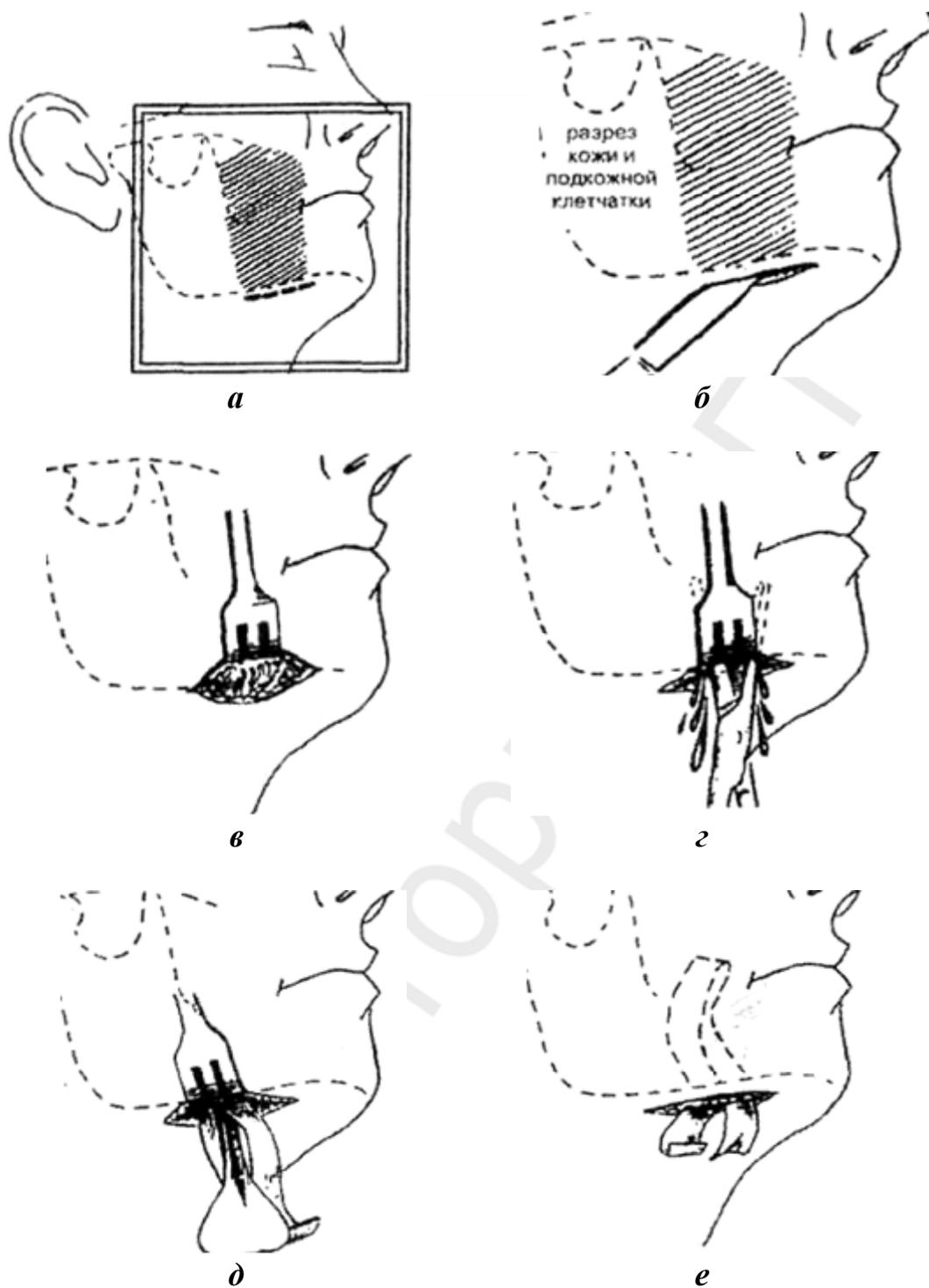


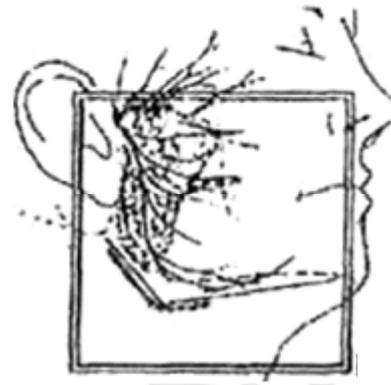
Рис. 15. Основные этапы операции вскрытия флегмоны поверхностного клетчаточного пространства щечной области, наружный поднижнечелюстной доступ



a



б



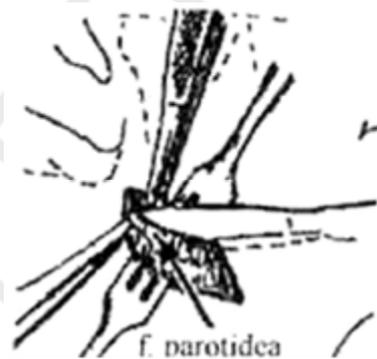
в



г



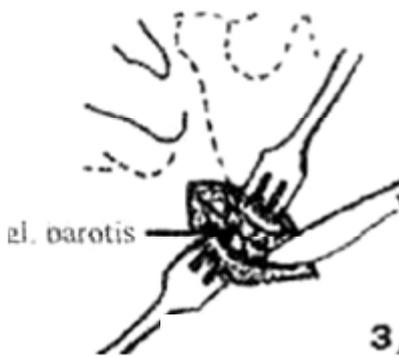
д



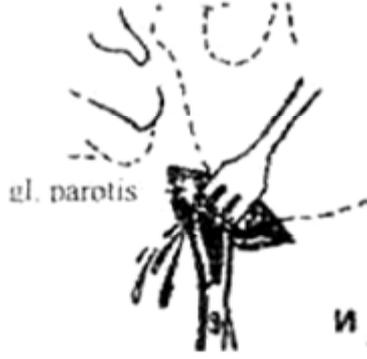
е



ж



з



и



Рис. 16. Основные этапы операции вскрытия абсцесса, флегмоны позадищелюстной ямки

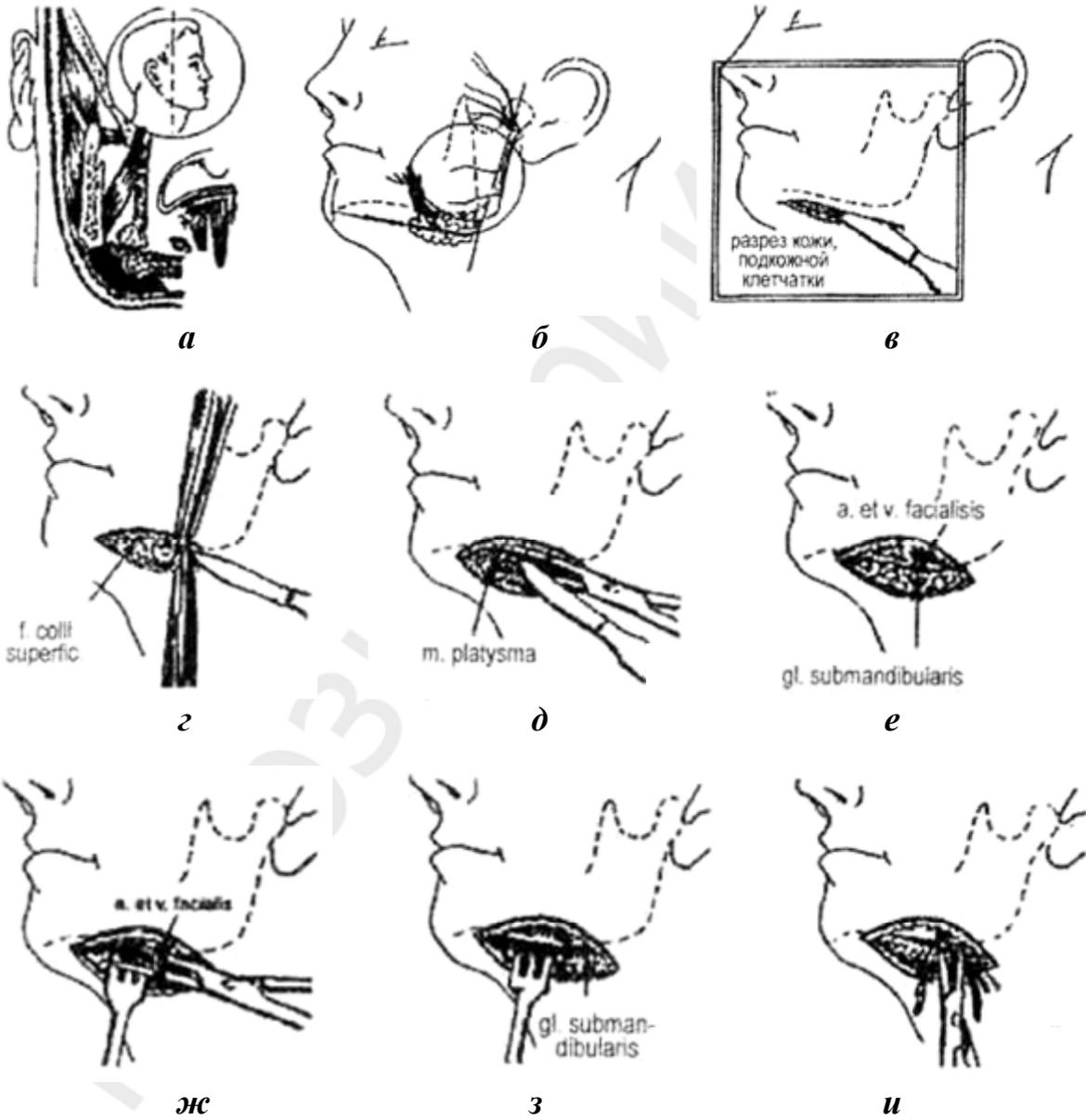
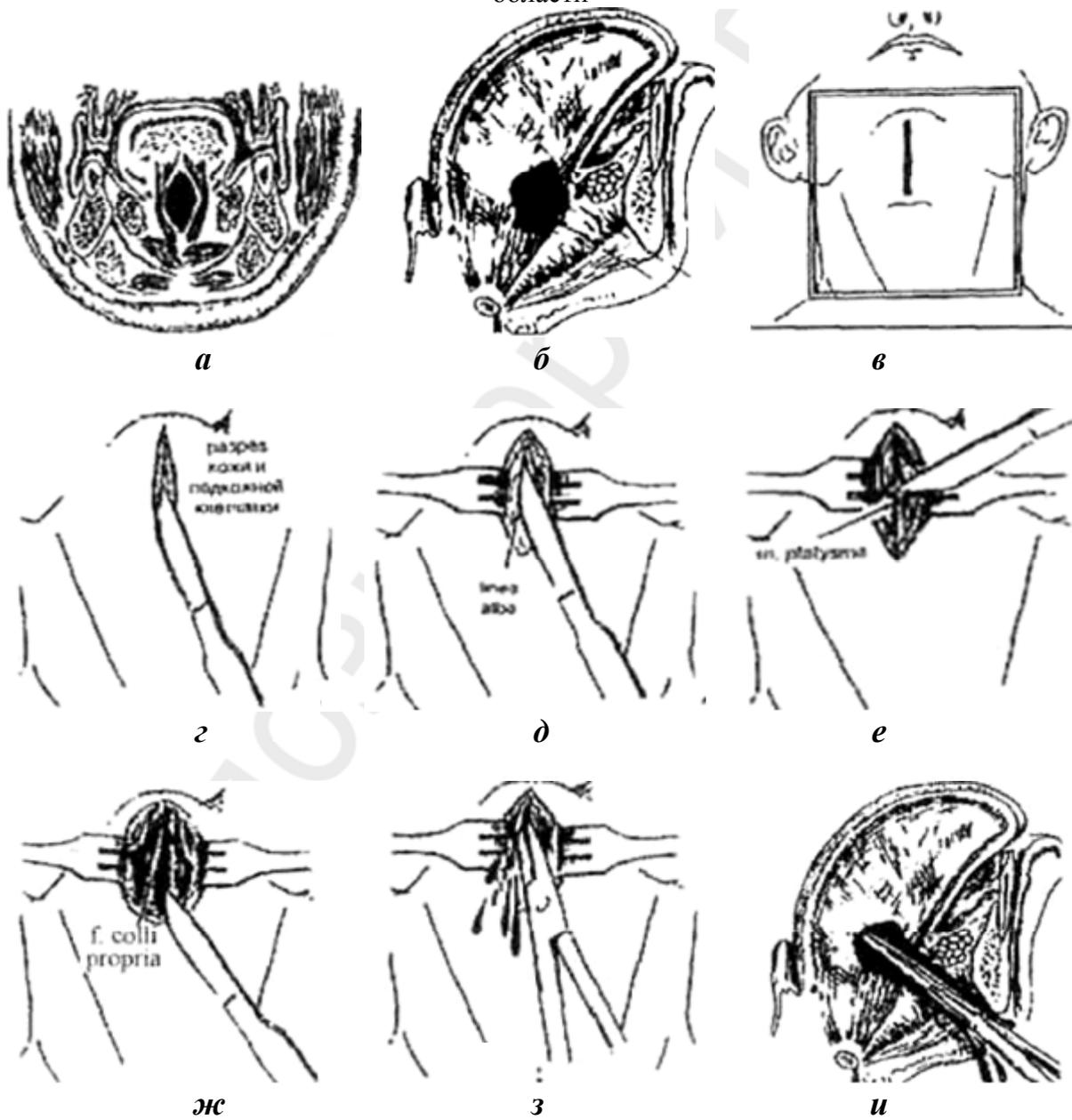




Рис. 17. Основные этапы операции вскрытия абсцесса, флегмоны поднижнечелюстной области



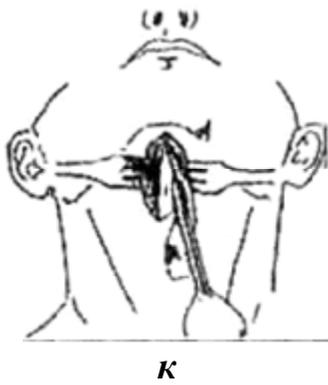
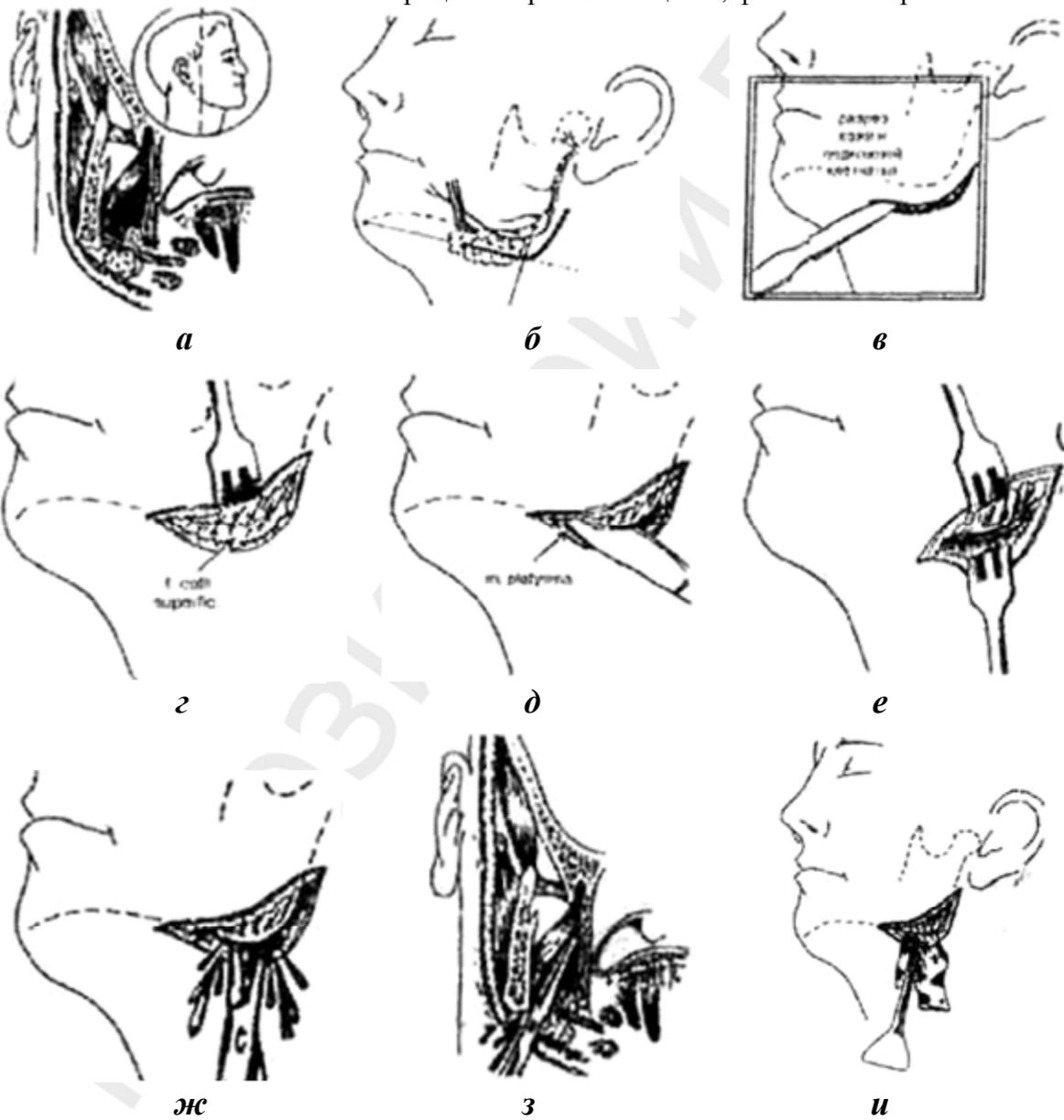


Рис. 18. Основные этапы операции вскрытия абсцесса, флегмоны корня языка



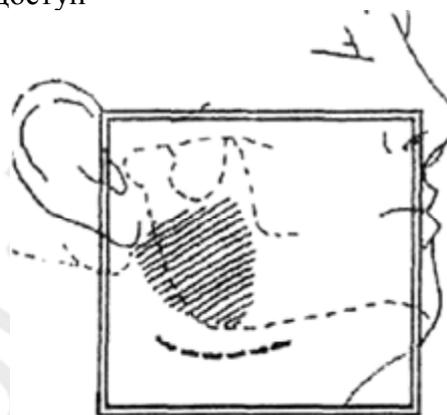


к

Рис. 19. Основные этапы операции вскрытия флегмоны окологлоточного пространства, наружный доступ



а



б



в



г



d

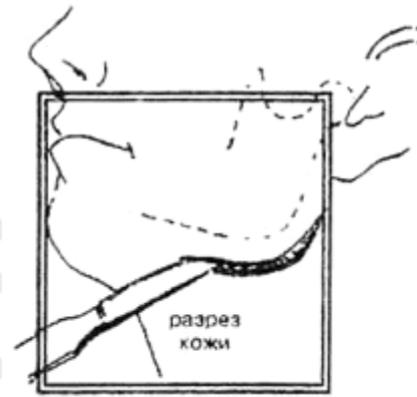


e

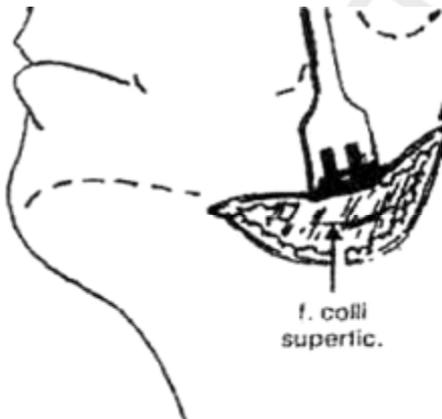
Рис. 20. Основные этапы операции вскрытия абсцесса, флегмоны околоушно-жевательной области



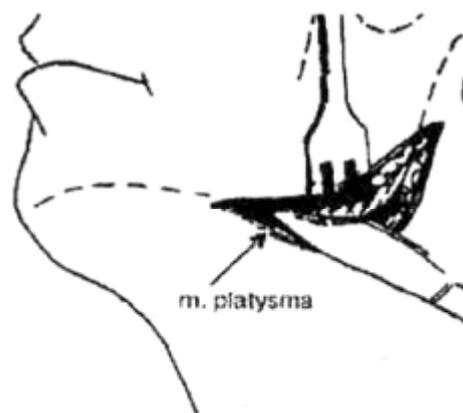
a



б



в



г

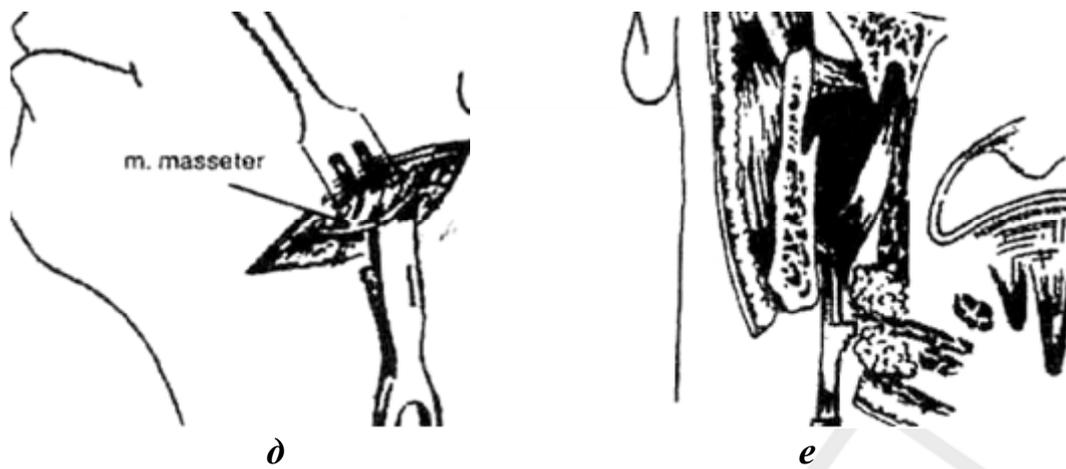
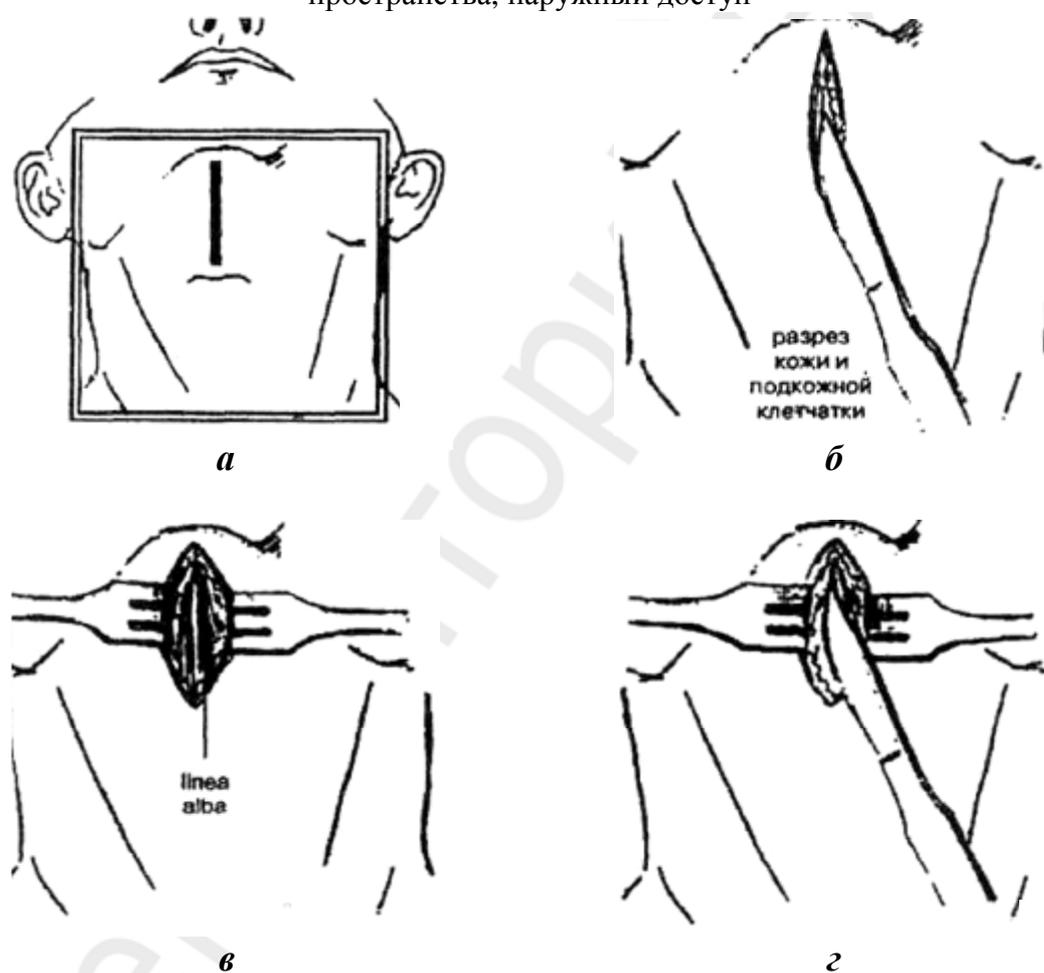


Рис. 21. Основные этапы операции вскрытия флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства, наружный доступ



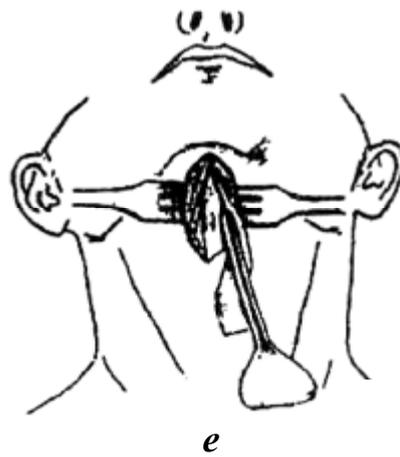


Рис. 22. Основные этапы операции вскрытия абсцесса, флегмоны подподбородочной области





Рис. 23. Основные этапы операции вскрытия абсцесса челюстно-язычного желобка

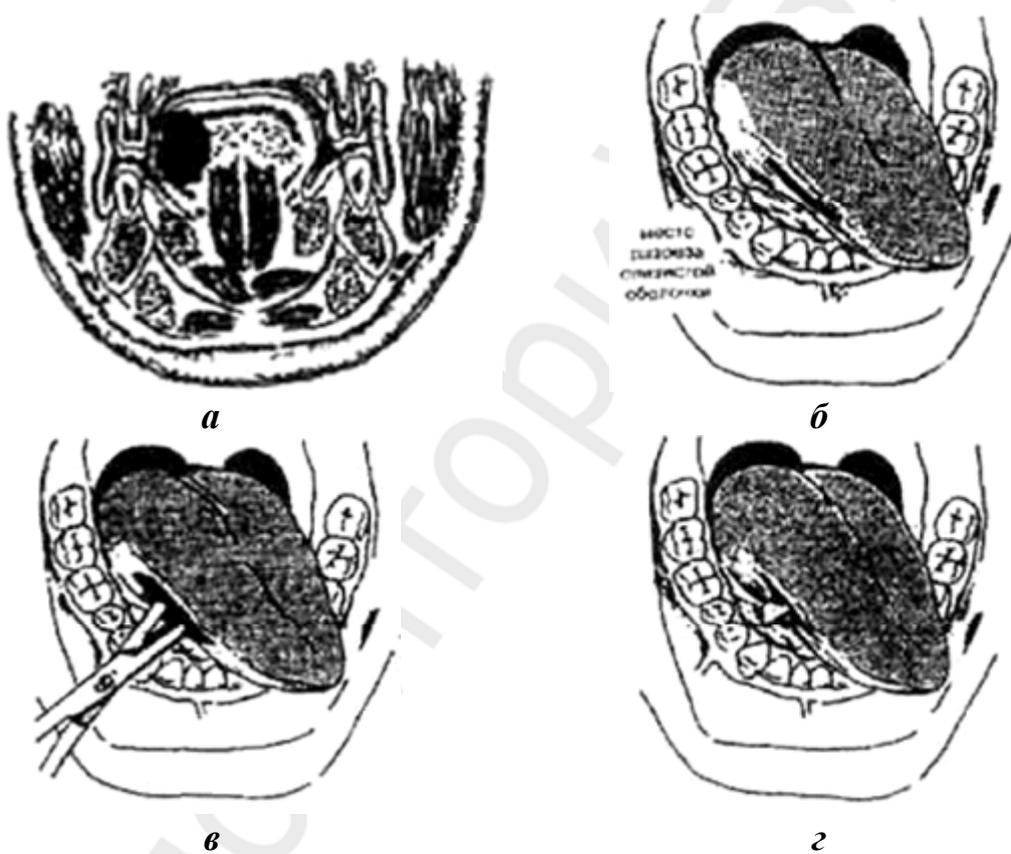


Рис. 24. Основные этапы операции вскрытия абсцесса тела языка

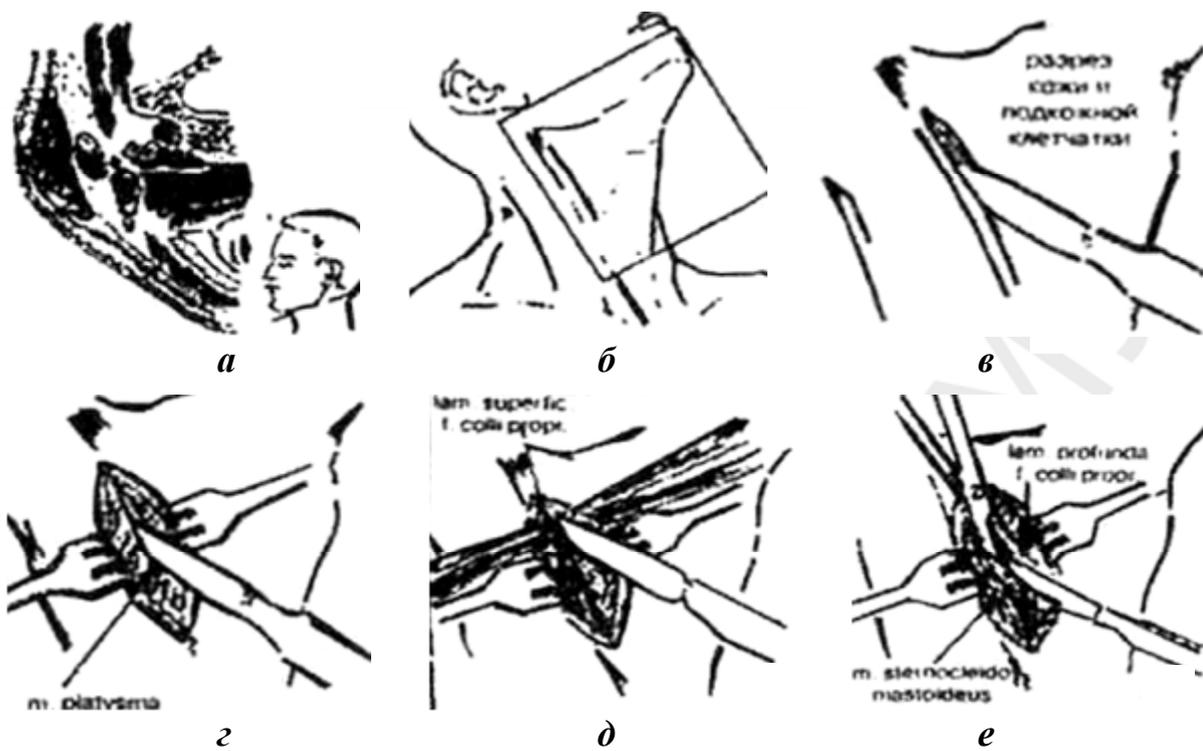
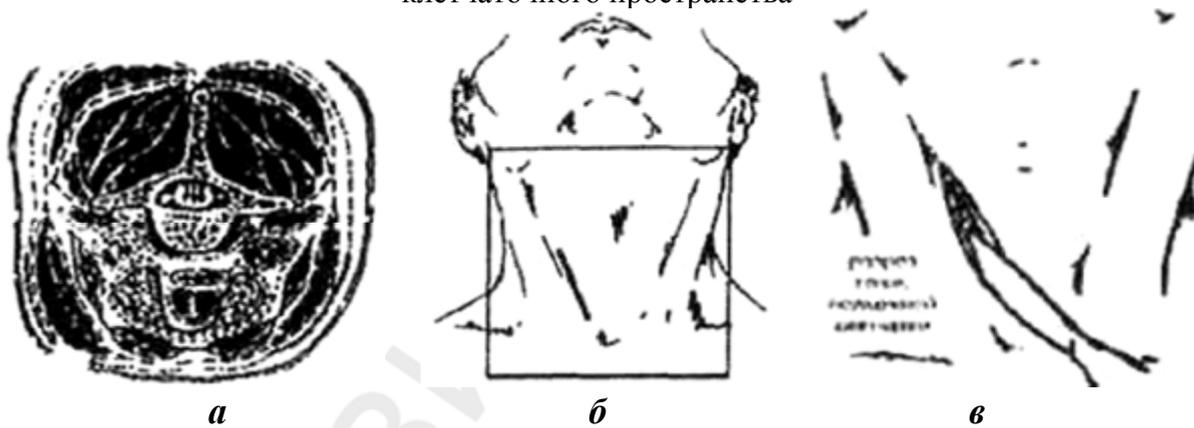


Рис. 25. Основные этапы операции вскрытия абсцесса, флегмоны позадиглоточного клетчаточного пространства



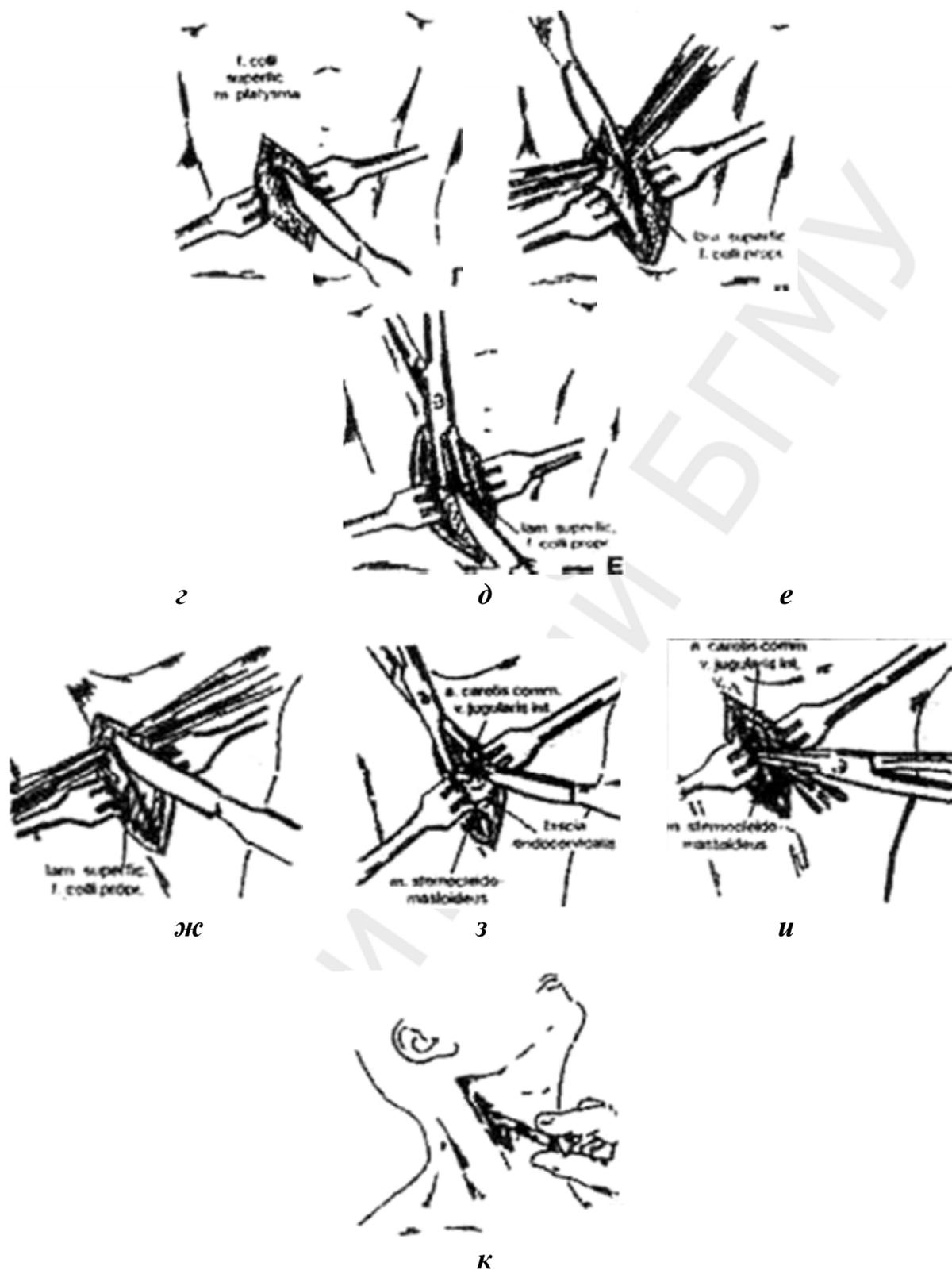


Рис. 26. Основные этапы операции вскрытия абсцесса, флегмоны фасциального влагалища грудино-ключично-сосцевидной мышцы



a



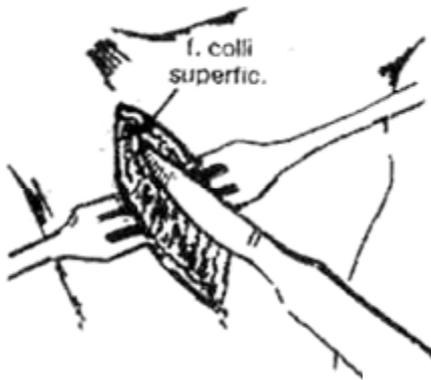
б



в



г



д



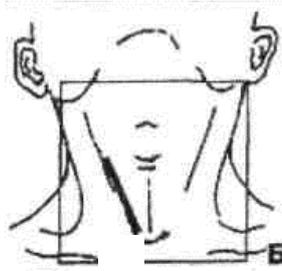
е

Рис. 27. Основные этапы операции вскрытия абсцесса, флегмоны области сонного треугольника



А

а



Б

б



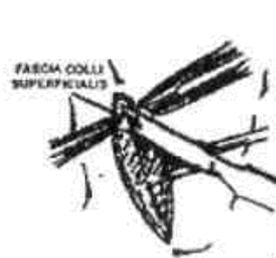
В

в

г



FASCIA COLLI SUPERFICIALIS



FASCIA COLLI SUPERFICIALIS

д



M. PLATYMA

е



F. COLLI PROFUNDA

ж

з



M. STERNOCLEIDO-MASTOIDEUS

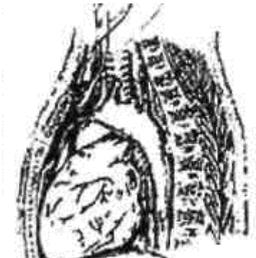


M. STERNOCLEIDO-MASTOIDEUS

и



к



л



м

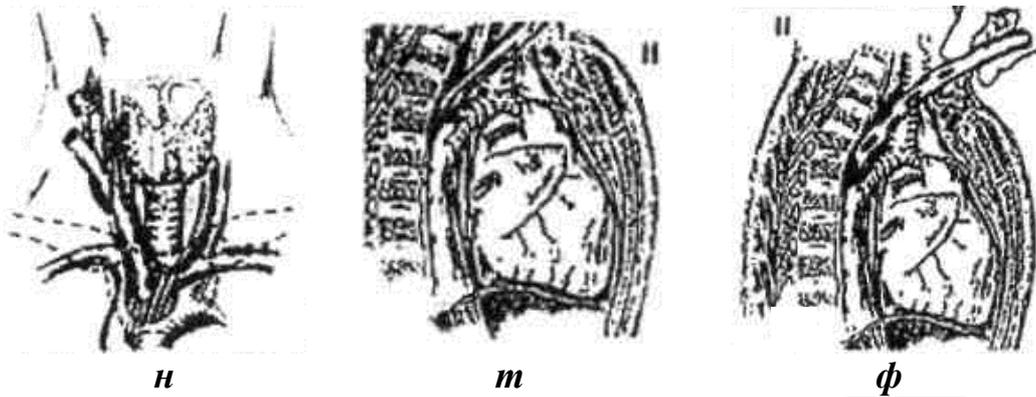


Рис. 28. Основные этапы операций дренирования переднего (а–н) и заднего (б–к, т–ф) средостений при медиастините

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Общие вопросы комплексной терапии абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи.....	7
Обезболивание	11
Местное обезболивание	11
Общее обезболивание	12
Требования к разрезам в челюстно-лицевой области.....	13
Дренирование.....	17
Антибактериальная терапия	18
Классификация современных антибактериальных средств.....	19
Сульфаниламидные препараты.....	23
Нитрофурановые препараты	25
Антигистаминные препараты.....	27
Дезинтоксикационная терапия.....	27
Аналгетики	29
Витамины	30
Особенности питания пациентов с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области и шеи	31
Физиотерапия.....	32
Лечебная физическая культура	34
Наложение швов на гнойную рану	37
Самоконтроль усвоения темы	39
Тесты	39
Литература.....	49
Приложение.....	51

Учебное издание

Глинник Александр Владимирович
Тесевич Леонид Иванович
Черченко Наталья Николаевна

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
С АБСЦЕССАМИ И ФЛЕГМОНАМИ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. В. Глинник
Редактор И. В. Дицко
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 31.05.12. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Zoom».

Печать ризографическая. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 4,42. Уч.-изд. л. 3,6. Тираж 99 экз. Заказ 775.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.