

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЛИЦА
С КУРСОМ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПЕРЕПОДГОТОВКИ

Д. А. Гричанюк, С. Н. Качалов, Ю. А. Раптунович

**АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ
ОБЛАСТИ, КРЫЛОВИДНО-НЕБНОЙ ЯМКИ,
ВИСОЧНО-КРЫЛОВИДНОГО
ПРОСТРАНСТВА, ОБЛАСТИ ГЛАЗНИЦЫ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2025

УДК 617.52-002.3/.36-089(075.8)
ББК 56.6я73
Г85

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 20.11.2024 г., протокол № 3

Рецензенты: канд. мед. наук, зам. гл. врача по хирургии 11-й городской клинической больницы В. В. Груша; каф. стоматологической пропедевтики и материаловедения Белорусского государственного медицинского университета

Гричанюк, Д. А.

Г85 Абсцессы и флегмоны височной области, крыловидно-небной ямки, височно-крыловидного пространства, области глазницы : учебно-методическое пособие / Д. А. Гричанюк, С. Н. Качалов, Ю. А. Раптунович. – Минск : БГМУ, 2025. – 31 с.

ISBN 978-985-21-1875-0.

Рассмотрены вопросы клиники, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний верхней челюсти.

Предназначено для студентов стоматологического факультета, клинических ординаторов и врачей-интернов.

УДК 617.52-002.3/.36-089(075.8)
ББК 56.6я73

ISBN 978-985-21-1875-0

© Гричанюк Д. А., Качалов С. Н., Раптунович Ю. А., 2025
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2025

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Цель занятия: на основе анализа клинических и рентгенологических данных и результатов обследования специальными методами научиться диагностировать гнойно-воспалительные процессы в тканях верхней челюсти, проводить их дифференциальную диагностику, составлять план обследования.

Задачи занятия:

1. Научиться составлять план обследования больных с гнойно-воспалительными процессами околочелюстных тканей верхней челюсти.
2. Научиться собирать жалобы, анамнез, выявлять ранние клинические симптомы, характерные для абсцессов и флегмон тканей верхней челюсти и глазницы.
3. Научиться распознавать рентгенологические признаки деструктивных процессов в костной ткани верхней челюсти, стенках гайморовой пазухи.
4. Научиться оценивать тяжесть гнойно-воспалительного процесса и предотвращать возможные тяжелые осложнения.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного освоения темы необходимо повторить:

1. Морфологию человека:
 - анатомию верхней челюсти, орбиты, височной кости, основания черепа;
 - кровоснабжение головы и шеи;
 - пути регионарного лимфооттока из челюстно-лицевой области и шеи;
 - мышцы верхней челюсти, височной кости;
 - клетчаточно-фасциальные пространства в области верхней челюсти.
2. Рентгендиагностику: лучевую диагностику деструктивных процессов в верхней челюсти, в стенках гайморовой пазухи.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Анатомические особенности строения верхней челюсти.
2. Кровеносные сосуды, которые питают верхнюю челюсть.
3. Пути оттока лимфы от верхней челюсти.
4. Изменение цвета кожи при отеке мягких тканей.
5. Общие осложнения, которые могут наблюдаться у пациентов с воспалительными процессами в костях лицевого скелета.
6. Информация, которую дают лабораторные исследования о пациенте с воспалительным процессом тканей верхней челюсти и глаза.
7. Основные группы, на которые подразделяются современные виды оперативных вмешательств в зависимости от характера хирургического вмешательства в челюстно-лицевой области.
8. Методы исследования и инструменты, используемые для обследования пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Абсцесс — ограниченный в виде полости гнойный очаг, возникающий в результате гнояного расплавления подслизистой, подкожной, межмышечной, межфасциальной клетчатки, лимфоузлов, мышечной ткани. Отграничение происходит в результате образования вокруг гнояного очага стенки из слоя грануляционной ткани. Абсцессы челюстно-лицевой области образуются чаще всего в околочелюстных мягких тканях.

Флегмона — гнойное разлитое воспаление клетчаточного пространства с возможным вовлечением клетчатки, расположенной под кожей, слизистой оболочкой, между мышцами и фасциями.

Ряд факторов имеют существенное значение в развитии гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи, которые также необходимо учитывать при диагностике абсцессов и флегмон окулярных тканей верхней челюсти для профилактики возможных более тяжелых осложнений:

- у 80–95 % всех пациентов с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области источник инфекции является одонтогенным;
- из-за особенностей причинной микрофлоры одонтогенные гнойно-воспалительные процессы могут протекать с развитием тяжелых осложнений на 3–5-й день;
- анатомо-топографические особенности строения челюстно-лицевой области и шеи, наличие множества ячеистых пространств, сообщающихся друг с другом фасциальными отростками и сосудисто-нервными пучками, создают возможность для быстрого распространения гнойно-воспалительного процесса контактным путем;
- наличие хорошо развитой сети лимфатических и кровеносных сосудов может привести к лимфогенному или гематогенному распространению инфекции;
- близость жизненно важных органов и систем организма (головного мозга, органов дыхания, зрения, слуха, речи, обоняния) может привести к их вовлечению в гнойное воспаление, что усугубляет течение заболевания, действительно угрожающего жизни пациентов;
- обильное кровоснабжение тканей челюстно-лицевой области и шеи при правильно проведенном комплексном лечении позволяет создать оптимальные условия для заживления ран после купирования острых симптомов воспалительного процесса (возможность раннего наложения вторичных швов) и ускорить процесс реабилитации пациентов.

Для возникновения и дальнейшего развития абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи необходимо сочетание местного и общего факторов. *Местным фактором* являются аэробные и анаэробные инфекции: стафилококки, стрептококки, энтерококки, диплококки, грамположительные

и грамотрицательные кишечные палочки, протеи, реже — микоплазмы, простейшие из семейства трихомонад, спирохет, а также грибов рода *Candida*.

Анализ видов микробной флоры выявил, что в гнойном отделяемом из ран превалировали патогенные стрептококки (α - и β -haemoliticus), обладающие гемолитической активностью, и стафилококки (в частности, *Staphylococcus aureus*), способные коагулировать цитратную плазму, проявлять лецитиназную, гемолитическую, сахаролитическую и лизоцимную активность. В результате исследования установлено, что ассоциации бактерий, включающие стафилококки, пиогенные стрептококки, пептострептококки, микрококки, вейлонеллы, дифтероиды, бациллы, бактероиды, кишечную палочку, кандиды, являются ведущими в развитии инвазии при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области.

Микрофлора гнойной раны проанализирована с учетом нозологической формы гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и возраста больных. В возрастной группе от 36 до 50 лет с периоститами челюстей выявлено 9 видов микроорганизмов: дифтероиды (24,68 %), кандиды (24,68 %), лактобактерии (15,42 %), условно-патогенный стрептококк (11,31 %), гемолитический стрептококк (10,03 %), пептострептококк (6,17 %), стрептобактерии (4,63 %), кишечная палочка (1,54 %), условно-патогенный стафилококк (1,54 %).

Спектр микрофлоры у больных с абсцессами в возрасте от 16 до 35 лет был представлен 17 видами: гемолитический стрептококк (12,4 %), актиномицеты (10,3 %), условно-патогенный стафилококк (9,2 %), лактобациллы (8,7 %), стрептококк негемолитический (8,5 %), кандиды (8,3 %), стрептобактерии (7,9 %), золотистый стафилококк (7,1 %), дифтероиды (6,2 %), бактероиды (5,0 %), бациллы (4,1 %), вейлонеллы (3,3 %), фузобактерии (3,1 %), микрококк (2,6 %), пептострептококк (2,0 %), сарцины (1,1 %), диплобактерии (0,2 %).

У пациентов с абсцессами в возрасте от 36 до 50 лет выявлено 14 видов микроорганизмов: гемолитический стрептококк (14,74 %), условно-патогенный стрептококк (14,15 %), условно-патогенный стафилококк (12,77 %), кишечная палочка (11,7 %), стрептобактерии (10,32 %), пептострептококк (9,32 %), золотистый стафилококк (8,34 %), лактобактерии (6,87 %), бактероиды (2,94 %) вейлонеллы (2,21 %), микрококк (2,0 %), дифтероиды (1,47 %), сарцины (1,47 %) и кандиды (1,47 %).

У больных с абсцессами в возрасте старше 50 лет установлено 9 видов микроорганизмов: золотистый стафилококк (27,5 %), условно-патогенный стафилококк (17,6 %), пептострептококк (10,7 %), стрептобактерии (9,2 %), гемолитический стрептококк (9,2 %), негемолитический стрептококк (7,9 %), дифтероиды (3,0 %), лактобациллы (3,0 %), микрококк (2,8 %).

У пациентов с флегмонами ЧЛО в возрасте от 16 до 35 лет встречалось 13 видов микроорганизмов: спорообразующие анаэробы (22,0 %), золотистый стафилококк (18,4 %), условно-патогенный стафилококк (11,8 %), гемолитический стрептококк (10,2 %), стрептобактерии (8,4 %), негемолитический стрептококк (8,0 %), дифтероиды (7,4 %), пептострептококк (4,2 %), микрококк (2,5 %), кишечная палочка (2,4 %), условно-патогенный стрептококк (2,4 %), бактероиды (1,2 %), бациллы (1,1 %).

В возрастной группе от 36 до 50 лет больных с флегмонами ЧЛО отмечено только 7 видов микроорганизмов: гемолитический стрептококк (26,32 %), золотистый стафилококк (24,2 %), условно-патогенный стафилококк (23,35 %), стрептобактерии (13,2 %), негемолитический стрептококк (5,52 %), микрококк (5,3 %), бациллы (2,12 %).

У больных старшей возрастной группы с флегмонами выявлено 7 видов: стрептобактерии (36,6 %), золотистый стафилококк (30,3 %), бактероиды (12,6 %), негемолитический стрептококк (7,6 %), бациллы (5,1 %), пептострептококк (4,0 %), условно-патогенный стафилококк (3,8 %).

Источниками инфекции в челюстно-лицевой области могут служить:

- очаги одонтогенного острого, хронического апикального или краевого периодонтита, одонтогенного периостита и остеомиелита челюстей;
- острые или хронические воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта, языка (чаще с некротическим компонентом воспаления);
- острые или хронические воспалительные процессы в гайморовой пазухе, полости носа;
- воспалительные процессы, локализующиеся в крупных слюнных железах и их протоках;
- воспалительные процессы в миндалинах, аденоидных разрастаниях носоглотки, регионарных лимфатических узлах;
- воспаление ушной раковины, наружного, среднего, внутреннего уха (пери-, мезо- и аттическая болезнь);
- фурункулы, карбункулы на коже лица и шеи;
- внешняя микрофлора, занесенная вместе с инородными телами (в ранах мягких и поддерживающих тканей челюстно-лицевой области и шеи).

Общими факторами являются снижение иммунологических защитных реакций организма (клеточного и гуморального иммунитета), расстройство корковой регуляции. В развитии и течении гнойно-воспалительных процессов головы и шеи важную роль играет количество причинной микрофлоры, общие и местные неспецифические и специфические защитные факторы организма, состояние различных органов и систем организма, а также анатомо-топографические особенности челюстно-лицевых тканей.

Все вышеперечисленное определяет характер воспалительной реакции: нормергическую, гиперергическую, гиперергическую, анергическую.

При быстром развитии воспалительного процесса с распространением на окружающие ткани и сосудистый бассейн с возникновением тромбоза, разлитого отека, с вовлечением лимфатических сосудов, узлов и развитием не только обширной местной, но и тяжелой общей реакции организма — это гиперергическая реакция, когда, несмотря на своевременное и рационально проведенное лечение, у данной группы пациентов процесс развивается медленнее. В этом случае воспалительный инфильтрат захватывает меньшее количество тканей. Общая реакция организма выражается в незначительном повышении температуры, изменения в составе периферической крови адекватны.

При этом нормергическую реакцию на гнойную одонтогенную инфекцию и местный гнойный процесс легче ликвидировать при своевременно развитом и адекватном лечении. У некоторых пациентов местное гнойное заболевание протекает со слабо выраженными местными и общими реакциями. Воспаление у таких пациентов ограничивается только локализованным абсцессом, отек окружающих тканей значительный, лимфангита, лимфаденита, тромбоза не наблюдается, скорость нарастания незначительна. Такие процессы со слабо выраженными местными и общими реакциями протекают по гиперергическому типу. Гнойный процесс может локализоваться поверхностно в тканях (абсцесс) или вовлекать в процесс глубоко залегающие ткани на значительный период. Это приводит к образованию общей межмышечной флегмоны или распространению по подкожной клетчатке, то есть вызывает разлитую эпифасциальную флегмону с отслаиванием и разрушением значительных участков кожи.

Результатом местной реакции макроорганизма на проникающие в него микроорганизмы является образование защитных барьеров, например, лимфатического вала, отделяющего источник инфекции от окружающих тканей; такими же барьерами являются лимфатические сосуды и лимфатические узлы. Во время развития тканевой реакции вокруг гнойного очага и размножения клеток соединительной ткани образуется грануляционный вал, который надежно ограничивает гнойный очаг. При длительном существовании ограниченного гнойного процесса из окружающего его грануляционного стержня образуется плотная соединительнотканная пиогенная оболочка, которая является надежным барьером, ограничивающим дальнейшее распространение инфекции. При наличии высоковирулентных инфекций и слабой ответной реакции макроорганизма защитные барьеры реагируют медленно, что часто приводит к прорыву инфекции через лимфатическую систему в кровотоки и развитию генерализации инфекции. Одновременно с местной реакцией на внедрение микроорганизмов отмечается общая реакция организма, степень которой определяется рядом условий. Степень выраженности такой реакции зависит от количества бактериальных токсинов и продуктов

распада тканей, которые проникли в организм из очага поражения, сопротивляемости организма. Прогрессирующая интоксикация приводит к нарушению кроветворения в костном мозге, в результате чего развивается анемия и значительные изменения в составе белой крови. Основное отличие общей реакции организма на гнойный процесс от реакции на сепсис заключается в том, что все симптомы его резко ослабевают или исчезают при проведении хирургической обработки гнойного очага и создании адекватного оттока раневого отделяемого. При сепсисе симптомы воспалительной реакции после этого почти не меняются. Определение степени общей реакции организма на местную гнойную одонтогенную инфекцию имеет важное значение для правильной оценки состояния пациента, возможного прогнозирования осложнений, составления комплексного плана лечения.

Схема ориентировочных действий при диагностике гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области с учетом оценки состояния иммунной системы включает в себя **проведение обследования пациента**:

1. Уточнить жалобы: общая слабость, вялость, сонливость, головная боль, нарушение сна, плохой аппетит, наличие функциональных нарушений органов и систем челюстно-лицевой области и их взаимосвязь с динамикой воспалительного процесса челюстно-лицевой локализации. Уточнить наличие жалоб, связанных с органами дыхания, головным мозгом, слухом, зрением, печенью, селезенкой, и их взаимосвязь с воспалительным процессом.

2. Собрать анамнез воспалительного заболевания: появление первых признаков, развитие этого заболевания с акцентом на выявление осложнений, длительное течение и характер температурной реакции организма, лечение и его эффект, возможное применение иммуномодуляторов и их эффективность.

3. Собрать анамнез жизни с указанием перенесенных и сопутствующих хронических заболеваний легких, верхних дыхательных путей, печени, почек, рецидивирующих форм воспалительных, вирусных и грибковых заболеваний (особенно в полости рта), длительного субфебрилитета неизвестной этиологии, лимфаденопатии, курсов R-терапии и химиотерапии, наличия опухолевых процессов, перенесенных хирургических вмешательств и характера заживления послеоперационных ран, наличия ранее перенесенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и их осложнений, аллергического статуса, использования иммунодепрессантов и глюкокортикоидов в терапевтических целях.

4. Выяснить характер работы и профессиональные вредности, связанные с химическими веществами и канцерогенами, радиацией, тяжелыми травмами и ожогами.

5. Выявить общие и местные проявления воспаления, провести обследование органов и систем пациента. При необходимости привлечь невропатолога, окулиста, отоларинголога, терапевта, гематолога для консультации.

Выявить несоответствия характера, локализации, тяжести воспалительного процесса характеру клинических и лабораторных проявлений у пациента. На основании полученных данных провести дифференциальную диагностику гнойно-воспалительных заболеваний смежных областей.

Дополнительные методы обследования: общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, а также определение кислотно-основного состава крови, исследование гнойного экссудата, лабораторная и иммунологическая оценка иммунного статуса пациентов на базе иммунологической лаборатории, рентгенография (получение обзорных рентгенограмм околоносовых пазух, рентгенограммы зубов, по показаниям рентгеноконтрастной томографии).

Классификация по локализации:

1. Поверхностные абсцессы и флегмоны мягких тканей верхней челюсти:
 - 1.1. Абсцессы и флегмоны подглазничной области.
 - 1.2. Абсцессы и флегмоны щечной области.
 - 1.3. Абсцессы и флегмоны скуловой области.
2. Глубокие абсцессы и флегмоны мягких тканей верхней челюсти:
 - 2.1. Абсцессы и флегмоны крыловидно-небной ямки.
 - 2.2. Абсцессы и флегмоны височной области.
 - 2.3. Абсцессы и флегмоны подвисочной ямки.
 - 2.4. Абсцессы и флегмоны орбиты.

АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-НЕБНОЙ ЯМКИ

Границы крыловидно-небной ямки: передняя — задняя поверхность тела верхней челюсти и глазничный отросток небной кости; задняя — крыловидный отросток клиновидной кости; внутренняя — вертикальная пластинка небной кости; верхняя — нижняя поверхность тела и основание большого крыла основной кости, большое крыло клиновидной кости.

Проекция крыловидной ямки на кожу представляет собой равносторонний треугольник, основанием которого является средняя треть линии, проведенной по верхнему краю скуловой дуги от верхнего края козелка уха до внешнего угла глаза. От этой линии под углом 60° строятся две боковые стороны.

Крыловидно-небная ямка находится в глубине между верхней челюстью и крыловидным отростком кнутри от крыловидной ямки. С подвисочной ямкой крыловидную ямку соединяет серповидная щель. Крыловидная ямка сообщается с орбитой через нижнюю глазничную щель; с носовой полостью — через клиновидно-небное отверстие, которое расположено на медиальной стенке крыловидной ямки; с ротовой полостью — через большой

небный канал, который открывается большим и малым небными отверстиями; со средней черепной ямкой — через круглое отверстие; с наружным основанием черепа — через крыловидный канал.

Основные источники и пути инфицирования:

1. Очаги одонтогенной инфекции в области больших коренных зубов верхней челюсти: 16, 17, 18, 26, 27, 28.
2. Инфицирование во время туберальной анестезии.
3. Вторичное поражение в результате распространения инфекции по длине из крыловидно-челюстного пространства, из височной, щечной, околоушно-жевательной областей.

Жалобы: высокая температура тела 39–40°, озноб, потливость, слабость, головная боль, боли в мышцах, суставах, отсутствие аппетита.

Локально: сильная рвущая спонтанная боль в области верхней челюсти, отдающая в область глаз и височную область, ограничение открывания рта, глаз, припухлость в области щек и виска.

Объективно: лицо асимметрично из-за умеренно выраженного отека тканей нижнего века.

Определяется гиперемия слизистой оболочки преддверия рта. При пальпации отмечается инфильтрация в задней части свода преддверия рта за бугром верхней челюсти, резко болезненная. Открывание рта умеренно ограничено. В полости рта часто определяется причинный зуб (апикальный, маргинальный периодонтит), ранее удаленный или недавно подвергшийся эндодонтическому лечению (рис. 1).



Рис. 1. Разлитая одонтогенная флегмона дна полости рта, окологлоточного, крыловидно-нижнечелюстного пространств, крылонебной ямки, осложненная тромбозом кавернозного и сигмовидного синусов, сепсисом, менингитом у ВИЧ-инфицированного пациента

Пути распространения инфекции: чешуя височной кости, оболочки головного мозга, головной мозг; глазница, синус твердой мозговой оболочки, головной мозг; крыловидно-нижнечелюстное пространство, окологлоточное пространство, переднее средостение.

Осложнения: флегмона глазницы, остеомиелит основания черепа, абсцесс головного мозга, менингит, тромбофлебит вен лица, тромбоз кавернозного синуса, медиастенит, сепсис.

Лечение включает в себя:

1. Общее (комплексная противовоспалительная терапия):
 - антибактериальную терапию;
 - антигистаминную терапию;
 - терапию нестероидными противовоспалительными препаратами;
 - дезинтоксикационную терапию;
 - антитромбоцитарную терапию.
2. Местное:
 - удаление причинного зуба;
 - первичную хирургическую обработку (ПХО) гнойного очага.

В технике ПХО при изолированном поражении крыловидно-небной ямки используется внутриротовой разрез в верхнем преддверии рта немного ниже переходной складки слизистой оболочки на уровне двух последних коренных зубов.

Затем верхние края раны отслаивают от кости верхней челюсти изогнутым зажимом, тупо проходят за бугорок верхней челюсти в крыловидно-небную ямку к месту скопления гноя. Операция завершается дренированием абсцесса путем введения трубчатого дренажа из ПВХ и перчаточных дренажей через операционную рану во рту (рис. 2).



Рис. 2. Схема оперативного доступа вскрытия абсцесса и флегмоны подвисочной и крыловидно-небной ямок внутриротовым доступом

Флегмона крыловидно-небной ямки обычно сочетается с поражением клетчаточных пространств прилежащих анатомических областей. В таких случаях дренирование этого пространства сочетается с операционными доступами, используемыми для вскрытия флегмоны соседних вовлеченных участков.

АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ

Границы височной области: верхняя и задняя — височная линия; нижняя — поперечный гребень основной кости; внутренняя — височная площадка, образованная височной, теменной и основной костями; наружная — скуловая дуга.

В височной области располагаются поверхностная и внутренняя височная фасции. Внутренняя височная охватывает височную мышцу. Она делится на два листка: поверхностный листок прикрепляется к наружной, а внутренний — к внутренней поверхности скуловой дуги. Между листками над скуловой дугой образуется межапоневротическое пространство, заполненное жировой тканью. Несмотря на значительную плотность височной фасции, сокращение височной мышцы заметно при жевании.

Абсцесс и флегмона височной области возникают вторично при распространении одонтогенной инфекции из щечной и околоушно-жевательной областей, крыловидно-нижнечелюстной областей, а также из крыловидной ямки. Абсцесс височной области встречается редко, чаще флегмона. Клинически различают следующие *формы флегмоны в височной области*:

1. Поверхностная.
2. Межапоневротическая.
3. Подапоневротическая.
4. Глубокая.
5. Разлитая.

Вскрытие поверхностного абсцесса, флегмоны височной области. Флегмона подкожно-жировой клетчатки височной области расположена между кожей и поверхностной височной фасцией.

Основные источники и пути инфицирования: гнойные заболевания кожи височной области (фурункулы, карбункулезный нарыв), инфицированные раны, флегмоны прилежащих участков — лобной, скуловой и околоушно-жевательной области.

Объективно: наблюдается асимметрия лица за счет выраженного отека височной области, гиперемия кожи, воспалительная инфильтрация не имеет четких границ.

Пути распространения инфекции: лобная, скуловая, околоушно-жевательная области.

Техника выполнения: вскрытие поверхностной флегмоны височной области осуществляется путем радиального разреза кожи через середину воспалительного инфильтрата на всем его протяжении (рис. 3).

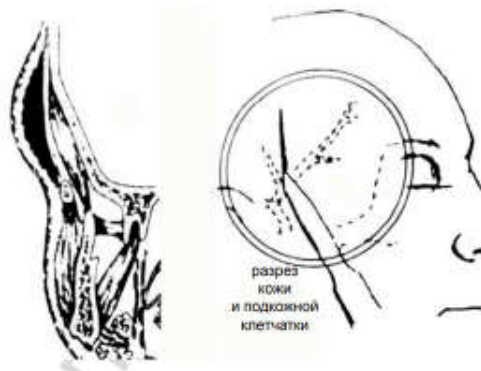


Рис. 3. Схема оперативного доступа вскрытия поверхностного абсцесса височной области наружным доступом

Расслаивая подкожно-жировую клетчатку с помощью зажима, вскрывают полость абсцесса и удаляют гной. Операция завершается дренированием абсцесса путем введения резинового перчаточного дренажа в операционную рану.

Вскрытие межапоневротического абсцесса височной области. Межапоневротический абсцесс височной области располагается между поверхностным и глубоким листками височной фасции (рис. 4).

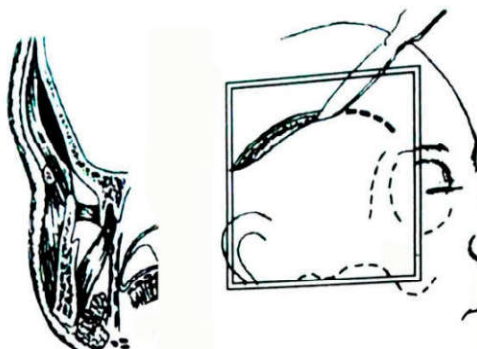


Рис. 4. Схема оперативного доступа вскрытия флегмоны височной области наружным доступом по проекции прикрепления височной мышцы

Основные источники и пути распространения инфекции: остеомиелит скуловой кости.

Объективно: наблюдается асимметрия лица за счет отека височной области, умеренная гиперемия кожи, воспалительный инфильтрат занимает нижнюю часть височной области и имеет четко очерченную границу по верхнему краю скуловой дуги.

Пути инфицирования: особенностью межапоневротического пространства височной области является его относительная закрытость за счет того, что поверхностный и глубокий листки височной фасции прикреплены к наружной и внутренней поверхностям скуловой дуги. Поэтому при абсцессе межапоневротического пространства воспалительный инфильтрат занимает нижнюю часть височной области и имеет четко очерченную границу по скуловой дуге.

Техника выполнения: вскрытие межапоневротического абсцесса височной области производится разрезом по верхнему краю скуловой дуги. С помощью кровоостанавливающего зажима удаляют подкожно-жировую клетчатку с наружной поверхности височного апоневроза на 0,5–1 см выше края скуловой дуги. Рассекают поверхностный листок височного апоневроза в месте прикрепления к височной дуге на ширину 2 см. Вводят зажим в межапоневротическое пространство и отслаивают клетчатку, вскрывают гнойный очаг, выводят гной. Операция завершается дренированием абсцесса путем введения резиновых перчаточных дренажей в операционную рану (рис. 5).

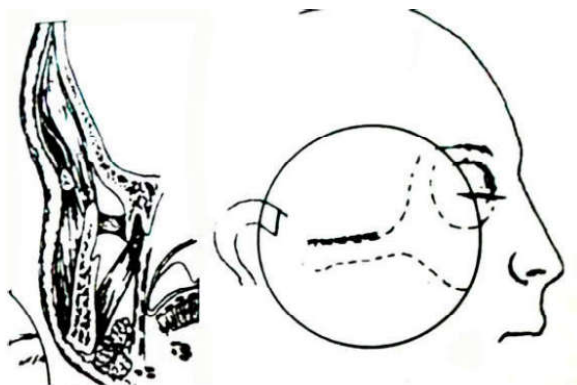


Рис. 5. Схема оперативного доступа вскрытия флегмоны височной области наружным доступом над скуловой дугой

Вскрытие подапоневротического абсцесса, флегмоны височной области. Подапоневротическая форма абсцесса, флегмоны височной области локализуется между глубоким листком височной фасции и височной мышцей.

Объективно: отмечается умеренная асимметрия лица за счет отека височной области, коллатеральный отек, распространяющийся на верхнее и нижнее веко, умеренная гиперемия кожи, воспалительный инфильтрат сверху ограничен височной областью и линией прикрепления височного апонев-

роза, пальпация инфильтрата вызывает боль, воспалительная контрактура височной мышцы.

Пути распространения инфекции: в поджевательное пространство, а оттуда в жировой комок щеки через височный отросток комка Биша.

Техника выполнения: вскрытие подапоневротического абсцесса, флегмоны височной области проводят радиальным разрезом через середину воспалительного инфильтрата на всем его протяжении. Захватив и приподняв височный апоневроз, разрезают его. Через разрез в подапоневротическое пространство вводят зажим, а затем рассекают височный апоневроз над расширенными браншами зажима на протяжении кожной раны. Тупо вскрывают абсцесс и эвакуируют гной. Чтобы предотвратить склеивание краев раны и создать благоприятные условия для полного дренирования абсцесса, проводят дополнительное рассечение височного апоневроза в поперечном направлении. Операция завершается дренированием абсцесса путем введения в операционную рану резиновых перчаточных дренажей.

Вскрытие глубокого абсцесса, флегмоны височной области. Глубокая форма абсцесса, флегмоны височной области локализуется между височной мышцей и надкостницей височной кости.

Объективно: наблюдается умеренная асимметрия лица за счет отека височной области, слабая гиперемия кожи, воспалительный инфильтрат строго ограничен в верхней части височной области линией прикрепления височного апоневроза, пальпация инфильтрата вызывает боль, а открывание рта сильно ограничено.

Пути распространения инфекции: воспалительный процесс распространяется в крыловидную ямку, по протяжению в височно-крыловидное пространство. Наиболее опасным является распространение флегмоны на основание черепа, а следовательно, и в полость черепа.

Техника выполнения: вскрытие глубокого абсцесса, флегмоны височной области проводят путем радиального разреза кожи через середину участка наибольшей флюктуации на всю ширину инфильтрата. Захватив и приподняв височный апоневроз, разрезают его. Через разрез в подпонеувротическое пространство вводят зажим, а затем рассекают височный апоневроз над браншами зажима на протяжении всей раны. Чтобы предотвратить склеивание краев раны и создать благоприятные условия для полного дренирования абсцесса, проводят дополнительное рассечение височного апоневроза в поперечном направлении. С помощью зажима волокна височной мышцы разводят в стороны от воспалительного инфильтрата, тупо раздвигая ткани зажимом, проникая в подмышечное клеточное пространство, вскрывая абсцесс и удаляя гной. Операция завершается дренированием абсцесса путем введения резинового перчаточного дренажа в операционную рану.

Вскрытие разлитого абсцесса, флегмоны височной области. Разлитая флегмона височной области — это тотальный воспалительный процесс, в который вовлекаются все вышеперечисленные клеточные пространства.

Техника выполнения: вскрытие флегмоны проводят дугообразным разрезом над линией прикрепления височной мышцы к височной кости и горизонтальным разрезом по верхнему краю скуловой дуги.

Крючком оттягивают нижний край раны, пересекают височный апоневроз и височную мышцу вдоль верхней височной линии. Отслаивая височную мышцу от места ее прикрепления к височной кости, заходят в подмышечное пространство, тупо вскрывают гнойный очаг и удаляют гной. Операция завершается дренированием абсцесса путем введения трубчатых дренажей в операционную рану.

АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ

Границы подвисочной ямки: передняя — бугорок верхней челюсти и нижняя часть височной поверхности скуловой кости; задняя — шиловидный отросток височной кости с отходящими от него мышцами и передняя поверхность мышечного отростка нижней челюсти; наружная — внутренняя поверхность нижней челюсти; внутренняя — наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости; верхняя — гребешок большого крыла клиновидной кости.

С нижнемедиальной стороны крыловидная ямка ограничена медиальной крыловидной мышцей, которая начинается от крыловидной ямки и прикрепляется к внутренней поверхности угла нижней челюсти.

Латеральная крыловидная мышца, верхнечелюстная артерия, крыловидное венозное сплетение и ветви нижнечелюстного нерва расположены в подвисочной ямке. Подвисочная ямка медиально сообщается с крыловидной ямкой. Нет никаких анатомических образований, разделяющих эти два пространства.

Основные источники и пути заражения:

1. Очаги одонтогенной инфекции в области 18, 17, 27, 28 зубов.
2. Инфекция во время туберальной анестезии.
3. Вторичное поражение в результате распространения инфекции по длине из крыловидно-челюстного пространства, из височной, щечной, околоушно-жевательной областей.

Жалобы: высокая температура тела 38 °С, озноб, потливость, слабость, головная боль, боли в мышцах, суставах, отсутствие аппетита.

Местно: сильная рвущая спонтанная боль в области верхней челюсти, отдающая в глаза и височную область, ограничение открывания рта, припухлость в области щек и виска (рис. 6).



Рис. 6. Абсцесс подвисочной ямки справа

Объективно: конфигурация лица изменена из-за наличия отека в височной области с наличием перетяжки в области скуловой дуги (форма песочных часов), кожные покровы по цвету не изменены. Местные признаки воспаления очень хорошо выявляются при осмотре полости рта в виде сглаживания заднего свода преддверия рта, гиперемии слизистой оболочки. При пальпации определяется инфильтрат за бугорком верхней челюсти, резко болезненный. Определяется гиперемия слизистой оболочки преддверия рта. Открывание рта ограничено. При флегмоне подвисочной в большинстве случаев определяется инфильтрат в области переходной складки верхнезаднего отдела полости рта; при флегмоне височной области этот симптом отсутствует. В полости рта часто определяется зуб, вызывающий заболевание (апикальный, краевой периодонтит), или ранее удаленный, или недавно подвергшийся эндодонтическому лечению.

Пути распространения: височная, околоушно-жевательная области, крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства, крыловидно-небная ямка, глазница, твердая мозговая оболочка, головной мозг (рис. 7).



Рис. 7. Одонтогенный остеомиелит верхней челюсти, осложненный разлитой флегмоной подвисочной ямки, височной, околоушно-жевательной областей, окологлоточного пространства

Осложнения: флегмона глазницы, остеомиелит основания черепа, абсцесс головного мозга, менингит, тромбофлебит вен лица, тромбоз кавернозного синуса (рис. 8).



Рис. 8. Одонтогенный остеомиелит нижней челюсти, осложненный разлитой гнилостно-некротической флегмоной дна полости рта и шеи слева, околоушно-жевательной областей, крыловидно-нижнечелюстного и окологлоточного пространств, подвисочной ямки, височной области слева

Лечение включает в себя:

1. Общее (комплексная противовоспалительная терапия):

- антибактериальную терапию;
- антигистаминную терапию;
- терапию нестероидными противовоспалительными препаратами;
- дезинтоксикационную терапию.

2. Местное:

- удаление причинного зуба;
- ПХО гнойного очага. В технике ПХО при изолированном поражении

подвисочной ямки используется внутриротовой разрез в верхнем преддверии рта немного ниже переходной складки слизистой оболочки на уровне двух последних коренных зубов. Затем верхние края раны отслаивают от верхней челюсти и изогнутым зажимом тупо проводят за бугорок верхней челюсти в подвисочную ямку к месту скопления гноя. Операция завершается дренированием абсцесса путем введения трубчатого дренажа из ПВХ и резиновым перчаточным дренажом через операционную рану во рту.

Флегмона подвисочной ямки обычно сочетается с поражением клетчаточных пространств прилегающих анатомических областей. В таких случаях дренирование сочетается с операционными доступами, используемыми для вскрытия флегмоны соседних вовлеченных участков.

АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ОРБИТЫ

Границы области орбиты соответствуют стенкам полости орбиты с ее содержимым.

Стенки орбиты: верхняя — глазничная поверхность лобной кости и малое крыло клиновидной кости; нижняя — глазничная поверхность верхней челюсти, наружная — скуловая кость и большое крыло клиновидной кости, внутренняя — глазничная пластинка решетчатой кости и слезная кость. Через нижнюю глазничную щель глазница сообщается с крыловидной и подвисочной ямками.

Вход в орбитальную полость представлен плотной фасцией, называемой орбитальной перегородкой (*septum orbitale*). Эта фасциальная пластина с одной стороны крепится к надкостнице костей, ограничивающих вход в глазницу, а с другой стороны — к хрящам век. Таким образом, орбитальная перегородка делит полость глазницы на две части: поверхностную, включающую веки, и глубокую, или собственно орбитальную область, где расположены глазное яблоко, сосуды, мышцы, нервы и жировая ткань. Глазное яблоко окружено плотной соединительнотканной капсулой, поверх которой находится жировое тело орбиты. Это жировое тело орбиты заполняет пространство между глазным яблоком и костными стенками орбиты, способствуя легкости движения глазного яблока как своеобразного сферического сустава. За ней находится глубокое клеточное пространство (ретробульбарная клетчатка), представляющее собой большое скопление жировых клеток, покрывающих проходящие здесь сосуды и нервы.

Полость глазницы представляет собой четырехстороннюю пирамиду, обращенную основанием вперед и латерально, а вершиной назад и медиально. Кпереди полость глазницы открывается широким входом в глазницу (*aditus orbitae*), который является как бы основанием пирамиды, ограниченным глазничным краем (*margo orbitalis*). У взрослых людей вход в полость глазницы имеет очертание четырехугольника с закругленными краями, вертикальный размер которого равен около 35 мм, горизонтальный — 40 мм. По мере углубления в полость нижние края наружной и внутренней стенок постепенно сходятся между собой, и на глубине 28–32 мм глазницу представляют не четыре, а только три стенки. При этом форма фронтального сечения на вершине орбиты приближается к треугольной. У взрослого человека объем орбиты составляет примерно 30 см³, у новорожденных — от 5 до 8–9 см³.

Медиальные стенки орбит лежат в сагиттальной плоскости и располагаются почти параллельно, а расстояние между ними в среднем равно 25 мм. Латеральная стенка составляет с медиальной стенкой угол около 45°, открытый кпереди. Продольные оси обеих глазниц, проведенные от середины входа в них к середине зрительного канала, сходятся в области турецкого седла

под углом в 45° . Таким образом, угол между передне-задней осью глазницы и латеральной и медиальной ее стенками равняется половине 45° , то есть $22,5^\circ$. При взгляде прямо вперед (в бесконечность) зрительная ось глазного яблока образует с осью глазницы угол $22,5-23^\circ$. Эту позицию глазного яблока называют базисной. При взгляде вдаль оба глаза относительно друг друга расположены так, что зрительные оси их параллельны, а расстояние между зрительными осями, то есть между центрами зрачков, у взрослых людей составляет 58–66 мм. Медиальная стенка глазницы лежит в сагиттальной плоскости, латеральная стенка образует с ней угол около 45° .

Длина передне-задней оси глазниц (глубина орбиты) колеблется от 42 до 50 мм (в среднем 45 мм). Эти показатели у мужчин на 2–3 мм больше, чем у женщин. Необходимо иметь в виду, что при различных манипуляциях в глазнице (зондирование ран, введение иглы при ретробульбарных инъекциях, поднадкостничная отсепаровка тканей) инструмент нельзя вводить глубже 40–45 мм, чтобы не попасть в полость черепа.

В образовании орбиты принимают участие семь костей черепа: лобная кость (*os frontale*), скуловая кость (*os zygomaticum*), верхняя челюсть (*maxilla*), слезная кость (*os lacrimale*), решетчатая кость (*os ethmoidale*), клиновидная кость (*os sphenoidale*) и небная кость (*os palatinum*).

Сверху надглазничный край (*margo supraorbitalis*) входа в глазницу образован одноименным краем лобной кости и ее скуловым отростком. Латеральный край (*margo lateralis*) входа в глазницу формирует скуловая кость. Лобный отросток скуловой кости, соединяясь со скуловым отростком лобной кости, образует лобно-скуловой шов (*sutura frontozygomatica*). Медиальный край глазницы (*margo medialis*) сформирован носовой частью лобной кости и лобным отростком верхней челюсти. Медиальный край проходит по переднему слезному гребню (*crista lacrimalis anterior*).

Стенки глазницы. Различают четыре стенки глазницы, переходящие одна в другую без выраженных углов: верхнюю, латеральную, нижнюю и медиальную. Анатомо-топографические особенности костных стенок глазницы заслуживают более детального описания ввиду того, что, с одной стороны, в них имеются отверстия, каналы и щели, через которые проходят кровеносные сосуды и нервы, с другой, они непосредственно граничат с рядом полостей (параназальными синусами и, что особенно важно, с полостью черепа).

Верхняя стенка (*paries superior*) гладкая, слегка вогнутая, лежит почти горизонтально. Она образована главным образом глазничной частью лобной кости, к которой сзади примыкает малое крыло клиновидной кости. Между этими двумя костями проходит клиновидно-лобный шов (*sutura sphenofrontalis*). Верхняя стенка глазницы тонкая (толщина в среднем 1,5 мм) и хрупкая.

В латеральном отделе верхней стенки, у края орбиты, хорошо видно углубление — ямку слезной железы (*fossa glandulae lacrimalis*). К ямке прилежит верхняя выпуклая поверхность глазничной части слезной железы. В медиальном отделе верхней стенки приблизительно на расстоянии 4–5 мм от верхнего края орбиты, вблизи лобной вырезки, находится небольшое углубление — блоковая ямка (*fovea trochlearis*), рядом с которой расположен небольшой величины шип — блоковая ость (*spina trochlearis*). Здесь прикрепляется хрящевое кольцо, являющееся блоком (*trochlea*) сухожилия верхней косой мышцы глазного яблока. Повреждение блока при травмах или оперативных вмешательствах (в частности, при операциях на лобной пазухе) влечет за собой развитие тягостной и стойкой диплопии и косоглазия вследствие дисфункции верхней косой мышцы.

Латеральная стенка (*paries lateralis*) представлена в переднем отделе глазничной поверхностью лобного отростка скуловой кости и небольшим участком скулового отростка лобной кости, в заднем — глазничной поверхностью большого крыла клиновидной кости. Между лобным отростком скуловой кости и скуловым краем большого крыла клиновидной кости проходит клиновидно-скуловой шов (*sutura sphenozygomatica*).

На глазничной поверхности лобного отростка скуловой кости, в 11 мм ниже лобно-скулового шва и в 4–5 мм позади орбитального края, располагается небольшой костный выступ — глазничное возвышение (*eminentia orbitalis*), или наружный глазничный бугорок Уитналла (*Whitnall*), к которому прикрепляется ряд соединительнотканых структур, совокупность которых составляет латеральную сеть (*retinaculum laterale*).

Латеральная стенка является наиболее прочной и толстой (от 2,0 до 4,0 мм) из всех стенок глазницы. Она отделяет глазницу от височной ямки, заполненной главным образом височной мышцей. В заднем отделе наружная стенка граничит со средней черепной ямкой (височная доля мозга).

Между латеральной и верхней стенками в глубине глазницы располагается верхняя глазничная щель, а между латеральной и нижней стенками — нижняя глазничная щель.

Нижняя стенка орбиты имеет сравнительно небольшую толщину и является «крышей» верхнечелюстной пазухи. При острых и хронических воспалительных процессах в верхнечелюстной пазухе в процесс могут вовлекаться глазница и ее содержимое, из этой пазухи в глазницу могут прорасти опухоли. При травмах возможны ее переломы, которые сопровождаются опущением глазного яблока и ограничением его подвижности кверху и кнаружи при ущемлении в разломе нижней косой мышцы, энофтальмом из-за смещения задних порций жирового тела за пределы глазницы.

Медиальная стенка (*paries medialis*) расположена сагиттально. В построении ее последовательно спереди назад участвуют лобный отросток

верхней челюсти, слезная кость, глазничная пластинка решетчатой кости и латеральная поверхность тела клиновидной кости, а также сверху — медиальный участок глазничной части лобной кости.

В переднем отделе медиальной стенки между лобным отростком верхней челюсти с его передним слезным гребнем и слезной костью с ее задним слезным гребнем имеется ямка слезного мешка (*fossa sacci lacrimalis*). Книзу от этой ямки начинается костный носослезный канал (*canalis nasolacrimalis*), который открывается под нижней носовой раковиной. В костном углублении располагается слезный мешок, продолжением которого является носослезный проток, открывающийся затем в полость носа.

Медиальная стенка глазницы граничит с решетчатым лабиринтом, клиновидной пазухой и полостью носа. Она является самой тонкой (0,2–0,4 мм).

Через нижнюю глазничную щель в глазницу входят ветви верхнечелюстного нерва (*n. maxillaris*) — подглазничный и скуловой нервы (*nn. infraorbitalis et zygomaticus*), глазничные ветви (*rr. orbitales*), отходящие от *ganglion pterigopalatinum*, а также подглазничная артерия (*a. infraorbitalis*) — ветвь верхнечелюстной артерии (*a. maxilaris*) из системы *a. carotis externa*. Покидает ее одна из двух ветвей нижней глазной вены, анастомозирующая затем с *plexus (venosus) pterygoideus*.

На границе нижней и верхней глазничных щелей у основания большого крыла клиновидной кости расположено круглое отверстие (*foramen rotundum*), связывающее среднюю черепную ямку с крыловидно-небной. Через это отверстие проходит вторая ветвь тройничного нерва — верхнечелюстной нерв (*n. maxillaris*), от которого в крыловидно-небной ямке отходят два основных его ствола: подглазничный (*n. infraorbitalis*) и скуловой (*n. zygomaticus*). Оба нерва проникают затем в полость глазницы через нижнюю глазничную щель. В дальнейшем подглазничный нерв вместе с подглазничной артерией располагается под надкостницей в подглазничной борозде, а затем переходит в подглазничный канал и выходит на лицевую поверхность верхней челюсти. В глазнице скуловой нерв делится на две ветви: скулолицевую (*n. zygomaticofacialis*) и скуловисочную (*n. zygomaticotemporalis*), которые проходят в одноименных каналцах скуловой кости и разветвляются в коже скуловой и височной областей.

Жировая клетчатка глазницы заполняет все пространство между сосудами, глазным яблоком, фасциями, нервными стволами, железами и стенками глазницы, формируя жировую подушку. Она имеет более рыхлую структуру и меньшую плотность клеток на единицу площади по сравнению с подкожной жировой клетчаткой. Адипоциты мельче и менее дифференцированы, чем клетки сальника и подкожной жировой клетчатки. В жировой ткани глазницы обнаружены клетки стромально-сосудистой фракции, включающие

стволовые и прогениторные клетки, фибробласты, эндотелиальные и иммунные клетки.

Орбитальная клетчатка неоднородна по строению, соединительнотканнми перемычками разделена на отдельные сегменты. Имеется тенденция к ее истончению по направлению к вершине глазницы, из-за чего жировая прослойка между мышцами и надкостницей в вершине глазницы отсутствует, а мышцы прилежат непосредственно к стенкам глазницы. Клетчатка, являясь амортизатором для глазного яблока, расположена снизу и с боков от него. В небольшом количестве находится в верхней части глазницы. По своей структуре и расположению клетчатку глазницы можно разделить на парабульбарную и ретробульбарную, между которыми имеется ряд отличительных признаков.

Ретробульбарная клетчатка, располагающаяся в мышечной воронке, в ретробульбарной части тенового пространства, имеет вид рыхлых оформленных продолговатых долек, которые без труда отделяются с помощью тупого инструмента, полностью освобождая ретробульбарную часть тенового пространства.

Парабульбарная клетчатка, расположенная между мышечной воронкой и стенками глазницы, более плотная, содержит соединительнотканнне перемычки и препарируется путем рассечения.

Важное клиническое значение имеет характер распространения жировой клетчатки в глазнице и проходящих сосудов. Так, парабульбарная жировая клетчатка глазницы служит своего рода амортизатором при механических повреждениях глазницы. При этом в большей степени страдают те участки мышц, которые слабо или вообще не прикрыты клетчаткой. Например, при переломах нижней стенки глазницы преимущественно в средней и задней трети наблюдается повреждение нижней прямой мышцы, где она недостаточно прикрыта клетчаткой и прилежит непосредственно к нижней стенке глазницы. При этом отломок нижней стенки глазницы, смещаясь в гайморову пазуху, ведет за собой фиксированную к нему нижнюю прямую мышцу, вызывая нарушения подвижности и положения глазного яблока.

В ретробульбарной клетчатке проходит венозное сплетение, сообщающееся с мозговыми сосудами, венами лица, в частности, крыловидной ямки. Согласно некоторым авторам, клетчатка обильно пронизана оформленными лимфатическими сосудами. Такое строение в свою очередь способствует быстрому отеку прилежащих тканей во время воспалительного процесса, они взбухают в сторону открытой части глазницы, развивается экзофтальм.

У больных с микрофтальмом, колобоммами хориоидеи, пигментной дегенерацией в сочетании с энтофтальмом различной этиологии были обнаружены бессосудистые уплотнения ретробульбарной клетчатки, что позволяет предположить влияние ретробульбарной клетчатки на патологию трофической системы глаза и рефрактогенез. Также считается, что ретробульбарная клетчатка

производит липиды фоторецепторных мембран, а врожденные и возрастные изменения липидов могут стать причиной развития дистрофии сетчатки.

Зарубежными учеными была выявлена зависимость между значением внутриглазного давления и объемом ретробульбарной жировой клетчатки. Оказалось, что ее увеличенный объем у тучных людей сопровождается более высокими значениями внутриглазного давления, чем у людей с нормальной массой тела.

Основные источники инфекции и пути ее проникновения:

1. Флегмона поверхностного клетчаточного пространства возникает при инфицировании ран кожи век, слезных желез, нагноении при гематомах и т. д.

2. Глубокая флегмона — при наличии очагов одонтогенной инфекции в области клыка и 15, 14, 13, 23, 24, 25 зубов.

3. Тромбофлебит угловой вены, а также при фронтите, этмоидите и др.

4. Вторичное поражение в результате распространения гноя из верхнечелюстной пазухи, решетчатой кости, подглазничной, щечной, подвисочной и крыловидной ямок.

Жалобы: высокая температура тела 39–40 °С, озноб, потливость, слабость, головная боль, боли в мышцах, суставах, отсутствие аппетита.

Местно: сильная слезоточивость, спонтанная боль в глазном яблоке, сильное ограничение или невозможность открыть глаз, нарушение зрения.

Объективно: наблюдается отек век и конъюнктивы глазного яблока, экзофтальм. Гиперемия кожи век. Глазная щель сужена, движение глазного яблока ограничено (рис. 9). Давление на глазное яблоко вызывает боль. Ухудшается зрение (диплопия).



Рис. 9. Флегмона орбиты справа

Пути распространения: венозные синусы твердой мозговой оболочки, подвисочная и крыловидная ямка, мозговые оболочки, головной мозг, роговица глаза.

Осложнения: абсцесс головного мозга, менингит, тромбоз кавернозного синуса, сепсис, атрофия зрительного нерва, слепота.

Лечение включает в себя:

1. Общее (комплексная противовоспалительная терапия):
 - антибактериальную терапию;
 - антигистаминную терапию;
 - терапию нестероидными противовоспалительными препаратами;
 - дезинтоксикационную терапию;
 - антитромбоцитарную терапию.
2. Местная:
 - удаление причинного зуба;
 - ПХО гнойного очага.

Техника выполнения ПХО при вскрытии поверхностного абсцесса в области верхнего века: разрез проводят через центр инфильтрата в области самой верхней части орбиты. При локализации инфильтрата в области нижнего века делают разрезы вдоль нижне-наружного края орбиты, отступая от него на 0,5 см в одном случае вниз, а в другом — вверх (рис. 10, 11).

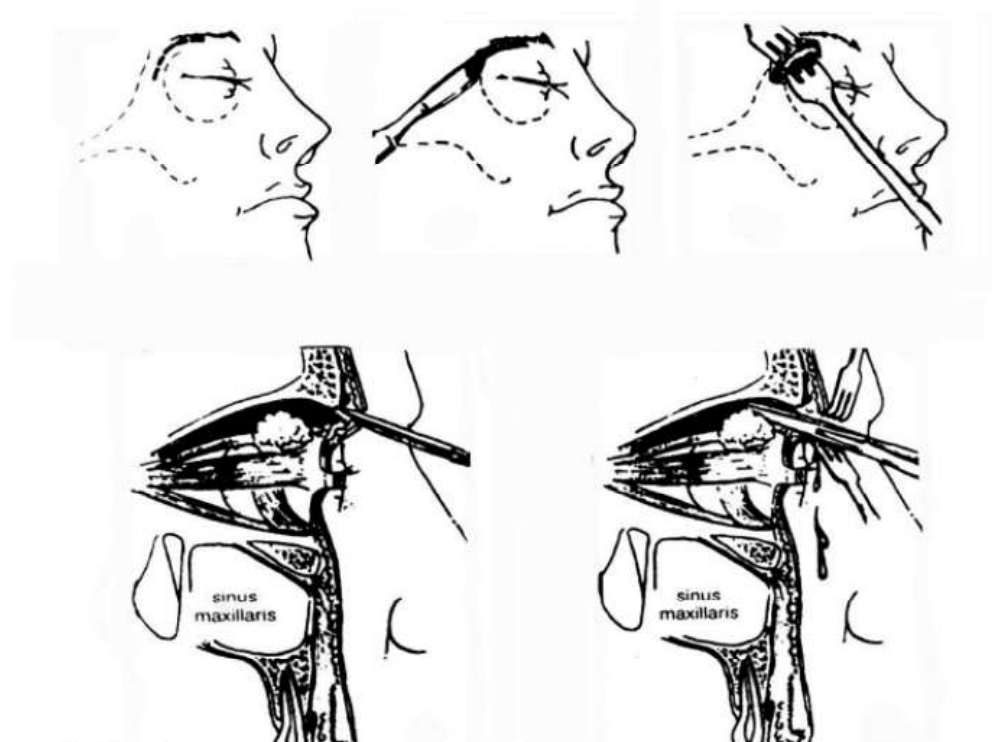


Рис. 10. Схема оперативного доступа вскрытия абсцесса и флегмоны предбуглярного отдела глазницы наружным доступом по верхне-наружному краю глазницы



Рис. 11. Схема оперативного доступа вскрытия абсцесса и флегмоны предбуглярного отдела глазницы наружным доступом по нижне-наружному краю глазницы

При использовании верхнего разреза для вскрытия глубокой флегмоны орбиты на верхнем веке выполняется отрыв нижнего края раны от надкостницы. В месте прикрепления к верхнему или нижнему краям орбиты располагается глазничная перегородка. Вскрывают абсцесс путем расслаивания клетчатки верхней орбиты, а затем с помощью кровоостанавливающего зажима проводят по главному яблоку, ориентируясь на костные стенки.

Методика внутриротового доступа при флегмоне орбиты: через верхнечелюстную пазуху путем трепанации нижней стенки орбиты (рис. 12). Этот доступ позволяет пройти в нижний, латеральный и дистальный отделы орбиты и целесообразен при первичном поражении верхнечелюстной пазухи. Иногда выполняются оба разреза — наружным доступом и через верхнечелюстную пазуху, что создает лучший отток экссудата.

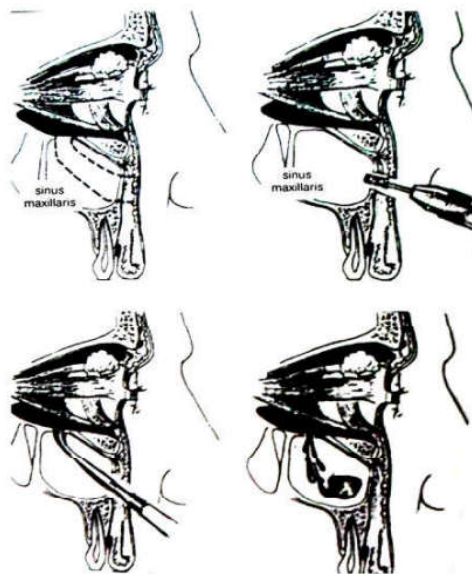


Рис. 12. Схема оперативного доступа вскрытия флегмоны позадибуглярного отдела глазницы внутриротовым доступом через верхнечелюстную пазуху

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. Основные источники инфицирования височной области:

- а) одонтогенная инфекция от 18, 17, 27, 28 зубов;
- б) одонтогенная инфекция от 14, 15, 24, 25 зубов;
- в) вторичное инфицирование в результате распространения воспалительного процесса из крыловидной ямки;
- г) инфекционно-воспалительные поражения кожи, инфицированные раны височной области.

2. Местные признаки развития воспалительного процесса в подвисочной ямке:

- а) ограничение открывания рта;
- б) затрудненное дыхание;
- в) болезненное глотание;
- г) отек мягких тканей под скуловой дугой;
- д) отек мягких тканей над скуловой дугой.

3. Местонахождение гнойного экссудата при поверхностной локализации абсцесса височной области:

- а) между апоневрозом височной мышцы и костью;
- б) между кожей и апоневрозом височной мышцы;
- в) между наружным апоневрозом и височной мышцей.

4. Функции, которые нарушаются при флегмоне височной области:

- а) жевание;
- б) глотание;
- в) речь;
- г) дыхание.

5. Наиболее вероятные пути распространения гнойно-воспалительного процесса из подвисочной и крыловидно-небной ямки:

- а) полость глазницы;
- б) подчелюстная область;
- в) крыловидно-нижнечелюстное пространство;
- г) окологлоточное пространство.

6. Симптомы экзофтальма и диплопии характерны для:

- а) абсцесса подглазничной области;
- б) абсцесса подвисочной ямки;
- в) абсцесса ретробульбарной клетчатки;
- г) абсцесса щечной области;
- д) абсцесса скуловой области.

7. Хемоз типичен для:

- а) абсцесса подглазничной области;
- б) абсцесса предбугорной клетчатки;
- в) абсцесса ретробугорной клетчатки;
- г) абсцесса щечной области.

8. Флегмона, для которой характерно ограничение открывания рта:

- а) подглазничной области;
- б) подвисочной ямки;
- в) орбиты.

9. Симптомы, характерные для флегмоны орбиты:

- а) пульсирующая боль в области глазного яблока;
- б) отек век;
- в) ограничение открывания рта;
- г) снижение остроты зрения;
- д) головная боль;
- е) болезненное глотание.

Ответы: 1 — а, в, г; 2 — а, д; 3 — б, в; 4 — а; 5 — а, в, г; 6 — в; 7 — б, в;
8 — б; 9 — а, б, г, д.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Соловьев, М. М.* Абсцессы, флегмоны головы и шеи / М. М. Соловьев, О. П. Большаков. – М. : Медпресс, 2001. – 230 с.
2. *Хирургическая стоматология* : учеб. / под ред. Т. Г. Робустовой. 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2003. – 504 с.
3. *Хирургическая стоматология* : учеб. / под ред. В. В. Афанасьева. – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2011. – 880 с.
4. *Турчина, Е. В.* Бактериальный пейзаж абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области у больных, проживающих в Забайкальском крае / Е. В. Турчина, И. С. Пинелис // Российская стоматология. – 2016. – № 9 (2). С. 89–90.
5. *Шаргородский, А. Г.* Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи / А. Г. Шаргородский. – ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 273 с.
6. *Шаргородский, А. Г.* Клиника, диагностика лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) / А. Г. Шаргородский. – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2002. – 528 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Этиология и патогенез	4
Абсцессы и флегмоны крыловидно-небной ямки.....	9
Абсцессы и флегмоны височной области	12
Абсцессы и флегмоны подвисочной ямки	16
Абсцессы и флегмоны орбиты.....	19
Самоконтроль усвоения темы.....	27
Список использованной литературы.....	29

Учебное издание

Гричанюк Дмитрий Александрович
Качалов Сергей Николаевич
Раптунович Юрий Анатольевич

**АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ,
КРЫЛОВИДНО-НЕБНОЙ ЯМКИ,
ВИСОЧНО-КРЫЛОВИДНОГО ПРОСТРАНСТВА,
ОБЛАСТИ ГЛАЗНИЦЫ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск Д. А. Гричанюк
Редактор О. П. Головницкая
Компьютерная верстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 13.05.25. Формат 60×84/16. Бумага писчая «PROJECTA Special».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,86. Уч.-изд. л. 1,47. Тираж 70 экз. Заказ 333.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 24.11.2023.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.