

**Л. И. ТЕСЕВИЧ, Н. Н. ЧЕРЧЕНКО**

**ПОВЕРХНОСТНЫЕ И ГЛУБОКИЕ АБСЦЕССЫ  
И ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОЧЕЛЮСТНЫХ  
ТКАНЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Минск БГМУ 2015

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

**Л. И. ТЕСЕВИЧ, Н. Н. ЧЕРЧЕНКО**

**ПОВЕРХНОСТНЫЕ И ГЛУБОКИЕ АБСЦЕССЫ  
И ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОЧЕЛЮСТНЫХ  
ТКАНЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2015

УДК 616.716.4-002.36 (075.8)

ББК 56.6 я73

Т36

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 15.10.2014 г., протокол № 2

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав. каф. челюстно-лицевой хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования А. С. Артюшкевич; канд. мед. наук, доц., зав. каф. общей стоматологии Белорусского государственного медицинского университета Н. М. Полонейчик

**Тесевиц, Л. И.**

Т36 Поверхностные и глубокие абсцессы и флегмоны окологлазничных тканей нижней челюсти : учеб.-метод. пособие / Л. И. Тесевиц, Н. Н. Черченко. – Минск : БГМУ, 2015. – 54 с.

ISBN 978-985-567-327-0.

Содержит план изучения темы и блок современной информации о клинических проявлениях и диагностике гнойно-воспалительных процессов в тканях около нижней челюсти.

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

УДК 616.716.4-002.36 (075.8)

ББК 56.6 я73

ISBN 978-985-567-327-0

© Тесевиц Л. И., Черченко Н. Н., 2015  
© УО «Белорусский государственный  
медицинский университет», 2015

## МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

**Общее время занятий:** 12 ч.

Преимущественно источники инфекции у больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области имеют одонтогенную природу. Для возникновения и дальнейшего развития абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи необходимо сочетание местного и общего факторов. Знание клинической картины проявлений абсцессов и флегмон окологлазничных тканей нижней челюсти, методов диагностики и обследования пациентов с такой патологией позволит будущему врачу-стоматологу правильно распознавать данное состояние, составлять план необходимых дополнительных обследований, избирать оптимальную тактику хирургического лечения, а затем курации пациента и тем самым снизить количество тяжелых осложнений гнойно-воспалительного процесса.

**Цель занятия:** научиться диагностировать поверхностные и глубокие гнойно-воспалительные процессы (абсцессы и флегмоны) в окологлазничных тканях нижней челюсти, проводить их дифференциальную диагностику, составлять план необходимого обследования и оперативного лечения.

**Задачи занятия:**

1. Изучить этиологию, патогенез и клиническую картину поверхностных абсцессов и флегмон в области нижней челюсти.
2. Освоить основные методы выявления клинических симптомов, характерных для абсцессов и флегмон окологлазничных тканей нижней челюсти.
3. Обучиться составлять план обследования больных с поверхностными и глубокими абсцессами и флегмонами окологлазничных тканей нижней челюсти.
4. Научиться проводить дифференциальную диагностику околоносовых абсцессов и флегмон.
5. Научиться оценивать тяжесть течения абсцессов и флегмон в области нижней челюсти для предотвращения развития возможных тяжелых осложнений.
6. Освоить основные мануальные навыки осуществления оперативного доступа при проведении первичной хирургической обработки абсцессов и флегмон окологлазничных тканей нижней челюсти.

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

- топографическая анатомия и оперативная хирургия человека: анатомия нижней челюсти; кровоснабжение головы и шеи; пути регионарного лимфооттока от органов головы и шеи; мышцы в области нижней челюсти; клетчаточно-фасциальные пространства в области нижней челюсти и шеи;
- челюстно-лицевая хирургия: обследование больного с гнойно-воспалительными процессами лица и шеи;
- лучевая диагностика: лучевая диагностика деструктивных процессов в нижней челюсти.

### **Контрольные вопросы и задания из смежных дисциплин:**

1. Перечислите основные топографо-анатомические области лица и шеи.
2. Укажите основные фасции лица и шеи.
3. Назовите анатомические особенности строения нижней челюсти.
4. Какие сосуды кровоснабжают нижнюю челюсть?
5. Укажите пути лимфооттока от нижней челюсти.
6. Назовите мышцы, участвующие в движении нижней челюсти.
7. Какие клинические методы обследования применяются у пациентов с гнойно-воспалительными процессами в костях лицевого скелета?
8. Перечислите инструменты, используемые для физикального обследования пациентов с хирургической патологией челюстно-лицевой области.
9. Какие дополнительные методы исследования применяются у пациентов с гнойно-воспалительными процессами в костях лицевого скелета?
10. Назовите основные методы лучевой диагностики, используемые у пациентов с гнойно-воспалительными процессами в нижней челюсти?
11. Какие лабораторные методы обследования целесообразно назначать пациентам с гнойно-воспалительными процессами в костях лицевого скелета?

### **Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. Дайте определение понятий «абсцесс» и «флегмона».
2. Какие микроорганизмы чаще всего являются причиной развития абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области?
3. Перечислите источники инфекции при развитии абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области.
4. Укажите особенности, имеющие существенное значение для развития и характера течения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи, которые также нужно учитывать в диагностике абсцессов и флегмон окологлазничных тканей нижней челюсти.
5. Дайте характеристику нормергическому, гиперергическому, гипоергическому и анергическому типам воспалительной реакции при развитии абсцессов и флегмон окологлазничных тканей нижней челюсти.
6. Какие действия предусматривает диагностика абсцессов и флегмон в области нижней челюсти?
7. Дайте оценку местных признаков проявления абсцессов и флегмон в окологлазничных тканях нижней челюсти в зависимости от глубины локализации гнойно-воспалительного процесса.
8. Укажите общие симптомы проявления интоксикации организма при наличии абсцессов и флегмон в окологлазничных тканях нижней челюсти в зависимости от глубины локализации гнойно-воспалительного процесса.
9. Назовите дополнительные методы топиической диагностики абсцессов и флегмон окологлазничных тканей нижней челюсти.
10. Перечислите лабораторные методы исследования, назначение которых целесообразно пациентам с абсцессами и флегмонами окологлазничных тканей нижней челюсти.

11. Укажите особенности иммунологического статуса пациентов с одонтогенными абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области.
12. Перечислите факторы, определяющие возникновение некроза мягких тканей челюстно-лицевой области.
13. Назовите абсцессы и флегмоны околочелюстных тканей нижней челюсти поверхностной локализации.
14. Назовите абсцессы и флегмоны околочелюстных тканей нижней челюсти глубокой локализации.
15. Дайте клинико-анатомическую характеристику абсцессов и флегмон поднижнечелюстной области, укажите оперативные доступы для их вскрытия.
16. Дайте клинико-анатомическую характеристику абсцессов и флегмон подбородочной области, укажите оперативные доступы для их вскрытия.
17. Дайте клинико-анатомическую характеристику абсцессов и флегмон подподбородочной области, укажите оперативные доступы для их вскрытия.
18. Дайте клинико-анатомическую характеристику абсцессов и флегмон околоушно-жевательной области, укажите оперативные доступы для их вскрытия.
19. Дайте клинико-анатомическую характеристику абсцессов подъязычной области, укажите оперативный доступ для их вскрытия.
20. Дайте клинико-анатомическую характеристику абсцессов челюстно-язычного желобка, укажите оперативный доступ для их вскрытия.
21. Дайте клинико-анатомическую характеристику абсцессов и флегмон крыловидно-нижнечелюстного пространства, укажите оперативные доступы для их вскрытия.
22. Дайте клинико-анатомическую характеристику абсцессов и флегмон окологлоточного (парафарингиального) пространства, укажите оперативные доступы для их вскрытия.
23. Дайте клинико-анатомическую характеристику абсцессов и флегмон позадичелюстной области, укажите оперативные доступы для их вскрытия.
24. Какие флегмонозные процессы мягких тканей челюстно-лицевой области или шеи считаются распространенными (разлитыми)?
25. Дайте клинико-анатомическую характеристику флегмон дна полости рта, укажите оперативные доступы для их вскрытия.
26. Какие клетчаточные пространства или анатомические области околочелюстных тканей нижней челюсти наиболее часто вовлекаются в разлитой флегмонозный процесс?
27. Укажите преимущественные векторы распространения флегмонозного процесса контактным путем на начальной стадии формирования односторонней одонтогенной остеофлегмоны дна полости рта и при дальнейшем формировании двусторонней флегмоны дна полости рта.
28. Охарактеризуйте преимущественные векторы распространения контактным путем разлитых одонтогенных флегмон в зависимости от их ко-

личества (2, 3, 4, 5 и более), вовлеченных в гнойно-воспалительный процесс клетчаточных пространств или областей околочелюстных тканей нижней челюсти и шеи.

29. Перечислите возможные тяжелые осложнения абсцессов и флегмон тканей нижней челюсти и шеи.

30. В чем заключается профилактика возникновения абсцессов и флегмон тканей нижней челюсти и шеи, а также их осложнений?

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ РАЗВИТИЯ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН

**Абсцесс** — ограниченный в виде полости гнойный очаг, возникающий в результате гнойного расплавления подслизистой, подкожной, межмышечной, межфасциальной клетчатки, лимфоузлов, мышечной ткани или кости. Отграничение происходит в результате образования вокруг гнойного 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.

Для возникновения и дальнейшего развития абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи необходимо сочетание местного и общего факторов.

*Местным фактором* является аэробная и анаэробная инфекция: стафилококки, стрептококки, энтерококки, диплококки, кишечная, грамположительные и грамотрицательные палочки, протей, реже — микоплазмы, простейшие из семейства трихомонад, спирохет, а также грибов рода *Candida*. В настоящее время чаще всего из очага гнойного воспаления высеваются *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus viridians*, *Klebsiella pneumoniae*, которые, по своей сути являясь сапрофитными представителями микрофлоры полости рта, в значительной степени адаптированы к защитным иммунным механизмам организма пациента. Кроме того, нарастает тенденция выделения штаммов аэробных и анаэробных микроорганизмов, резистентных к антибиотикам (А. А. Бондаровец, Л. И. Тесевич, 2008; С. Ф. Писарик, Л. А. Лунева, А. А. Бондаровец, 2012; С. И. Миранович, Е. В. Петровский, 2013).

*Источниками* такой *инфекции* в челюстно-лицевой области могут служить:

- очаг одонтогенного острого, хронического апикального или маргинального периодонтита, одонтогенного периостита и остеомиелита челюстей;
- острые или хронические воспалительные болезни слизистой оболочки полости рта, языка (чаще с некротическим компонентом воспаления);
- острые или хронические воспалительные процессы в верхнечелюстной пазухе, полости носа;

- воспалительные процессы, локализующиеся в больших слюнных железах и их протоках;
- воспалительные процессы в миндалинах, аденоидных вегетациях носоглотки, регионарных лимфатических узлах;
- воспалительные процессы ушной раковины, наружного, среднего, внутреннего уха (перихондрит, мезо- и эптитимпанит);
- фурункулы, карбункулы на коже лица и шеи;
- привнесенная вместе с инородными телами внешняя микрофлора (при ранениях мягких и опорных тканей челюстно-лицевой области и шеи).

*Общими факторами* являются снижение иммунологических защитных реакций организма (клеточного и гуморального иммунитетов), расстройство корковой регуляции.

Существенное значение для развития и характера течения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи, что также нужно учитывать в диагностике абсцессов и флегмон и для профилактики возможных более тяжелых осложнений, имеют следующие особенности:

- у 80–95 % пациентов с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области источники инфекции имеют одонтогенную природу;
- в силу особенностей причинной микрофлоры одонтогенные гнойно-воспалительные процессы могут протекать с развитием тяжелых осложнений уже на 3–5-е сутки;
- топографо-анатомические особенности строения челюстно-лицевой области и шеи, наличие множества клетчаточных пространств, сообщающихся между собой фасциальными отростками и сосудисто-нервными пучками, создают возможность для быстрого распространения гнойно-воспалительного процесса контактным путем, а наличие хорошо развитой сети лимфатических и кровеносных сосудов может привести к распространению инфекции по лимфогенному или гематогенному пути;
- из-за близкого расположения жизненно важных органов и систем организма (головной мозг, органы дыхания, зрения, слуха, речи, обоняния) существует вероятность их вовлечения в гнойно-воспалительный процесс, что усугубляет тяжесть течения болезни и реально может угрожать жизни пациентов;
- интенсивное кровоснабжение тканей челюстно-лицевой области и шеи при адекватно проводимом комплексном лечении позволяет создавать оптимальные условия для заживления раны после купирования острых явлений гнойно-воспалительного процесса (возможность наложения вторичных ранних швов) и ускорить процесс реабилитации пациентов.

В настоящее время одонтогенные абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области чаще наблюдаются у лиц в возрасте 20–50 лет, что связано с наибольшей интенсивностью поражения кариесом зубов и затрудненным прорезыванием нижних зубов мудрости. Пик заболеваемости приходится на осенне-весенний период. Развитие и течение острых гнойно-воспалительных заболеваний головы и шеи зависит от концентрации микрофлоры, общих, местных неспецифических и специфических защитных сил организма, со-



стояния его различных органов и систем, а также анатомо-топографических особенностей тканей челюстно-лицевой области. Все перечисленное определяет *характер ответной воспалительной реакции организма*: нормергический, гиперергический, гипоергический, анергический.

Если воспалительный процесс развивается бурно, распространяясь на окружающие ткани и сосудистый пучок с образованием тромбозов, обширных отеков, с вовлечением в процесс лимфатических сосудов, узлов и развитием не только обширной местной, но и тяжелой общей реакции организма — речь идет о *гиперергической реакции*, когда, несмотря на своевременное и рациональное лечение, может наблюдаться летальный исход.

У другой группы пациентов процесс развивается медленнее. При этом воспалительный процесс захватывает меньше тканей, отек бывает ограниченным, общая реакция организма выражается в незначительном повышении температуры, изменении состава периферической крови и т. д., не носит остро выраженного характера. Такая *нормергическая реакция* на гнойную инфекцию и местный гнойный процесс легче ликвидируется своевременно начатым и адекватным лечением.

У некоторых пациентов местное гнойное заболевание протекает при слабо выраженных местной и общей реакциях. Воспаление в этих случаях ограничивается только локализованным абсцессом, отек окружающих тканей незначительный, лимфангоита, лимфаденита, тромбоза не наблюдается, температура повышается незначительно. Такие процессы со слабо выраженными местными и общими проявлениями — *гипоергической реакцией* — лучше поддаются лечению, а у отдельных больных локализованные местные гнойные очаги излечиваются консервативно.

Гнойный процесс может располагаться поверхностно в тканях либо вовлекать в процесс глубже лежащие ткани на значительном протяжении. Это приводит к образованию межмышечной флегмоны или к распространению инфекции по подкожной клетчатке, т. е. может вызвать разлитую эпифасциальную флегмону с отслоением и разрушением значительных участков кожных покровов.

Результатом местной реакции макроорганизма на проникшие в него микроорганизмы является развитие защитных барьеров. Прежде всего образуется лейкоцитарный вал, отграничивающий очаг инфекции от внутренней среды организма. Такими же барьерами служат лимфатические сосуды и лимфатические узлы. В процессе развития тканевой реакции вокруг гнойного очага и размножения клеток соединительной ткани образуется грануляционный вал, который еще более надежно отграничивает гнойный очаг. При длительном существовании ограниченного гнойного процесса из окружающего его грануляционного вала образуется плотная соединительнотканная пиогенная оболочка, которая является надежным барьером, локализирующим процесс.

При наличии высоковирулентной инфекции и слабой реакции макроорганизма защитные барьеры срабатывают медленно, что нередко приводит

к прорыву инфекции через лимфатические пути в кровеносное русло и ее генерализации.

Одновременно с местной реакцией на внедрившиеся микробы отмечается общая реакция организма. Степень выраженности этой реакции зависит от количества бактериальных токсинов и продуктов распада тканей, проникших в организм из очага поражения, а также от сопротивляемости организма. Развивающаяся интоксикация приводит к нарушению функции кроветворения в костном мозге, в результате чего наступают быстрая анемизация и значительное изменение состава белой крови. Основным отличием общей реакции организма на гнойный процесс от сепсиса является то, что после проведения хирургической обработки и создания хорошего раневого оттока все симптомы резко ослабевают или исчезают, а при сепсисе они почти не изменяются. Определение степени общей реакции организма на местную гнойную инфекцию имеет большое значение для правильной оценки состояния больного, возможного развития осложнений, составления плана комплексного лечения.

## ДИАГНОСТИКА

Диагностика абсцессов и флегмон в окологлазничных тканях области нижней челюсти предусматривает:

- уточнение локализации и характера воспалительного процесса;
- оценку вирулентности инфекционного начала;
- оценку типа ответной реакции организма (нормергическая, гиперергическая, гипонергическая, анергическая);
- выявление осложнений.

Все абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области принято подразделять на *поверхностные* и *глубокие*. Для поверхностных абсцессов и флегмон характерна выраженность классических местных признаков воспалительного процесса в виде припухлости тканей соответствующей области (*tumor*), гиперемии кожных покровов и слизистой оболочки полости рта над очагом воспаления (*rubor*), местного повышения температуры тканей (*color*). Повышение температуры можно выявить прямой контактной термометрией или с помощью термовизиографии.

При локализации абсцессов и флегмон в глубоких фасциально-клетчаточных пространствах на первое место выступают жалобы на боль (*dolor*), соответствующую по локализации месту расположения гнойно-воспалительного очага, а также на нарушение функции (*functio laesa*). При этом наблюдается нарушение функции глотания, жевания, речеобразования, а нередко и дыхания. Ранее перечисленные симптомы воспаления (припухлость, покраснение покровов, повышение температуры тканей) выявляются в основном при осмотре и обследовании полости рта.

**Топическая диагностика** — это уточнение, в какой анатомической области или клетчаточном пространстве локализуется гнойно-воспалительный очаг. Проводится на основании сопоставления выраженности отдельных симптомов воспаления в зависимости от их локализации.

**Первый** местный признак — определение так называемого «причинного зуба», т. е. зуба, послужившего причиной возникновения абсцесса или флегмоны из-за гнойно-воспалительного процесса в тканях периодонта. Выявляется «причинный зуб» на основании жалоб больного, осмотра, инструментального исследования полости рта.

**Второй** местный признак — выраженность воспалительного инфильтрата в мягких тканях околочелюстной области. Здесь речь идет о видимых проявлениях инфильтрации и, как следствие, нарушении контуров лица.

**Третий** местный признак — нарушение двигательной функции. При этом учитывается не только способность или неспособность больного открывать рот, но и возможность боковых перемещений нижней челюсти, выдвижения ее вперед. Основываясь на характере выполняемых жевательными мышцами функций, можно с достаточной достоверностью предположить локализацию очага воспаления.

**Четвертый** местный признак — затрудненное глотание. Появление этого признака связано со сдавливанием боковой стенки глотки или корня языка воспалительным инфильтратом с последующим развитием стенотической асфиксии.

Следует заметить, что в условиях клиники часто приходится встречаться с различными вариантами местных клинических проявлений, которые не всегда укладываются в рамки данной схемы. Это касается больных, получавших антибактериальную терапию в догоспитальном периоде, а также людей преклонного возраста, у которых местные признаки воспаления подчас оказываются стертыми и маловыраженными.

Местные клинические проявления абсцессов и флегмон околочелюстных тканей сопровождаются *общими симптомами интоксикации*: общим недомоганием, головной болью, слабостью, нарушением сна и аппетита, раздражительностью или апатией, повышением температуры тела, изменением показателей крови (лейкоцитоз с увеличением количества палочкоядерных лейкоцитов, появлением молодых форм лейкоцитов и плазматических клеток, токсической зернистости лейкоцитов и др.) и мочи, степень выраженности которых зависит от нозологии гнойно-воспалительного процесса (абсцесс или флегмона), его локализации и распространенности, типа воспалительной реакции (нормергическая, гиперергическая, гипоергическая, анергическая).

К *дополнительным методам топической диагностики* абсцессов и флегмон околочелюстных тканей относятся:

- рентгенография нижней челюсти;
- рентгено-компьютерная томография или ядерно-магнитно-резонансная компьютерная томография;

- УЗИ окологлоточных тканей;
- термография;
- электроодонтодиагностика;
- лабораторные методы исследования (общие анализы крови, мочи, биохимические и иммунологические исследования и др.).

Для определения характера воспалительного процесса (серозный, гнойный, гнойно-некротический) осуществляют диагностическую пункцию инфильтрата с дальнейшим микробиологическим исследованием пунктата (экссудата) на предмет установления характера микробного возбудителя и его чувствительности к антибактериальным препаратам.

Анализ крови и мочи необходимо сопоставлять с общей и местной картиной болезни для определения типа воспалительной реакции. При этом значения показателей периферической крови (с обязательным учетом симптомов клинического проявления гнойно-воспалительного процесса) рекомендуется применять для прогнозирования течения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и оценки вероятности развития осложнений путем подсчета интегрированных коэффициентов или индексов (М. М. Соловьев, О. П. Большаков, 2001). Для диагностики степени эндогенной интоксикации при гнойно-воспалительных процессах челюстно-лицевой области применяется расчет лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по формуле:  $ЛИИ = (4 \text{ миел.} + 2 \text{ пал.} + 1 \text{ сегм.}) \times (\text{пл. кл.} + 1) / (\text{мон.} + \text{лимф.}) \times (\text{эоз.} + 1)$ .

По данным Н. А. Полойко, Ю. А. Раптуновича (2014), средние показатели ЛИИ составляют: при абсцессах — 2,17; при флегмонах одного клетчаточного пространства — 3,51; при флегмонах двух и более клетчаточных пространств — 4,44.

Дополнить эти сведения помогают иммунологические показатели. При распространении процесса и его осложнениях важно выделение фаз заболевания — реактивной, токсической и терминальной.

Вирулентность возбудителей болезни во многом определяет объем и глубину повреждения тканей. Оценка вирулентности инфекционного начала проводится с учетом выраженности местной воспалительной и общих реакций организма.

Установлено, что ряд бактерий, их токсины и продукты жизнедеятельности подавляют клеточный и (или) гуморальный иммунитет. По данным В. И. Новиковой (1984), стафилококковый токсин и другие бактериальные продукты изменяют рецепторный аппарат части чувствительных к ним Т- и В-лимфоцитов. Более чувствительны к токсину Т-лимфоциты детей, страдающих гнойно-септическими заболеваниями. Антистафилококковая плазма в большей степени, по сравнению с нормальной сывороткой, отменяла угнетающий эффект токсина на Т-рецепторы. Бактериальные аллергены также уменьшают количество Т- и В-клеток. У большинства больных с септикопиемией содержащиеся в сыворотке крови циркулиру-

ющие иммунные комплексы подавляли миграцию лейкоцитов, блокировали рецепторы Т-лимфоцитов. В разгар сепсиса отмечаются дисбаланс в составе популяций и субпопуляций Т- и В-лимфоцитов и расширение спектра иммунологической недостаточности, нарушаются нормальная дифференцировка лимфоцитов и их функция, уменьшается общее количество Т-лимфоцитов и соотношение Т-лимфоциты-хелперы/Т-лимфоциты-супрессоры, снижается уровень естественных и антистафилококковых антител. В период клинического выздоровления после сепсиса нормализуется только уровень иммуноглобулинов в крови, но не состав популяций и субпопуляций Т- и В-лимфоцитов.

Имеются сведения о взаимосвязи воспалительных процессов челюстно-лицевой области с изменениями в системе иммунитета (М. М. Соловьев с соавт., 1974, 1981; А. Г. Шаргородский и др., 1985). Так, Е. Н. Логановская с соавт. (1983) у пациентов со средними и тяжелыми формами одонтогенных флегмон отмечали снижение функциональной способности лимфоцитов крови в реакции бласттрансформации, снижение количества Т-лимфоцитов, угнетение миграции лейкоцитов на стафилококковый аллерген. Взаимозависимость клинического течения флегмон челюстно-лицевой области с изменениями неспецифических факторов реактивности организма выявляли Н. Н. Бажанов с соавт. (1988). Зависимость фагоцитарного показателя нейтрофилов крови пациентов от характера течения гнойно-воспалительных осложнений при повреждении челюстно-лицевой области обнаружили Г. И. Семенченко, В. А. Лукьяненко (1985). По данным А. В. Глинника (1987), у пациентов с распространенными и длительно текущими одонтогенными воспалительными процессами отмечалось значительное снижение общей гемолитической активности комплемента сыворотки крови на фоне клинических проявлений симптомов воспаления, при этом выявлялось резкое снижение активности сывороточного лизоцима. Все это свидетельствовало об угнетении защитных сил организма, что создавало условия для дальнейшего распространения одонтогенного воспалительного процесса и утяжеления его течения.

Большое значение в возникновении заболеваний, индуцированных условно-патогенными микроорганизмами, имеет аллергия, которая может указывать на недостаточность иммунорегуляторных механизмов иммунной реакции. Между тем в восприимчивом организме именно эти механизмы оказываются наиболее чувствительными к повреждающему действию патогенных микробов, избирательно нарушающих межклеточные взаимодействия, необходимые для развития эффективной иммунной реакции. Л. Т. Федоренко с соавт. (1983) обнаружили в сыворотке крови у трети изучаемых больных с гнойно-воспалительными процессами аутоантитела к различным тканевым антигенам. Как правило, аутоантитела относились элективно к ткани органа, в котором развивался воспалительный процесс.

Вместе с тем Т. Г. Робустова с соавт. (1985) указывают, что показатели местных иммунологических реакций в полости рта больных с воспалительными процессами челюстно-лицевой области более тонко отражают возникшее нарушение в иммунной системе. Н. Магаль с соавт. (1993) отмечали, что концентрация секреторного IgA в слюне снижается значительно при более распространенном и тяжелом гнойно-воспалительном процессе челюстно-лицевой области по сравнению с ограниченным. Сходные изменения иммунологической реактивности обнаружены и при других видах хирургической инфекции (В. И. Стручков и соавт. (1978); С. М. Белоцкий (1980); М. И. Кузин, Б. М. Костюченко и соавт. (1981) и др.). Поэтому выявление (с последующим лечением) возможных нарушений иммунной системы и вторичных иммунодефицитных состояний является существенным моментом в комплексе углубленного обследования пациентов с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области.

Исходя из этого, важно знать клиническое значение основных показателей иммунограммы при гнойно-воспалительных процессах. Важное прогностическое значение имеет содержание *лейкоцитов*. Неблагоприятным прогнозом следует считать:

1) переход абсолютной нейтрофилии в нейтропению при остром воспалительном процессе (тяжелое течение), а также обратное явление — переход нейтропении в нейтрофилию (тяжелое осложнение);

2) резкое снижение числа лейкоцитов до лейкопении в сочетании с агранулоцитозом на фоне протекающего воспалительного процесса;

3) падение общего количества лейкоцитов, усиление ядерного сдвига влево, уменьшение числа эозинофилов, лимфоцитов, моноцитов. Снижение числа Т-лимфоцитов, повышение содержания 0-лимфоцитов, высокая адгезивная способность фагоцитов со снижением активности фагоцитоза — все это указывает на крайне неблагоприятное течение воспалительного заболевания;

4) прогрессирование нейтрофилии на фоне выраженного лейкоцитоза, ядерный сдвиг нейтрофилов влево, повышение содержания 0-лимфоцитов, Т-супрессоров, адгезивной способности нейтрофилов, снижение количества эозинофилов, лимфоцитов, Т-лимфоцитов, фагоцитоза нейтрофилов — такая иммунограмма указывает на чрезмерное напряжение в работе иммунной системы, ее срыв и неэффективность противомикробной защиты организма.

Неблагоприятным прогнозом при хронических гнойных воспалительных процессах, сепсисе следует считать *лимфопению*, сменяющуюся *лимфоцитозом* без изменения клинической картины, что является предвестником перехода процесса в более тяжелую фазу. Также неблагоприятным прогностическим признаком является высокий уровень абсолютного количества *Т-лимфоцитов* при выраженной клинической картине гнойно-воспалительного процесса (разлитые флегмоны, сепсис).

Уровень Т-лимфоцитов понижен при ряде врожденных иммунодефицитов. Благоприятным прогностическим признаком является повышение относительного числа Т-лимфоцитов, так как восстановление их количества до нормальных величин происходит после исчезновения клинических признаков воспалительного процесса.

При наличии воспалительного процесса, который протекает без осложнений, соотношение *Т-лимфоцитов-хелперов* и *Т-лимфоцитов-супрессоров* ( $T_H/T_S$ ) вначале несколько повышается, затем снижается, а к полному выздоровлению вновь повышается. При тяжелом течении воспалительного процесса индекс супрессии может быть ниже 1, что при отсутствии его положительной динамики расценивается как неблагоприятный признак.

Благоприятный прогноз течения гнойно-воспалительного процесса подтверждается нормальным процентным содержанием *В-лимфоцитов* в начале заболевания с последующим подъемом и снижением при выздоровлении. При благоприятно протекающем гнойно-воспалительном процессе на первом этапе возрастает содержание *IgM*, а затем *IgG* и *IgA*.

В прогностическом плане неблагоприятным считается повышенный уровень *0-лимфоцитов* в конце гнойно-воспалительного процесса на фоне снижения числа Т-лимфоцитов и небольшого повышения количества В-лимфоцитов. Крайне неблагоприятным признаком является восстановление числа 0-лимфоцитов и нормализация Т- и В-лимфоцитов на фоне клинического проявления гнойно-воспалительного процесса. Это указывает на ослабленную работу иммунной системы и требует своевременного интенсивного лечения.

Снижение числа *моноцитов* происходит при тяжело протекающих гнойно-воспалительных процессах.

*Нейтрофилия* без ядерного сдвига влево может наблюдаться при ограниченных, поверхностных гнойно-воспалительных процессах. При благоприятном течении воспалительного процесса отмечается умеренная нейтрофилия с незначительным сдвигом влево. Нейтрофилия с выраженным сдвигом влево на фоне лейкоцитоза сопровождает тяжелые гнойно-воспалительные процессы. *Нейтронения* возникает при отягощенном течении воспалительного процесса, на фоне тяжелой интоксикации. Неблагоприятный прогноз при гнойно-воспалительном процессе отмечается при нарастании сдвига влево, увеличении нейтрофилии, угнетении адгезии нейтрофилов и фагоцитоза. На значительное отягощение процесса указывает параллельное снижение числа Т-лимфоцитов, Т-лимфоцитов-хелперов, В-лимфоцитов, увеличение уровня Т-лимфоцитов-супрессоров и 0-лимфоцитов.

При благоприятном течении воспалительного процесса идет нарастание количества *эозинофилов* в разгар заболевания (чрезмерное увеличение их количества свидетельствует о присоединении аллергического компонента) и возврат к норме при выздоровлении.

Для правильной комплексной оценки иммунограммы врачу важно знать и о динамике изменений ее показателей при гнойно-воспалительном процессе, сопряженной и взаимосвязанной с фазами раневого процесса.

В *продромальный период* при благоприятном течении гнойно-воспалительного процесса выявляется снижение содержания эозинофилов, Т-лимфоцитов, нарастание числа 0-лимфоцитов.

На *этапе клинических проявлений* отмечается лейкоцитоз с его нарастанием, относительный и абсолютный нейтрофилез, ядерный сдвиг влево, эозинопения, снижение количества Т-лимфоцитов на фоне повышенного числа 0-лимфоцитов и адгезивно-фагоцитарной активности нейтрофилов. В разгар клинических проявлений воспаления фагоцитарная активность снижается.

В *период кризиса* отмечается нормализация количества эозинофилов с четкой тенденцией к повышению числа В-лимфоцитов и восстановлению уровня Т-лимфоцитов на фоне снижения общего числа лейкоцитов и нормализации соотношения форм нейтрофилов и их фагоцитарной активности. На таком фоне иммунограммы наступает *период выздоровления и эпителизации раны*.

Если же в течение воспалительного процесса наблюдается стойкий лейкоцитоз, повторное снижение числа эозинофилов, не восстанавливается нормальный уровень Т-лимфоцитов и 0-лимфоцитов, снижается уровень В-лимфоцитов, сохраняется низкий уровень фагоцитарной и адгезивной активности нейтрофилов, то следует думать о неблагоприятном исходе заболевания и возможном переходе его в хроническую форму.

Таким образом, на основе анализа проведенного клинко-лабораторного обследования можно составить индивидуальный комплексный план хирургического и медикаментозного лечения пациента с учетом локализации гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области, общего состояния и компенсаторных возможностей организма.

## **КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ОТДЕЛЬНЫХ КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ И ОБЛАСТЕЙ**

Сравнительная клинко-анатомическая характеристика поверхностных и глубоких абсцессов и флегмон окологлазничных тканей области нижней челюсти представлена в табл. 1 и 2.



**Клинико-анатомическая характеристика поверхностных абсцессов и флегмон околочелюстных тканей нижней челюсти**

Критерии	Клинико-анатомическая характеристика абсцессов и флегмон клетчаточных пространств и областей			
	поднижнечелюстной	подбородочной	подподбородочной	околоушно-жевательной
Границы анатомической области, фасциального пространства	<i>Верхневнутренняя</i> — челюстно-подъязычная мышца, листок собственной фасции шеи; <i>задненижняя</i> — заднее брюшко двубрюшной мышцы и поверхностный листок собственной фасции шеи; <i>наружная</i> — внутренняя поверхность тела нижней челюсти; <i>передненижняя</i> — переднее брюшко двубрюшной мышцы, передний листок собственной фасции шеи (рис. 1)	<i>Верхняя</i> — подбородочно-губная складка; <i>нижняя</i> — край тела нижней челюсти; <i>боковые</i> — вертикальные линии, проведенные вниз от углов рта	<i>Верхняя</i> — нижний край фронтального отдела тела нижней челюсти; <i>нижняя</i> — подъязычная кость; <i>передняя</i> — поверхностная фасция шеи; <i>боковые</i> — передние брюшки правой и левой двубрюшных мышц; <i>задняя</i> — челюстно-подъязычная мышца с покрывающим ее глубоким листком собственной фасции шеи	<i>Верхняя</i> — нижний край скуловой кости и дуги; <i>нижняя</i> — нижний край тела нижней челюсти; <i>передняя</i> — передний край жевательной мышцы; <i>задняя</i> — задний край ветви нижней челюсти; <i>наружная</i> — кожа; <i>внутренняя</i> — наружная поверхность ветви нижней челюсти. Область включает в себя <i>поверхностное клетчаточное</i> (кнаружи от жевательной мышцы) и <i>глубокое</i> (подмассетериальное) пространство между жевательной мышцей и ветвью нижней челюсти (рис. 2)
Основные источники и пути инфицирования	Очаги одонтогенной инфекции в области 44–48, 34–38 зубов; гнойно-воспалительные заболевания кожи (фурункул, карбункул); инфицированные раны, гематомы; по протяжению вторичное поражение в результате распространения гнойно-воспалительного процесса из подъязычной, подподбородочной, щечной, околоушно-жевательной областей, крыловидно-нижнечелюстного пространства; лимфогенным путем	Очаги одонтогенной инфекции в области 43–41, 31–33 зубов, гнойно-воспалительные заболевания кожи (фурункул, карбункул); инфицированные раны, гематомы; по протяжению вторичное поражение в результате распространения гнойно-воспалительного процесса из смежных областей (подподбородочной, щечной, нижней губы); лимфогенным путем	Очаги одонтогенной инфекции в области 43–41, 31–33 зубов; гнойно-воспалительные заболевания кожи (фурункул, карбункул); инфицированные раны, гематомы; по протяжению вторичное поражение в результате распространения гнойно-воспалительного процесса из смежных областей (подбородочной, поднижнечелюстной, лимфогенным путем	Очаги одонтогенной инфекции в области 18, 28, 37–38, 47–48 зубов, перикоронариты; гнойно-воспалительные заболевания кожи (фурункул, карбункул); инфицированные раны, гематомы; по протяжению вторичное поражение в результате распространения гнойно-воспалительного процесса из смежных областей (щечной, височной, поднижнечелюстной, позади-челюстной, крыловидно-нижнечелюстной, подглазничной, скуловой, подвисочной ямки, околоушной слюнной железы); лимфогенным путем

Критерии	Клинико-анатомическая характеристика абсцессов и флегмон клетчаточных пространств и областей			
	поднижнечелюстной	подбородочной	подподбородочной	околоушно-жевательной
Местные признаки процесса	Болезненная инфильтрация тканей, отек и гиперемия кожи этой зоны	Болезненная инфильтрация тканей, отек и гиперемия кожных покровов этой зоны	Болезненная инфильтрация тканей, отек и гиперемия кожных покровов этой зоны	При поверхностной локализации процесса резко выраженная припухлость и болезненная инфильтрация тканей, гиперемия кожных покровов этой зоны. При глубокой локализации — умеренная припухлость тканей с болезненной инфильтрацией тканей подмассетериального пространства
Функциональные нарушения	Глотание и жевание болезненные	Болезненные движения нижней губы	Болезненные жевание и глотание	Затрудненное и болезненное жевание, ограничение открывания рта
Пути дальнейшего распространения инфекции	По протяжению в смежные анатомические области: подъязычную, подподбородочную и щечную области, крыловидно-нижнечелюстное, окологлоточное пространства, позадичелюстную ямку, поверхностные и глубокие пространства верхне-бокового отдела передней области шеи; лимфогенным путем	По протяжению в смежные анатомические области: подподбородочную, щечную, на нижнюю губу	По протяжению в смежные анатомические области: подъязычную, поднижнечелюстную, поверхностные и глубокие пространства передней области шеи; лимфогенным путем	По протяжению в смежные анатомические области: поднижнечелюстную, позадичелюстную, щечную, скуловую, височную, крыловидно-нижнечелюстную, подглазничную, подвисочную ямку; лимфогенным путем
Дифференциальная диагностика	Сиалоаденит поднижнечелюстной слюнной железы, сиалодохит, слюннокаменная болезнь, абсцесс челюстно-язычного желобка, флегмона дна полости рта, периостит, остеомиелит, опухоли поднижнечелюстной области, лимфаденит	Периостит, остеомиелит, абсцесс и флегмона подбородочной области, фурункул, карбункул	Абсцесс подъязычной области, абсцесс и флегмона корня языка, флегмона дна полости рта, периостит, остеомиелит, опухоли подподбородочной области, специфический процесс, лимфаденит, фурункул, карбункул	Сиалоаденит околоушной слюнной железы, абсцесс и флегмона щечной и скуловой областей, крыловидно-нижнечелюстного и окологлоточного пространств, периостит, остеомиелит, опухоли околоушно-жевательной области, специфический процесс, лимфаденит

Критерии	Клинико-анатомическая характеристика абсцессов и флегмон клетчаточных пространств и областей			
	поднижнечелюстной	подбородочной	подподбородочной	околоушно-жевательной
Оперативный доступ	Разрез кожи в поднижнечелюстном треугольнике, ниже нижнего края нижней челюсти на 1,5–2 см и параллельно ему, длиной 2–3 см — при абсцессе, 5–7 см — при флегмоне (рис. 3)	Разрезы кожи в подбородочной области: при абсцессе — вертикальный разрез по средней линии длиной 1,5–2 см, при флегмоне — разрезы длиной 1,5–2 см (рис. 4), окаймляя подбородок	Вертикальный разрез кожи длиной 2–3 см в подподбородочной области (отступя от нижнего края фронтального отдела тела нижней челюсти на 1–1,5 см) по направлению к подъязычной кости или дугообразный разрез длиной 3–4 см параллельно нижнему краю фронтального отдела тела нижней челюсти на середине расстояния между нижней челюстью и подъязычной костью (рис. 5)	При поверхностных абсцессах в подкожно-жировой клетчатке — разрез кожи длиной 1,5–2 см над инфильтратом с учетом хода ветвей лицевого нерва. При абсцессах подмассетерального пространства — внутриротовой разрез слизистой оболочки нижнего свода преддверия полости рта на уровне 37–38 или 47–48 зубов. При флегмонах — наружный разрез кожи длиной 4–5 см, окаймляющий угол нижней челюсти и отступя от него на 1,5–2 см книзу и кзади (рис. 6)



Рис. 1. Флегмоны поднижнечелюстной области



*Рис. 2.* Флегмона околоушно-жевательной области



*Рис. 3.* Схема оперативного доступа при вскрытии абсцесса (флегмоны) поднижнечелюстной области

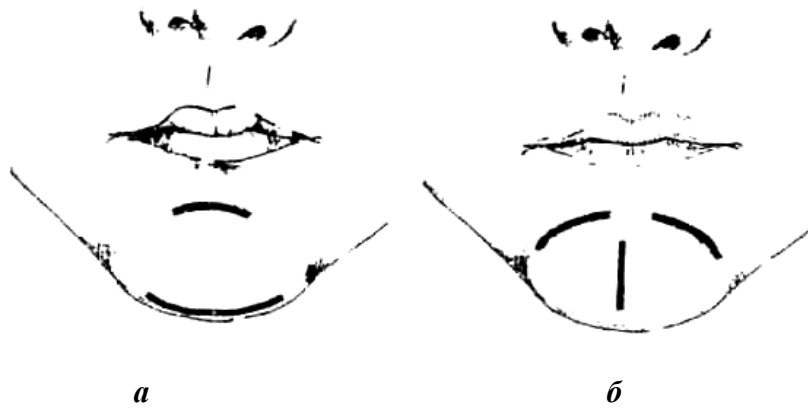


Рис. 4. Схемы оперативного доступа при вскрытии абсцесса (а) и флегмоны (б) подбородочной области

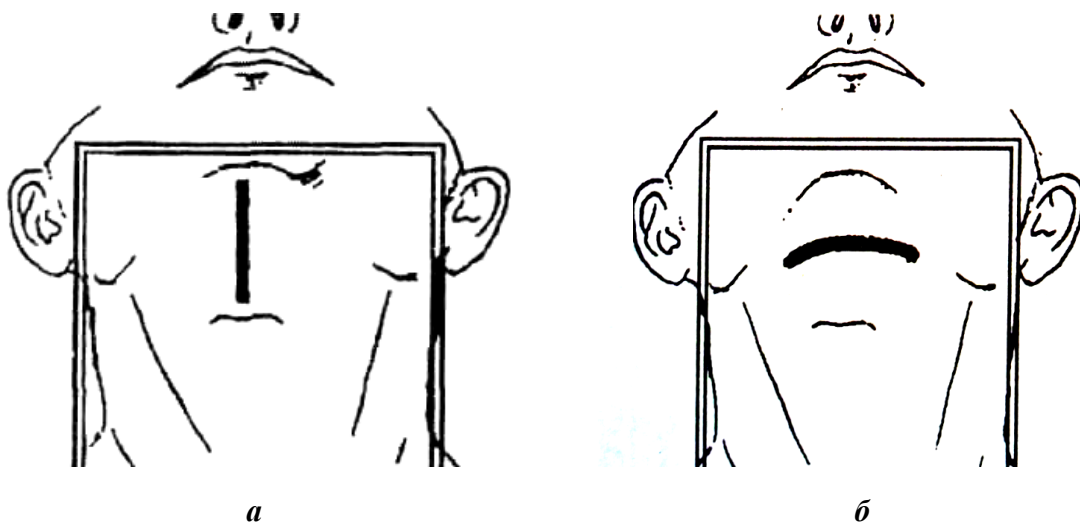


Рис. 5. Схемы оперативного доступа при вскрытии абсцесса (а) и флегмоны (б) подподбородочной области

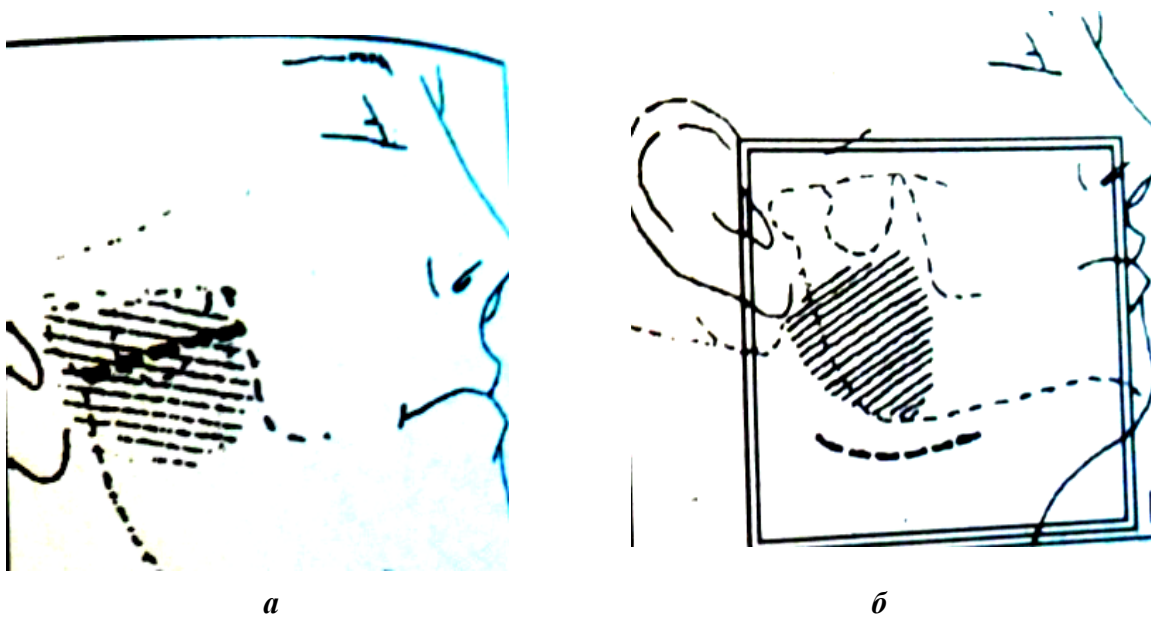


Рис. 6. Схемы оперативного доступа при вскрытии поверхностного абсцесса (а) и флегмоны (б) околоушно-жевательной области

**Клинико-анатомическая характеристика глубоких абсцессов и флегмон околоушных тканей нижней челюсти**

Критерии	Клинико-анатомическая характеристика абсцессов и флегмон клетчаточных пространств и областей				
	подъязычной	челюстно-язычного желобка	крыловидно-нижнечелюстного	окологлоточного (парафарингиального)	позадичелюстной
Границы анатомической области, фасциально-пространства	<p><i>Нижняя</i> — верхняя поверхность переднего отдела челюстно-подъязычной мышцы;</p> <p><i>верхняя</i> — слизистая оболочка полости рта;</p> <p><i>передненаружная</i> — внутренняя поверхность фронтального отдела тела нижней челюсти;</p> <p><i>внутренняя</i> — подбородочно-язычная и подбородочно-подъязычная мышцы;</p> <p><i>задняя</i> — сообщается с челюстно-язычным желобком</p>	<p><i>Нижняя</i> — верхняя поверхность заднего отдела челюстно-подъязычной мышцы;</p> <p><i>верхняя</i> — слизистая оболочка полости рта;</p> <p><i>наружная</i> — внутренняя поверхность бокового отдела тела нижней челюсти;</p> <p><i>внутренняя</i> — мышцы корня языка;</p> <p><i>задняя</i> — основание передней небной дужки;</p> <p><i>передняя</i> — сообщается с подъязычной областью (рис. 7)</p>	<p><i>Наружная</i> — внутренняя поверхность ветви нижней челюсти;</p> <p><i>внутренняя</i> — наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы;</p> <p><i>нижняя</i> — верхняя линия прикрепления сухожилия медиальной крыловидной мышцы;</p> <p><i>верхняя</i> — латеральная крыловидная мышца и межкрыловидная фасция;</p> <p><i>передняя</i> — щечно-глоточный шов;</p> <p><i>задняя</i> — глубокий листок капсулы околоушной слюнной железы (рис. 8)</p>	<p><i>Наружная</i> — медиальная крыловидная мышца и глубокий листок капсулы околоушной слюнной железы;</p> <p><i>внутренняя</i> — боковая стенка глотки и мышцы, поднимающие и натягивающие мягкое небо;</p> <p><i>передняя</i> — межкрыловидная фасция;</p> <p><i>задняя</i> — боковые фасциальные отростки, идущие от предпозвоночной фасции к стенке глотки;</p> <p><i>верхняя</i> — сообщается с крылонебной ямкой и основанием черепа;</p> <p><i>нижняя</i> — сообщается с глубокими пространствами верхнебокового отдела передней области шеи на уровне заднего полюса поднижнечелюстной слюнной железы (рис. 9)</p>	<p><i>Верхняя</i> — нижняя стенка наружного слухового прохода;</p> <p><i>нижняя</i> — нижний полюс околоушной слюнной железы;</p> <p><i>передняя</i> — задний край ветви нижней челюсти и медиальная крыловидная мышца;</p> <p><i>задняя</i> — сосцевидный отросток височной кости и грудиноключично-сосцевидная мышца;</p> <p><i>внутренняя</i> — шиловидный отросток височной кости с прикрепляющимися к нему мышцами и связками;</p> <p><i>наружная</i> — околоушно-жевательная фасция</p>

Критерии	Клинико-анатомическая характеристика абсцессов и флегмон клетчаточных пространств и областей				
	подъязычной	челюстно-язычного желобка	крыловидно-нижнечелюстного	окологлоточного (парафарингиального)	позадичелюстной
Основные источники и пути инфицирования	Очаги одонтогенной инфекции в области 31–33, 41–43 зубов; инфицированные раны, гематомы; сиалодохиты; некротические стоматиты; по протяжению вторичное поражение в результате распространения гнойно-воспалительного процесса из смежных областей (челюстно-язычного желобка, языка, подподбородочной, подъязычной слюнной железы)	Очаги одонтогенной инфекции в области 34–38, 44–48 зубов; инфицированные раны, гематомы; сиалодохиты; некротические стоматиты; по протяжению вторичное поражение в результате распространения гнойно-воспалительного процесса из смежных областей (подъязычной, поднижнечелюстной, крыловидно-нижнечелюстной, окологлоточной, языка, подъязычной слюнной железы)	Очаги одонтогенной инфекции в области 37–38, 47–48 зубов, перикоронариты; инфицированные раны, гематомы (особенно при проведении проводниковой анестезии); по протяжению вторичное поражение в результате распространения гнойно-воспалительного процесса из смежных областей: поднижнечелюстной, окологлоточной, околоушно-жевательной, позадичелюстной, щечной, челюстно-язычного желобка, подвижной ямки	Инфекция из небной и язычной миндалин; инфицированные раны, гематомы; по протяжению вторичное поражение в результате распространения гнойно-воспалительного процесса из смежных областей: крыловидно-нижнечелюстной, околоушно-жевательной, позадичелюстной, щечной, дна полости рта, челюстно-язычного желобка, крылонебной ямки	Инфекция из ячеек сосцевидного отростка, среднего и внутреннего уха; инфицированные раны, гематомы; по протяжению вторичное поражение в результате распространения гнойно-воспалительного процесса из смежных областей: поднижнечелюстной, крыловидно-нижнечелюстной, околоушно-жевательной, окологлоточной, затылочной; лимфогенным путем
Местные признаки процесса	Болезненная инфильтрация тканей подъязычной области, отек и гиперемия слизистой оболочки этой зоны	Болезненная инфильтрация тканей области челюстно-язычного желобка, отек и гиперемия слизистой оболочки этой зоны	Болезненная инфильтрация тканей снаружи от крыловидно-нижнечелюстной складки, отек и гиперемия слизистой оболочки этой зоны. При флегмоне может появляться отек и болезненная инфильтрация тканей в позадичелюстной области	Болезненная инфильтрация тканей кнутри от крыловидно-нижнечелюстной складки, отек и гиперемия слизистой оболочки этой зоны. Боковая стенка глотки и миндалина смещены к средней линии, покрывающая их слизистая оболочка отечна и гиперемирована. При флегмоне может появляться отек и болезненная инфильтрация тканей под углом нижней челюсти	Болезненная инфильтрация и выраженный отек тканей позадичелюстной области, гиперемия кожи, мочка уха на стороне поражения приподнята

Критерии	Клинико-анатомическая характеристика абсцессов и флегмон клетчаточных пространств и областей				
	подъязычной	челюстно-язычного желобка	крыловидно-нижнечелюстного	окологлоточного (парафарингиального)	позадичелюстной
Функциональные нарушения	Болезненные жевание, глотание и движения языка	Болезненные жевание, глотание и движения языка	Резко ограниченное болезненное открывание рта, нарушение жевания и глотания	Ограниченное болезненное открывание рта, нарушение жевания. Боль при глотании, резко затрудняющая или исключаящая прием пищи, жидкости, проглатывание слюны	Ограниченное болезненное открывание рта и поворот головы, затрудненное жевание и глотание
Пути дальнейшего распространения инфекции	По протяжению в смежные анатомические области: челюстно-язычный желобок, поднижнечелюстную, подподбородочную, корня языка	По протяжению в смежные анатомические области: подъязычную, поднижнечелюстную, крыловидно-нижнечелюстную, окологлоточную, корня языка	По протяжению в смежные анатомические области: поднижнечелюстную, окологлоточную, околоушно-жевательную, позадичелюстную, щечную, дно полости рта, височную, подвисочную ямку	По протяжению в смежные анатомические области: поднижнечелюстную, крыловидно-нижнечелюстную, околоушно-жевательную, позадичелюстную, щечную, заглочную, дно полости рта, челюстно-язычный желобок, крылонебную ямку, по влаглящу основного сосудисто-нервного пучка шеи и далее по периваскулярной клетчатке — в глубокие пространства верхнебокового отдела передней области шеи и передние пространства шейного отдела средостения	По протяжению в смежные анатомические области: поднижнечелюстную, крыловидно-нижнечелюстную, околоушно-жевательную, окологлоточную, затылочную, по влаглящу основного сосудисто-нервного пучка шеи и далее по периваскулярной клетчатке в поверхностные и глубокие пространства верхнебокового отдела передней области шеи и передние пространства шейного отдела средостения; лимфогенным путем



Критерии	Клинико-анатомическая характеристика абсцессов и флегмон клетчаточных пространств и областей				
	подъязычной	челюстно-язычного желобка	крыловидно-нижнечелюстного	окологлоточного (парафарингиального)	позадичелюстной
Дифференциальная диагностика	Абсцесс челюстно-язычного желобка, корня языка, подподбородочной областей, периостит, остеомиелит, сиалоаденит и слюннокаменная болезнь поднижнечелюстной слюнной железы, сиалодохит, лимфаденит подподбородочной области	Абсцесс подъязычной, поднижнечелюстной областей, корня языка, периостит, остеомиелит, сиалоаденит и слюннокаменная болезнь поднижнечелюстной слюнной железы, сиалодохит, лимфаденит поднижнечелюстной области	Абсцесс и флегмона окологлоточного пространства, околоушно-жевательной области, подвисочной ямки, корня языка, дна полости рта, абсцесс челюстно-язычного желобка, паратонзиллярный абсцесс, перикоронарит, периостит, остеомиелит, специфический процесс, опухоли крыловидно-нижнечелюстного пространства	Абсцесс и флегмона крыловидно-нижнечелюстного, заглоточного, поднижнечелюстного, позадичелюстного пространств, корня языка, дна полости рта, абсцесс челюстно-язычного желобка, паратонзиллярный абсцесс, перикоронарит, остеомиелит, специфический процесс, опухоли окологлоточного пространства	Сиалоаденит околоушной слюнной железы; абсцесс и флегмона крыловидно-нижнечелюстного, окологлоточного, поднижнечелюстного, околоушно-жевательного пространств, поверхностных и глубоких пространств верхнебокового отдела передней области шеи; мастоидит; опухоли позадичелюстной области; лимфаденит
Оперативный доступ	Внутриротовой разрез длиной 1,5–2 см слизистой оболочки над инфильтратом параллельно и ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти (рис. 10)	Внутриротовой разрез длиной 1,5–2 см слизистой оболочки над инфильтратом параллельно и ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти (рис. 11)	При абсцессе — внутриротовой разрез слизистой оболочки в проекции нижнего полюса инфильтрата длиной 1,5–2 см кнаружи от крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ей. При флегмоне — наружный разрез кожи длиной 4–5 см, окаймляющий угол нижней челюсти и отступа от него на 1,5–2 см книзу и кзади (рис. 12)	При абсцессе — внутриротовой разрез длиной 1,5–2 см слизистой оболочки в проекции нижнего полюса инфильтрата кнутри от крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ей. При флегмоне — наружный разрез кожи длиной 4–5 см, окаймляющий угол нижней челюсти и отступа от него на 1,5–2 см книзу и кзади (рис. 13)	Наружный разрез кожи в позадичелюстной области длиной 5–7 см между задним краем ветви нижней челюсти и передним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Наружный разрез кожи длиной 5–7 см, окаймляющий угол нижней челюсти и отступа от него на 1–1,5 см книзу, с продолжением в позадичелюстную область кзади и кверху параллельно заднему краю ветви нижней челюсти (рис. 14)



*Рис. 7.* Одонтогенный абсцесс челюстно-язычного желобка



*а*



*б*

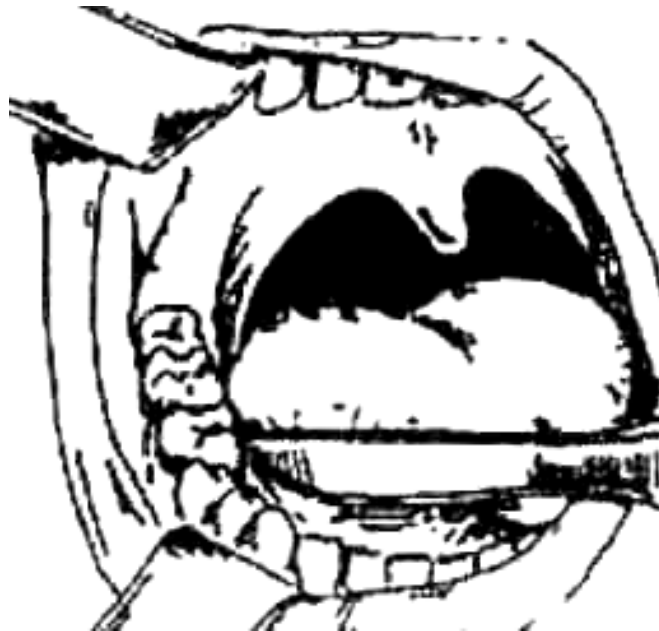
*Рис. 8.* Одонтогенные абсцесс (*а*) и флегмона (*б*) крыловидно-нижнечелюстного пространства



*Рис. 9.* Одонтогенная флегмона окологлоточного пространства



*Рис. 10.* Схема оперативного доступа при вскрытии абсцесса подъязычной области



*Рис. 11.* Схема оперативного доступа при вскрытии абсцесса челюстно-язычного желобка



Рис. 12. Схемы оперативного доступа при вскрытии абсцесса (а) и флегмоны (б) крыловидно-нижнечелюстного пространства

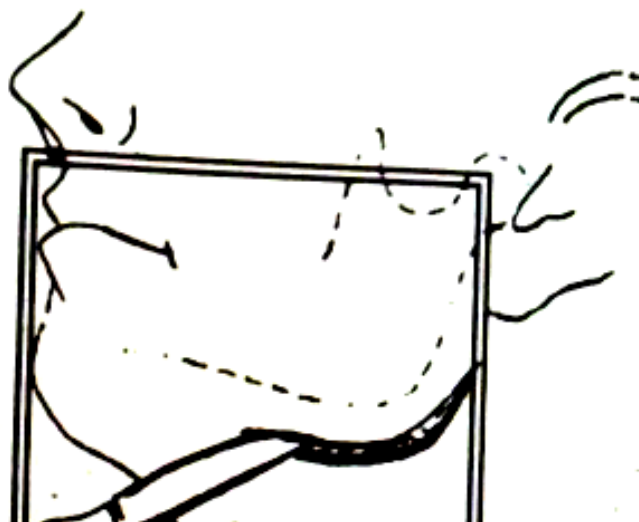


Рис. 13. Схема оперативного доступа при вскрытии флегмоны окологлоточного пространства

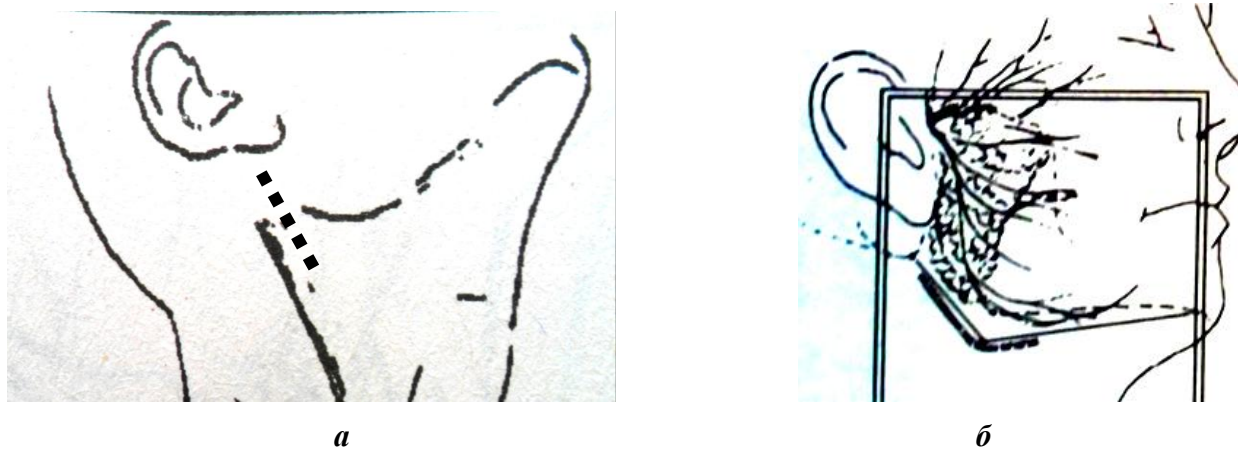


Рис. 14. Схемы оперативного доступа при вскрытии абсцесса (а) и флегмоны (б) позади-челюстного пространства

## РАСПРОСТРАНЕННЫЕ (РАЗЛИТЫЕ) ФЛЕГМОНЫ В ОКОЛОЧЕЛЮСТНЫХ ТКАНЯХ ОБЛАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ШЕИ

Одонтогенные флегмоны в околочелюстных тканях области нижней челюсти и шеи, которые локализуются в пределах только одного клетчаточного пространства (области), встречаются примерно в 30 % случаев (Л. И. Тесевич, Н. Н. Черченко, 2013). Гнойно-воспалительный флегмонозный процесс, поражающий 2 и более анатомические области мягких тканей челюстно-лицевой области или шеи, является уже распространенным (разлитым.) В связи с этим *флегмона дна полости рта* представляет собой распространенный гнойный процесс, поражающий в различных сочетаниях клетчаточные пространства и области околонижнечелюстных тканей дна полости рта (рис. 15, 16). Клинико-анатомическая характеристика флегмоны дна полости рта приведена в табл. 3.



Рис. 15. Односторонние одонтогенные флегмоны дна полости рта в пределах только двух клетчаточных пространств (областей)



Рис. 16. Двусторонняя одонтогенная флегмона дна полости рта в пределах только трех клетчаточных пространств (областей)

## Клинико-анатомическая характеристика флегмоны дна полости рта\*

Границы анатомической области, фасциального пространства	Основные источники и пути инфицирования	Местные признаки процесса	Функциональные нарушения	Пути дальнейшего распространения инфекции	Дифференциальная диагностика	Оперативный доступ
<i>Верхняя</i> — слизистая оболочка дна полости рта; <i>нижняя</i> — кожа правой и левой поднижнечелюстных областей и подбородочного треугольника; <i>задняя</i> — корень языка и мышцы, прикрепляющиеся к шиловидному отростку, заднее брюшко двубрюшной мышцы; <i>передненаружная</i> — внутренняя поверхность тела нижней челюсти	Очаги одонтогенной инфекции в области 31–38, 41–48 зубов; инфицированные раны, гематомы; некротические стоматиты; по протяжению вторичное поражение в результате распространения гнойно-воспалительного процесса из клетчаточных пространств и областей околонижнечелюстных тканей; лимфогенным путем	Лицо одутловатое. Разлитой болезненный инфильтрат, выраженный отек и гиперемия кожи в поднижнечелюстной и подбородочной областях. Рот полуоткрыт. Язык увеличен в размерах, приподнят к небу, сухой, покрыт фибринозным налетом, багровые складки отечны, часто покрыты фибринозным налетом, видны отпечатки зубов. Подъязычные складки инфицированы, отечны, выбухают выше коронок зубов	Болезненное ограниченное открывание рта и движение языка, затрудненное жевание, глотание и иногда затрудненное дыхание и вынужденное положение	По протяжению в смежные анатомические области: крыловидно-нижнечелюстную, околоушно-жевательную, окологлоточную, корень языка, поверхностные пространства верхнебокового отдела передней области шеи, по влагалищу основного сосудисто-нервного пучка шеи и далее по периваскулярной клетчатке в глубокие пространства верхнебокового отдела передней области шеи и задние пространства шейного отдела средостения; лимфогенным путем	Флегмона крыловидно-нижнечелюстного, окологлоточного, заглоточного, поднижнечелюстного, подбородочного пространств, корня языка, сиаалоаденит и слюннокаменная болезнь поднижнечелюстной слюнной железы, остеомиелит, специфический процесс, опухоли тканей дна полости рта, лимфаденит	Наружные разрезы кожи в поднижнечелюстном треугольнике (по показаниям — с двух сторон), ниже нижнего края нижней челюсти на 1,5–2 см и параллельно ему, длиной не менее 5–7 см, сочетая с вертикальным срединным разрезом кожи в подбородочной области длиной 2–3 см (рис. 15, 16). По показаниям также проводятся внутриротовые разрезы слизистой оболочки дна полости рта в области язычного желобка. При двустороннем гнилостомном некротическом процессе целесообразно проведение «воротничкообразного» разреза кожи ниже нижнего края нижней челюсти на 1,5–2 см и параллельно ему (рис. 17)

\* Дно полости рта имеет два этажа: верхний, расположенный над челюстно-подъязычной мышцей, и нижний, находящийся под ней.

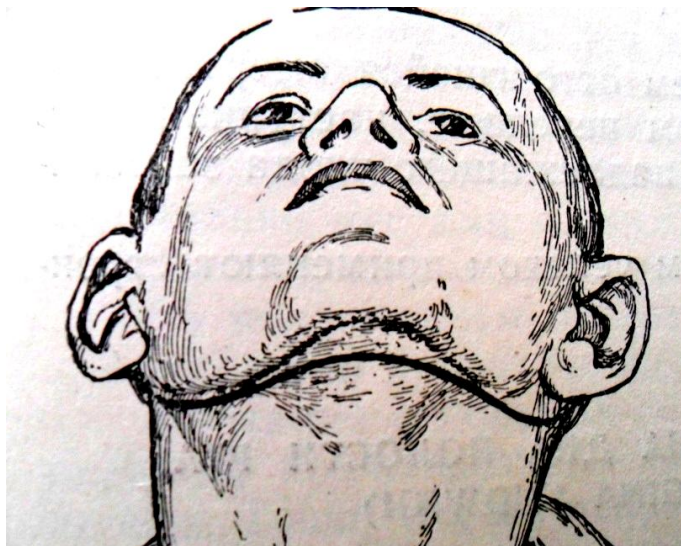


Рис. 17. Схема оперативного доступа при вскрытии флегмоны дна полости рта «воротничкообразным» разрезом

Флегмоны дна полости рта (в различных вариантах их локализации и распространения) составляют до 43 % от всех случаев одонтогенных остеофлегмон окологлоточных тканей нижней челюсти. В 74,6 % случаев отмечалась односторонняя локализация одонтогенных остеофлегмон дна полости рта, а в 25,4 % флегмонозный процесс контактным путем распространялся на противоположную сторону дна полости рта (Л. И. Тесевич, Н. Н. Черченко, 2014). При этом при различных вариантах одонтогенных остеофлегмон дна полости рта частота вовлечения контактным путем основных клетчаточных пространств дна полости рта и соседних смежных пространств и областей составила: поднижнечелюстного — 44,7% (в том числе в 9,0 % случаев с двусторонним поражением); подподбородочного — 35,7 %; крыловидно-нижнечелюстного — 8,1 % (в том числе в 0,7 % случаев с двусторонним поражением); окологлоточного — 4,9 % (в том числе в 0,7 % случаев с двусторонним поражением); корня языка — 1,9 %; околоушно-жевательного — 1,8 %; щечного — 0,5 %; поверхностных верхнебокового отдела передней области шеи — 2,4 % (в том числе в 0,5 % случаев с двусторонним поражением). Зачелюстная область поражается крайне редко.

Теоретически такой флегмонозный процесс может распространяться контактным путем во все смежные анатомические области лица и шеи, однако на практике выявляется определенная закономерность в его прогрессировании. Для характеристики разлитого флегмонозного процесса челюстно-лицевой области мы считаем целесообразным применять новый термин — **преимущественный вектор распространения**, который обозначает, в каком направлении флегмона может распространяться контактным путем с частотой не менее 50 % случаев (Л. И. Тесевич, Н. Н. Черченко, 2013). При этом преимущественными векторами распространения флегмонозного процесса контактным путем на начальной стадии формирования одонтогенной остеофлегмоны дна полости рта являлись: вертикальный нижний (в поднижнечелюстное клетчаточное пространство) с последующим горизонтальным

передним (в подподбородочное клетчаточное пространство) (до 100 % всех случаев соответственно). При этом формируется односторонняя флегмона дна полости рта. Преимущественным вектором дальнейшего распространения контактным путем первоначального одностороннего флегмонозного процесса при формировании двусторонней одонтогенной остеофлегмоны дна полости рта являлся: горизонтальный задний (при распространении процесса из подподбородочного клетчаточного пространства в поднижнечелюстное на другую сторону) (до 100 % всех случаев). При дальнейшем распространении двустороннего флегмонозного процесса дна полости рта преимущественным вектором становится односторонний горизонтальный задне-внутренний в крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства — до 71,4 и 61,9 % всех случаев такого развития событий в этой группе соответственно. У больных с двусторонней остеофлегмоной дна полости рта дальнейшее распространение флегмонозного процесса на поверхностные пространства верхнебокового отдела передней области шеи отмечалось в 1,66 раз чаще, чем у пациентов с односторонним вовлечением в гнойно-воспалительный процесс тканей дна полости рта.

По нашим данным, частота распространения контактным путем одонтогенных флегмон клетчаточных пространств околочелюстных тканей нижней челюсти и шеи в среднем составила: в пределах только двух пространств — 45,8 %; только трех — 14,4 %; только четырех — 3,9 %; пяти и более — 4,3 %; развитие медиастинита шейного отдела средостения — 1,5 % от всех вариантов локализации таких флегмон.

Преимущественными векторами распространения контактным путем разлитых одонтогенных флегмон в клетчаточных пространствах околочелюстных тканей нижней челюсти и шеи являлись:

– для флегмон с поражением только двух клетчаточных пространств (рис. 15) — вертикальный нижний (в поднижнечелюстное пространство — до 92 %), горизонтальный передний (в подподбородочное пространство — до 54,9 %);

– для флегмон с поражением только трех клетчаточных пространств (рис. 16) — вертикальный нижний (в поднижнечелюстное пространство — до 98,5 %), горизонтальный передний (в подподбородочное пространство — 74,6 %) с вероятностью перехода на противоположную сторону через подподбородочное клетчаточное пространство с последующим горизонтальным задним направлением распространения процесса в поднижнечелюстное пространство, составляющий — 44,7 %;

– для флегмон с поражением только четырех клетчаточных пространств (рис. 18) — вертикальный нижний (в поднижнечелюстное пространство — до 94,4 %), горизонтальный передний (в подподбородочное пространство — до 72,2 %) и задне-внутренний (крыловидно-нижнечелюстное пространство — до 61,1 %), с вероятностью перехода на противоположную сторону через подподбородочное клетчаточное про-



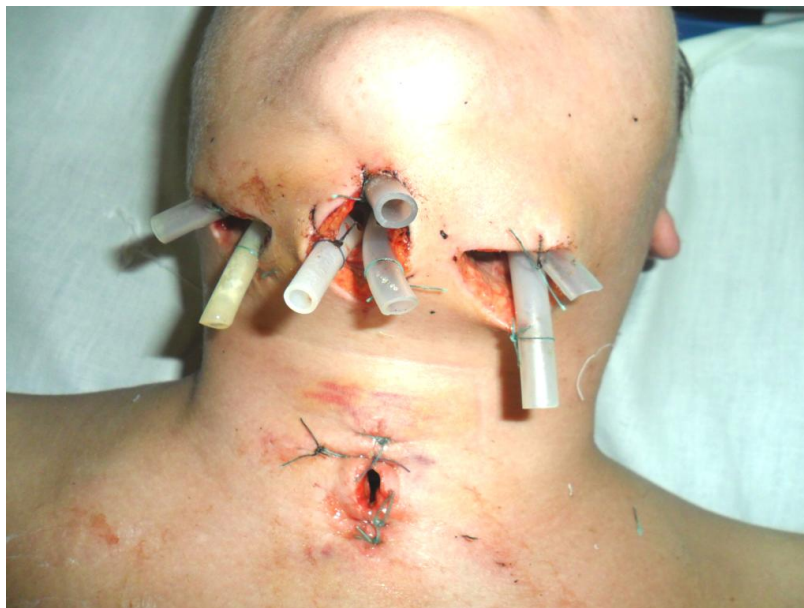
пространство с последующим горизонтальным задним направлением распространения процесса в поднижнечелюстное пространство и к корню языка, составляющей 33,3 % (это свидетельствует о том, что гнойно-воспалительный процесс приобретает быстро нарастающий разновекторный характер распространения);

– для флегмон с поражением пяти и более клетчаточных пространств (рис. 19) — вертикальный нижний (в поднижнечелюстное пространство — до 100 % и поверхностное пространство верхнебокового отдела передней области шеи — 50 %), горизонтальный (передний (в подподбородочное пространство — 90 %), задневнутренний (в крыловидно-нижнечелюстное (85 %) и окологлоточное (70 %) пространства)), с 55,0%-ной вероятностью перехода на противоположную сторону через подподбородочное клетчаточное пространство с последующим горизонтальным задним направлением распространения процесса в поднижнечелюстное пространство и к корню языка (с вероятностью до 55,0 % и 25 % соответственно) (очевидно, что гнойно-воспалительный процесс сразу приобретает стремительно нарастающий характер с нижним и внутренним (в крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства) векторами распространения флегмонозного процесса и может угрожать развитием в дальнейшем одонтогенного медиастинита шейного отдела средостения, вероятность чего составила до 33,3 % случаев);

– при развитии медиастинита шейного отдела средостения (рис. 20) — вертикальный нижний (в поднижнечелюстное пространство — до 100 %), горизонтальный (передний (в подподбородочное пространство — до 85,7 %), задний внутренний (в крыловидно-нижнечелюстное (100 %) и окологлоточное (100 %) пространства)) с последующим вертикальным нижним (в глубокие пространства верхнебокового отдела передней области шеи и шейного отдела средостения) в 100 % случаев, с вероятностью перехода на противоположную сторону через подподбородочное клетчаточное пространство, равной 57,1 % (с последующим горизонтальным задним направлением распространения процесса в поднижнечелюстное пространство), а также в 71,4 % через глубокие клетчаточные пространства передней области шеи.

При этом, в зависимости от преимущественного вектора распространения контактным путем одонтогенных флегмон в околочелюстных тканях нижней челюсти и шеи, наиболее часто первыми в гнойно-воспалительный процесс вовлекались следующие клетчаточные пространства: при флегмоне только одного пространства — поднижнечелюстное (81,4 %); только двух пространств — поднижнечелюстное (92,0 %) и крыловидно-нижнечелюстное (32,9 %); только трех пространств — поднижнечелюстное (98,5 %) и крыловидно-нижнечелюстное (46,3 %); только четырех пространств — поднижнечелюстное (94,4 %), крыловидно-нижнечелюстное (61,1 %) и околоушно-жевательное или щечное (38,8 %); пяти и более пространств — поднижнечелюстное (100 %), крыловидно-нижнечелюстное (85,0 %) и околоушно-жевательное или щечное (20,0–25,0 %); при медиастинитах шейного отдела

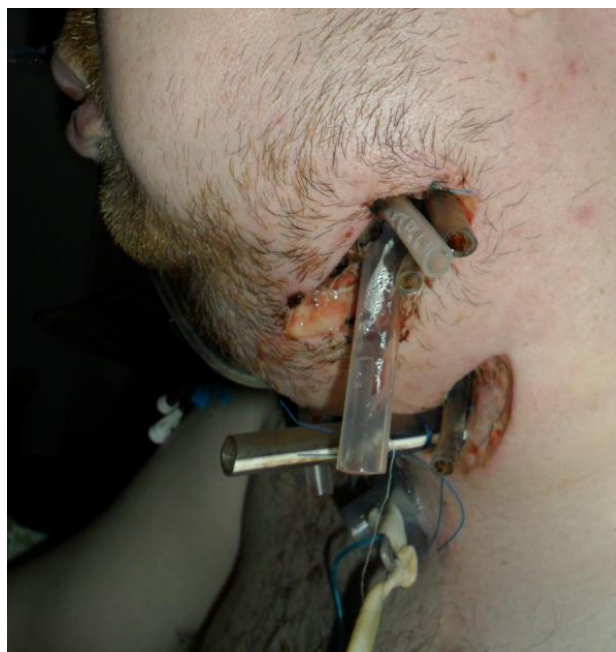
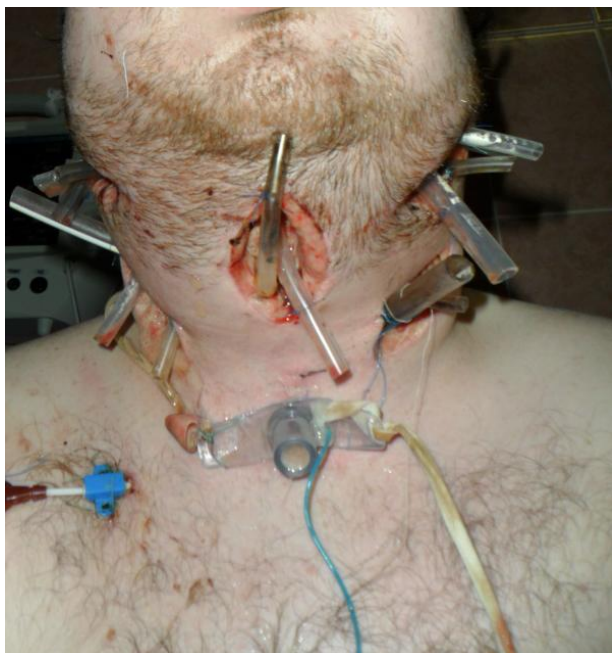
средостения — поднижнечелюстное (100 %), крыловидно-нижнечелюстное (100 %) и околоушно-жевательное (28,6 %).



*Рис. 18.* Распространенная одонтогенная флегмона околонижнечелюстных тканей в пределах только четырех клетчаточных пространств или областей: двусторонняя флегмона дна полости рта и корня языка



*Рис. 19.* Распространенная одонтогенная флегмона околонижнечелюстных тканей с вовлечением пяти и более клетчаточных пространств или областей: односторонняя флегмона дна полости рта справа, корня языка, крыловидно-нижнечелюстного и окологлоточного пространств справа, переднебокового отдела шеи справа, надключичной области справа



*Рис. 20.* Распространенная одонтогенная флегмона околонижнечелюстных тканей с развитием переднего шейного медиастинита: двусторонняя флегмона дна полости рта, корня языка, окологлоточных и крыловидно-нижнечелюстных пространств, переднебоковых отделов шеи и переднего пространства шейного отдела средостения

Такие особенности распространения флегмонозного процесса контактным путем, по нашему мнению, обусловлены: вирулентностью патогенной одонтогенной микрофлоры; влиянием силы тяжести гнойного инфильтрата в зависимости от вертикального или горизонтального положения головы больного; наличием анатомических структур (отрогов клетчатки и фасций, сосудов, нервов с сопровождающей их клетчаткой), способствующих сообщению соседних клетчаточных пространств головы и шеи. При этом из-за выраженного коллатерального отека такой клетчатки «анатомо-топографические ворота» между соседними пространствами становятся шире, что увеличивает вероятность дальнейшего распространения разлитого гнойно-воспалительного процесса.

В связи с этим в практическом аспекте диагностики при подозрении на вовлечение в одонтогенный флегмонозный процесс четырех и более клетчаточных пространств околочелюстных тканей нижней челюсти целесообразно решить вопрос о проведении у пациента ядерно-магнитно-резонансной компьютерной томографии (или рентгенокомпьютерной томографии) тканей дна полости рта и шеи с целью уточнения преимущественного вектора распространения гнойно-воспалительного процесса и определения объема необходимых оперативных мероприятий для предупреждения его дальнейшего распространения. При проведении хирургической обработки гнойного очага уровень классических оперативных доступов (разрезов) целесообразно смещать в сторону преимущественного вектора распространения флегмонозного процесса так, чтобы из него можно было выйти на гнойно-воспалительный инфильтрат клетчаточного пространства без образования затеков и карма-

нов. С этой же целью желателен использовать и дополнительные контрпертурные разрезы, а также одновременно сочетать пассивные и активные методы дренирования гнойных флегмонозных очагов. Больному с односторонней локализацией флегмонозного процесса необходимо лежать в постели на боку на стороне поражения.

## **ОСЛОЖНЕНИЯ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ОКОЛОЧЕЛЮСТНЫХ ТКАНЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Поздняя обращаемость за медицинской помощью, не своевременная санация полости рта, вирулентность микроорганизмов, наличие сопутствующей патологии — одни из основных факторов, проводящих к развитию тяжелых осложнений.

Тяжелые осложнения абсцессов и флегмон области нижней челюсти:

1. Одонтогенный медиастинит.
2. Тромбофлебит вен лица.
3. Тромбоз пещеристого синуса твердой мозговой оболочки.
4. Менингоэнцефалит.
5. Абсцесс головного мозга.
6. Абсцесс легкого.
7. Сепсис.

Одним из неблагоприятных исходов воспалительного процесса является *некроз мягких тканей челюстно-лицевой области*. Факторы, определяющие его возникновение:

1. Вирулентность инфекции.
2. Сенсibilизация организма.
3. Неспецифическая антимикробная резистентность организма.
4. Иммунологическая реактивность организма.
5. Резистентность тканей челюстно-лицевой области к инфекции.
6. Нарушение кровообращения.

*Профилактика* возникновения абсцессов и флегмон, а также их осложнений, заключается в обязательной санации полости рта: своевременном лечении кариеса и его осложнений, а также ликвидации очагов одонтогенной и стоматогенной инфекции в организме, строгом соблюдении правил асептики и антисептики при выполнении всех диагностических и лечебных манипуляций.

## САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

### ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Занятия проводятся на клинической базе кафедры челюстно-лицевой хирургии БГМУ в гнойном отделении челюстно-лицевой хирургии стационара.

Для успешного освоения темы студентам необходимо повторить учебный материал из смежных дисциплин, затем изучить учебный материал пособия. В течение занятий студенты должны ознакомиться с основными клиническими симптомами, характерными для абсцессов и флегмон окологлазничных тканей нижней челюсти, освоить основные методы клинического обследования и диагностики по их выявлению, научиться составлять план обследования таких больных. Анализируя данные клинических, дополнительных лучевых и лабораторных методов обследований этой группы пациентов студенты учатся оценивать тяжесть течения абсцессов и флегмон в области нижней челюсти и их проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями. Используя иллюстративный материал электронного наглядного пособия, студенты на муляжах осваивают мануальные навыки осуществления оперативного доступа при проведении хирургической обработки поверхностных и глубоких абсцессов и флегмон окологлазничных тканей нижней челюсти. Под руководством преподавателя студенты осуществляют перевязки пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи (в том числе с абсцессами и флегмонами окологлазничных тканей нижней челюсти), заполняют медицинскую документацию данных пациентов, тем самым закрепляя результаты обучения непосредственной клинической демонстрацией пациентов по изучаемой теме. Студенты могут присутствовать на операциях больных с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи. Как правило, студентов непосредственно включают в операционную бригаду в качестве ассистентов оператора. В завершении занятий студенты должны ответить на тестовые вопросы, которые позволят преподавателю оценить степень усвоения учебного материала.

ТСО: маски, перчатки, шприцы, иглы, анестетики, антисептики, наборы инструментов (пинцеты (хирургический, анатомический, стоматологический), шпатель отоларингологический, крючки Фарабефа, ножницы (прямые, Купера), кровоостанавливающие зажимы (Кохера, Москито, Пеана и Бильрота), Перевязочный материал: бинты, тампоны, турунды, дренажи, марлевые салфетки и шарики, лейкопластырь. Муляжи-фантомы.

## ТЕСТЫ

**1. Ограниченный в виде полости гнойный очаг, возникающий в результате гнойного расплавления подслизистой, подкожной, межмышечной, межфасциальной клетчатки, лимфатических узлов, мышечной ткани или кости называется .....**

**2. Гнойное разлитое воспаление клетчаточного пространства с возможным вовлечением клетчатки, расположенной под кожей, слизистой оболочкой, между мышцами и фасциями называется .....**

**3. Какие микроорганизмы чаще всего являются причиной развития абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области?**

- |                             |                                  |
|-----------------------------|----------------------------------|
| а) <i>St. aureus</i> ;      | г) <i>Str. Hemol.</i> ;          |
| б) <i>St. epidermidis</i> ; | д) <i>Str. Viridian ns</i> ;     |
| в) <i>E. coli</i> ;         | е) <i>Klebsiella pneumonia</i> . |

**4. Укажите источники одонтогенной инфекции при развитии абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области:**

- а) острый апикальный периодонтит;
- б) некротический стоматит;
- в) хронический маргинальный периодонтит;
- г) гнойный сиалоаденит;
- д) карбункул;
- е) гнойный отит.

**5. Укажите источники неодонтогенной инфекции при развитии абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области:**

- |  |                  |
|--|------------------|
| а) острый апикальный периодонтит;        | г) периостит;    |
| б) некротический стоматит;               | д) карбункул;    |
| в) хронический маргинальный периодонтит; | е) гнойный отит. |

**6. Укажите особенности, имеющие существенное значение для развития и характера течения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи, и которые также нужно учитывать в диагностике абсцессов и флегмон окологлазничных тканей нижней челюсти:**

- а) у 80–95 % больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области источники инфекции имеют одонтогенную природу;
- б) одонтогенные гнойно-воспалительные процессы могут протекать быстро с развитием тяжелых осложнений уже на 3–5-е сутки;
- в) близкое расположение жизненно важных органов и систем организма;
- г) наличие множества клетчаточных пространств челюстно-лицевой области и шеи, сообщающихся между собой фасциальными отростками и сосудисто-нервными пучками.

**7. Проведите соответствие между характером клинических проявлений абсцессов и флегмон окологлазничных тканей нижней челюсти и типом ответной воспалительной реакции организма:**

1) слабо выраженные местные и общие признаки воспалительной реакции с незначительным отеком окружающих тканей без явлений лимфангоита или лимфаденита, температура тела повышена незначительно	а) нормергический
2) местные и общие признаки воспалительной реакции практически отсутствуют, течение процесса вялое, с невыраженным отеком окружающих тканей без явлений лимфангоита или лимфаденита, температура тела может быть пониженной	б) гиперергический
3) процесс развивается умеренно медленно, захватывает умеренный объем тканей, сопровождается умеренно ограниченным отеком их, с умеренным повышением температуры тела и изменением состава периферической крови	в) гипоергический
4) бурное развитие процесса, распространение его на окружающие ткани и сосудистый пучок с образованием тромбозов, обширных отеков, с вовлечением лимфатических сосудов, узлов и развитием не только обширной местной, но и тяжелой общей реакции организма	г) анергический

**8. Укажите последовательность действий, которую предусматривает диагностика абсцессов и флегмон в окологлазничных тканях нижней челюсти?**

- а) уточнение локализации и характера воспалительного процесса;
- б) выявление осложнений;
- в) оценка типа ответной реакции организма);
- г) оценка вирулентности инфекционного начала.

**9. Укажите местные признаки проявления поверхностных абсцессов и флегмон в окологлазничных тканях нижней челюсти:**

- а) выраженная асимметрия лица;
- б) асимметрия лица незначительная;
- в) гиперемия слизистой оболочки над инфильтратом;
- г) гиперемия кожи над инфильтратом;
- д) болезненное глотание;
- е) невозможность глотания;
- ж) контрактура жевательной мышцы;
- з) контрактура крыловидных мышц.

**10. Укажите местные признаки проявления глубоких абсцессов и флегмон в окологлазничных тканях нижней челюсти:**

- а) выраженная асимметрия лица;
- б) асимметрия лица незначительная;
- в) гиперемия слизистой оболочки над инфильтратом;

- г) гиперемия кожи над инфильтратом;
- д) болезненное глотание;
- е) невозможность глотания;
- ж) контрактура жевательной мышцы;
- з) контрактура крыловидных мышц.

**11. Назовите общие симптомы интоксикации при развитии абсцессов и флегмон в околочелюстных тканях нижней челюсти:**

- а) головная боль;
- б) болезненное глотание;
- в) слабость;
- г) повышение температуры тела;
- д) тризм челюстей;
- е) лейкоцитоз с увеличением количества палочкоядерных лейкоцитов, появлением молодых форм лейкоцитов и плазматических клеток;
- ж) повышение уровня глюкозы в крови.

**12. Какие функциональные нарушения могут быть у больных с абсцессами или флегмонами в околочелюстных тканях нижней челюсти?**

- а) зрения;
- б) глотания;
- в) обоняния;
- г) жевания;
- д) речеобразования;
- е) осязания;
- ж) дыхания.

**13. Назовите дополнительные методы топической диагностики абсцессов и флегмон околочелюстных тканей нижней челюсти:**

- а) рентгенография;
- б) рентгенокомпьютерная томография;
- в) ангиография;
- г) УЗИ;
- д) электроодонтодиагностика;
- е) микробиологическое исследование экссудата;
- ж) лимфография.

**14. Перечислите лабораторные методы исследования, назначение которых целесообразно для диагностики у пациентов абсцессов или флегмон околочелюстных тканей нижней челюсти:**

- а) общий анализ крови;
- б) определение группы крови и резус-фактора;
- в) биохимический анализ крови;
- г) анализ кала на скрытую кровь;
- д) иммунологический анализ крови.

**15. О чем свидетельствует умеренная нейтрофилия с незначительным сдвигом влево в периферической крови больных с абсцессом околочелюстных тканей нижней челюсти?**

- а) о неблагоприятном течении воспалительного процесса;



- б) благоприятном течении воспалительного процесса;
- в) гиперергическом типе воспалительной реакции;
- г) иммунодефиците.

**16. О чем свидетельствует нейтрофилия с выраженным сдвигом влево на фоне лейкоцитоза в периферической крови больных с флегмоной околочелюстных тканей нижней челюсти?**

- а) о благоприятном течении воспалительного процесса;
- б) тяжелом течении воспалительного процесса;
- в) гипоергическом типе воспалительной реакции;
- г) иммунодефиците.

**17. На что указывает сохранение стойкого лейкоцитоза, повторное снижение числа эозинофилов, отсутствие восстановления нормального уровня Т-лимфоцитов и 0-лимфоцитов, снижение уровня В-лимфоцитов, сохранение низкого уровня фагоцитарной и адгезивной активности нейтрофилов в периферической крови больных с флегмоной околочелюстных тканей нижней челюсти?**

- а) о благоприятном течении воспалительного процесса и выздоровлении;
- б) неблагоприятном течении воспалительного процесса и возможном переходе его в хроническую форму;
- в) такие данные не связаны с характером воспалительного процесса.

**18. Укажите факторы, определяющие возникновение некроза мягких тканей челюстно-лицевой области:**

- а) вирулентность инфекции;
- б) сенсibilизация организма;
- в) неспецифическая антимикробная резистентность;
- г) иммунологическая реактивность;
- д) резистентность тканей челюстно-лицевой области к инфекции;
- е) нарушение кровообращения.

**19. Гнойно-воспалительный процесс каких клетчаточных пространств челюстно-лицевой области относят к поверхностным абсцессам и флегмонам околочелюстных тканей нижней челюсти?**

- а) поднижнечелюстного;      г) височного;
- б) окологлоточного;      д) подподбородочного.
- в) щечного;

**20. Гнойно-воспалительный процесс каких клетчаточных пространств челюстно-лицевой области относят к глубоким абсцессам и флегмонам околочелюстных тканей нижней челюсти?**

- а) поднижнечелюстного;      г) крыловидно-нижнечелюстного;
- б) окологлоточного;      д) крыловидно-небного.
- в) щечного;

**21. Проведите соответствие между границами поднижнечелюстной области:**

1) челюстно-подъязычная мышца	а) задненижняя
2) заднее брюшко двубрюшной мышцы	б) передненижняя
3) внутренняя поверхность тела нижней челюсти	в) верхневнутренняя
4) переднее брюшко двубрюшной мышцы	г) наружная

**22. Проведите соответствие между границами подподбородочной области:**

1) нижний край фронтального отдела тела нижней челюсти	а) нижняя
2) подъязычная кость	б) верхняя
3) передние брюшки правой и левой двубрюшных мышц	в) задняя
4) челюстно-подъязычная мышца	г) боковые

**23. Проведите соответствие между границами околоушно-жевательной области:**

1) нижний край скуловой кости и дуги	а) передняя
2) нижний край тела нижней челюсти	б) наружная
3) передний край жевательной мышцы	в) внутренняя
4) кожа	г) верхняя
5) наружная поверхность ветви нижней челюсти	д) нижняя

**24. Укажите оперативный доступ для вскрытия абсцесса поднижнечелюстной области:**

а) вертикальный разрез кожи по средней линии в подбородочной области;

б) разрез кожи ниже нижнего края нижней челюсти на 1,5–2 см и параллельно ему;

в) вертикальный разрез кожи в подподбородочной области;

г) наружный разрез кожи, окаймляющий угол нижней челюсти и отступя от него на 1,5–2 см книзу и кзади.

**25. Укажите оперативный доступ для вскрытия флегмоны околоушно-жевательной области:**

а) внутриротовой разрез слизистой оболочки нижнего свода преддверия полости рта на уровне 37–38 или 47–48 зубов;

б) разрез кожи выше нижнего края нижней челюсти на 1,5–2 см и параллельно ему;

в) внутриротовой разрез слизистой оболочки в проекции нижнего полюса инфильтрата длиной 1,5–2 см кнаружи от крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ей;

г) наружный разрез кожи, окаймляющий угол нижней челюсти и отступя от него на 1,5–2 см книзу и кзади.

**26. Укажите оперативный доступ для вскрытия абсцесса подподбородочной области:**

а) внутриротовой разрез слизистой оболочки над инфильтратом длиной 1,5–2 см параллельно и ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти;

б) разрез кожи выше нижнего края нижней челюсти на 1,5–2 см и параллельно ему;

в) вертикальный разрез кожи, отступя от нижнего края фронтального отдела тела нижней челюсти на 1–1,5 см по направлению к подъязычной кости;

г) наружный разрез кожи, окаймляющий угол нижней челюсти и отступя от него на 1,5–2 см книзу и кзади.

**27. Укажите оперативный доступ для вскрытия абсцесса подмассетерального пространства:**

а) внутриротовой разрез слизистой оболочки нижнего свода преддверия полости рта на уровне 37–38 или 47–48 зубов;

б) разрез кожи выше нижнего края нижней челюсти на 1,5–2 см и параллельно ему;

в) внутриротовой разрез слизистой оболочки в проекции нижнего полюса инфильтрата длиной 1,5–2 см кнутри от крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ей;

г) наружный разрез кожи, окаймляющий угол нижней челюсти и отступя от него на 1,5–2 см книзу и кзади.

**28. Проведите соответствие между границами подъязычной области:**

1) верхняя поверхность переднего отдела челюстно-подъязычной мышцы	а) верхняя
2) подбородочно-язычная и подбородочно-подъязычная мышцы	б) передненаружная
3) внутренняя поверхность фронтального отдела тела нижней челюсти	в) задняя
4) слизистая оболочка полости рта	г) нижняя
5) сообщается с челюстно-язычным желобком	д) внутренняя

**29. Проведите соответствие между границами челюстно-язычного желобка:**

1) верхняя поверхность заднего отдела челюстно-подъязычной мышцы	а) передняя
2) слизистая оболочка полости рта	б) задняя
3) внутренняя поверхность бокового отдела тела нижней челюсти	в) внутренняя
4) мышцы корня языка	г) верхняя
5) основание передней небной дужки	д) нижняя
б) сообщается с подъязычной областью	е) наружная

**30. Проведите соответствие между границами крыловидно-нижнечелюстного пространства:**

1) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти	а) передняя
2) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы	б) верхняя
3) верхняя линия прикрепления сухожилия медиальной крыловидной мышцы	в) внутренняя
4) латеральная крыловидная мышца и межкрыловидная фасция	г) задняя
5) щечно-глоточный шов	д) нижняя
6) глубокий листок капсулы околоушной слюнной железы	е) наружная

**31. Проведите соответствие между границами окологлоточного (парафарингиального) пространства:**

1) медиальная крыловидная мышца и глубокий листок капсулы околоушной слюнной железы	а) передняя
2) боковая стенка глотки и мышцы, поднимающие и натягивающие мягкое небо	б) нижняя
3) межкрыловидная фасция	в) наружная
4) боковые фасциальные отростки, идущие от предпозвоночной фасции к стенке глотки	г) внутренняя
5) сообщается с крылонебной ямкой и основанием черепа	д) задняя
6) сообщается с глубокими пространствами верхнебокового отдела передней области шеи на уровне заднего полюса поднижнечелюстной слюнной железы	е) верхняя

**32. Проведите соответствие между границами позадичелюстной области:**

1) нижняя стенка наружного слухового прохода	а) задняя
2) нижний полюс околоушной слюнной железы	б) верхняя
3) задний край ветви нижней челюсти и медиальная крыловидная мышца	в) внутренняя
4) сосцевидный отросток височной кости и грудиночно-сосцевидная мышца	г) передняя
5) шиловидный отросток височной кости с прикрепляющимися к нему мышцами и связками	д) наружная
6) околоушно-жевательная фасция	е) нижняя

**33. Укажите оперативный доступ для вскрытия абсцесса подъязычной области:**

а) внутриротовой разрез слизистой оболочки нижнего свода преддверия полости рта на уровне 37–38 или 47–48 зубов;

б) внутриротовой разрез слизистой оболочки над инфильтратом длиной 1,5–2 см параллельно и ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти;

в) внутриротовой разрез слизистой оболочки в проекции нижнего полюса инфильтрата длиной 1,5–2 см кнутри от крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ей;

г) внутриротовой разрез слизистой оболочки над инфильтратом длиной 1,5–2 см ближе к поверхности тела языка.

**34. Укажите оперативный доступ для вскрытия абсцесса челюстно-язычного желобка:**

а) внутриротовой разрез слизистой оболочки нижнего свода преддверия полости рта на уровне 37–38 или 47–48 зубов;

б) внутриротовой разрез слизистой оболочки в проекции нижнего полюса инфильтрата длиной 1,5–2 см кнаружи от крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ей;

в) внутриротовой разрез слизистой оболочки над инфильтратом длиной 1,5–2 см параллельно и ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти;

г) внутриротовой разрез слизистой оболочки над инфильтратом длиной 1,5–2 см ближе к поверхности тела языка.

**35. Укажите оперативный доступ для вскрытия абсцесса крыловидно-нижнечелюстного пространства:**

а) внутриротовой разрез слизистой оболочки нижнего свода преддверия полости рта на уровне 37–38 или 47–48 зубов;

б) внутриротовой разрез слизистой оболочки в проекции нижнего полюса инфильтрата длиной 1,5–2 см кнаружи от крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ей;

в) внутриротовой разрез слизистой оболочки над инфильтратом длиной 1,5–2 см параллельно и ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти;

г) внутриротовой разрез слизистой оболочки в проекции нижнего полюса инфильтрата длиной 1,5–2 см кнаружи от крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ей.

**36. Укажите оперативный доступ для вскрытия флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства:**

а) разрез кожи выше нижнего края нижней челюсти на 1,5–2 см и параллельно ему;

б) внутриротовой разрез слизистой оболочки в проекции нижнего полюса инфильтрата длиной 1,5–2 см кнаружи от крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ей;

в) внутриротовой разрез слизистой оболочки над инфильтратом длиной 1,5–2 см параллельно и ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти;

г) наружный разрез кожи длиной 4–5 см, окаймляющий угол нижней челюсти и отступя от него на 1,5–2 см книзу и кзади.

**37. Укажите оперативный доступ для вскрытия абсцесса окологлоточного (парафарингиального) пространства:**

а) внутриротовой разрез слизистой оболочки в проекции нижнего полюса инфильтрата длиной 1,5–2 см кнутри от крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ей;

б) внутриротовой разрез слизистой оболочки в проекции нижнего полюса инфильтрата длиной 1,5–2 см кнаружи от крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ей;

в) внутриротовой разрез слизистой оболочки над инфильтратом длиной 1,5–2 см параллельно и ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти;

г) внутриротовой разрез слизистой оболочки нижнего свода преддверия полости рта на уровне 37–38 или 47–48 зубов.

**38. Укажите оперативный доступ для вскрытия флегмоны окологлоточного (парафарингиального) пространства:**

а) разрез кожи выше нижнего края нижней челюсти на 1,5–2 см и параллельно ему;

б) внутриротовой разрез слизистой оболочки длиной 1,5–2 см в проекции нижнего полюса инфильтрата кнутри от крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ей;

в) внутриротовой разрез слизистой оболочки длиной 1,5–2 см над инфильтратом параллельно и ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти;

г) наружный разрез кожи длиной 4–5 см, окаймляющий угол нижней челюсти и отступя от него на 1,5–2 см книзу и кзади.

**39. Укажите оперативные доступы для вскрытия флегмоны позадище-люстной области:**

а) разрез кожи ниже нижнего края нижней челюсти на 1,5–2 см и параллельно ему;

б) внутриротовой разрез слизистой оболочки длиной 1,5–2 см в проекции нижнего полюса инфильтрата кнутри от крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ей;

в) наружный разрез кожи длиной 5–7 см между задним краем ветви нижней челюсти и передним краем грудинно-ключично-сосцевидной мышцы;

г) наружный разрез кожи длиной 5–7 см, окаймляющий угол нижней челюсти и отступя от него на 1–1,5 см книзу с продолжением кзади и кверху параллельно заднему краю ветви нижней челюсти;

д) наружный разрез кожи длиной 4–5 см, окаймляющий угол нижней челюсти и отступя от него на 1,5–2 см книзу и кзади.

**40. Какие клинические симптомы характерны для абсцесса поднижнечелюстной области?**

- а) болезненная инфильтрация тканей в поднижнечелюстной области;
- б) тризм нижней челюсти;
- в) болезненное жевание и глотание;
- г) невозможность жевания и глотания;
- д) отек и гиперемия кожи над инфильтратом;
- е) отек и гиперемия кожи отсутствуют.

**41. Какие клинические симптомы характерны для абсцесса подбородочной области?**

- а) болезненные движения нижней губы;
- б) болезненная инфильтрация тканей в подбородочной области;
- в) тризм нижней челюсти;
- г) болезненное жевание и глотание;
- д) отек и гиперемия кожи отсутствуют;
- е) отек и гиперемия кожи над инфильтратом.

**42. Какие клинические симптомы характерны для абсцесса подподбородочной области?**

- а) болезненные движения нижней губы;
- б) болезненная инфильтрация тканей в подподбородочной области;
- в) тризм нижней челюсти;
- г) болезненное жевание и глотание;
- д) отек и гиперемия кожи отсутствуют;
- е) отек и гиперемия кожи над инфильтратом.

**43. Какие клинические симптомы характерны для абсцесса подмассетериального пространства?**

- а) затрудненная речь;
- б) болезненная инфильтрация тканей в подмассетериальном пространстве;
- в) тризм нижней челюсти;
- г) болезненное глотание;
- д) отек и гиперемия кожи отсутствуют;
- е) отек и гиперемия кожи над инфильтратом.

**44. Какие клинические симптомы характерны для флегмоны околоушно-жевательной области?**

- а) затрудненная речь;
- б) болезненная инфильтрация тканей в околоушно-жевательной области;
- в) тризм нижней челюсти;

- г) болезненное глотание;
- д) отек и гиперемия кожи отсутствуют;
- е) выраженный отек и гиперемия кожи над инфильтратом.

**45. Какие клинические симптомы характерны для абсцесса челюстно-язычного желобка?**

- а) выраженный отек и гиперемия кожи над инфильтратом;
- б) болезненная инфильтрация тканей области челюстно-язычного желобка;
- в) тризм нижней челюсти;
- г) болезненные жевание, глотание, движение языка;
- д) отек и гиперемия кожи отсутствуют;
- е) безболезненные жевание и глотание;
- ж) отек и гиперемия слизистой оболочки над инфильтратом.

**46. Какие клинические симптомы характерны для абсцесса крыловидно-нижнечелюстного пространства?**

- а) болезненная инфильтрация тканей кнутри от крыловидно-нижнечелюстной складки;
- б) выраженный отек и гиперемия кожи за углом нижней челюсти;
- в) болезненная инфильтрация тканей кнаружи от крыловидно-нижнечелюстной складки;
- г) тризм нижней челюсти;
- д) болезненные жевание, глотание;
- е) отек и гиперемия кожи отсутствуют;
- ж) безболезненные жевание и глотание;
- з) отек и гиперемия слизистой оболочки над инфильтратом.

**47. Какие клинические симптомы характерны для флегмоны окологлоточного (парафарингиального) пространства?**

- а) болезненная инфильтрация тканей кнутри от крыловидно-нижнечелюстной складки;
- б) отек тканей и инфильтрат под углом нижней челюсти;
- в) боковая стенка глотки и миндалина смещены к средней линии;
- г) затрудненное открывание рта;
- д) невозможность глотания;
- е) отек тканей и гиперемия кожи отсутствуют;
- ж) безболезненные жевание и глотание;
- з) отек и гиперемия слизистой оболочки над инфильтратом.

**48. Какие клинические симптомы характерны для флегмоны позадичелюстной области?**

- а) болезненная инфильтрация тканей в позадичелюстной области;
- б) выраженный отек тканей и гиперемия кожи;
- в) боковая стенка глотки и миндалина смещены к средней линии;
- г) затрудненное открывание рта;



- д) болезненное глотание;
- е) отек тканей и гиперемия кожи отсутствуют;
- ж) безболезненное жевание и глотание;
- з) отек и гиперемия слизистой оболочки над инфильтратом;
- и) болезненный поворот головы.

**49. Проведите соответствие между границами области дна полости рта:**

1) слизистая оболочка дна полости рта	а) задняя
2) кожа правой и левой поднижнечелюстных областей и подподбородочного треугольника	б) верхняя
3) корень языка и мышцы, прикрепляющиеся к шиловидному отростку, заднее брюшко двубрюшной мышцы	в) нижняя
4) внутренняя поверхность тела нижней челюсти	г) передненаружная

**50. Какие клинические симптомы характерны для флегмоны дна полости рта?**

- а) разлитой болезненный инфильтрат в поднижнечелюстной и подподбородочной областях;
- б) выраженный отек тканей и гиперемия кожи;
- в) затрудненное открывание рта;
- г) невозможность глотания;
- д) отек тканей и гиперемия кожи отсутствуют;
- е) безболезненное жевание и глотание;
- ж) отек и гиперемия слизистой оболочки над инфильтратом;
- з) язык увеличен в размерах, приподнят к небу, покрыт фибринозным налетом;
- и) затрудненная речь;
- к) иногда затрудненное дыхание.

**51. Укажите оперативный доступ для вскрытия односторонней флегмоны дна полости рта.**

- а) разрез кожи выше нижнего края нижней челюсти на 1,5–2 см и параллельно ему;
- б) наружные разрезы кожи в поднижнечелюстных треугольниках с двух сторон;
- в) по показаниям внутриротовой разрез слизистой оболочки над инфильтратом параллельно и ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти;
- г) наружный разрез кожи в поднижнечелюстном треугольнике, сочетающийся с вертикальным срединным разрезом кожи в подподбородочной области.

**52. Укажите оперативный доступ для вскрытия двухсторонней флегмоны дна полости рта:**

а) разрез кожи выше нижнего края нижней челюсти на 1,5–2 см и параллельно ему;

б) наружные разрезы кожи в поднижнечелюстных треугольниках с двух сторон в сочетании с вертикальным срединным разрезом кожи в подподбородочной области;

в) по показаниям внутриротовой разрез слизистой оболочки над инфильтратом параллельно и ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти;

г) наружный разрез кожи в поднижнечелюстном треугольнике в сочетании с вертикальным срединным разрезом кожи в подподбородочной области.

**53. Когда целесообразно применение «воротникообразного» разреза?»**

а) при флегмоне поднижнечелюстного пространства;

б) односторонней флегмоне дна полости рта;

в) двусторонней гнилостно-некротической флегмоне дна полости рта;

г) флегмоне подподбородочной области.

**54. Какие флегмоны в околочелюстных тканях нижней челюсти и шеи относятся к распространенным (разлитым)?**

а) все флегмоны;

б) флегмоны в пределах одного клетчаточного пространства;

в) флегмоны в пределах двух и более клетчаточных пространств;

г) только флегмоны дна полости рта.

**55. Укажите преимущественные векторы распространения флегмонозного процесса контактным путем на начальной стадии формирования односторонней одонтогенной остеофлегмоны дна полости рта:**

а) вертикальный нижний (в поднижнечелюстное клетчаточное пространство) с последующим горизонтальным передним (в подподбородочное клетчаточное пространство);

б) вертикальный нижний (в поднижнечелюстное клетчаточное пространство и в поверхностные пространства верхнебокового отдела передней области шеи);

в) вертикальный нижний (только в поднижнечелюстное клетчаточное пространство);

г) горизонтальный задневнутренний (только в крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства).

**56. Укажите преимущественные векторы дальнейшего распространения контактным путем первоначального одностороннего флегмонозного процесса при формировании двусторонней одонтогенной остеофлегмоны дна полости рта:**

а) горизонтальный передний (только в подподбородочное клетчаточное пространство);

б) вертикальный нижний (в поднижнечелюстное клетчаточное пространство и в поверхностные пространства верхнебокового отдела передней области шеи);

в) вертикальный нижний (только в поднижнечелюстное клетчаточное пространство);

г) односторонний горизонтальный задневнутренний (в крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства);

д) горизонтальный задний (при распространении процесса из подподбородочного клетчаточного пространства в поднижнечелюстное на другую сторону).

**57. Укажите возможные тяжелые осложнения абсцессов и флегмон околочелюстных тканей нижней челюсти и шеи:**

а) медиастинит;

б) флегмона дна полости рта;

в) тромбоз вен лица;

г) остеомиелит верхней челюсти;

д) тромбоз пещеристого синуса твердой мозговой оболочки;

е) сепсис;

ж) лимфаденит.

**Ответы:** 1) абсцесс; 2) флегмона; 3) а, б, е; 4) а, в; 5) б, д, е; 6) а, б, в, г; 7) 1 – в, 2 – г, 3 – а, 4 – б; 8) а, г, в, б; 9) а, г, д, ж; 10) б, в, е, з; 11) а, в, г, е; 12) б, г, д, ж; 13) а, б, г, д, е; 14) а, в, д; 15) б; 16) б; 17) б; 18) а, б, в, г, д, е; 19) а, д; 20) б, г; 21) 1 – в, 2 – а, 3 – г, 4 – б; 22) 1 – б, 2 – а, 3 – г, 4 – в; 23) 1 – г, 2 – д, 3 – а, 4 – б, 5 – в; 24) б; 25) г; 26) в; 27) а; 28) 1 – г, 2 – д, 3 – б, 4 – а, 5 – в; 29) 1 – д, 2 – г, 3 – е, 4 – в, 5 – б, 6 – а; 30) 1 – е, 2 – в, 3 – д, 4 – б, 5 – а, 6 – г; 31) 1 – в, 2 – г, 3 – а, 4 – д, 5 – е, 6 – б; 32) 1 – б, 2 – е, 3 – г, 4 – а, 5 – в, 6 – д; 33) б; 34) в; 35) б; 36) г; 37) а; 38) г; 39) в, г; 40) а, в, д; 41) а, б, е; 42) б, г, е; 43) б, в, д; 44) б, в, е; 45) б, г, д, ж; 46) в, г, д, е, з; 47) а, б, в, г, д, з; 48) а, б, г, д, и; 49) 1 – б, 2 – в, 3 – а, 4 – г; 50) а, б, в, г, ж, з, и, к; 51) в, г; 52) б, в; 53) в; 54) в; 55) а; 56) г, д; 57) а, в, д, е.

## ЛИТЕРАТУРА

### ОСНОВНАЯ

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

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

3. *Соловьёв М. М.* Абсцессы, флегмоны головы и шеи / М. М. Соловьёв, О. П. Большаков. М. : Медпресс, 2001. 230 с.
4. *Неттер, Ф.* Атлас анатомии человека / Ф. Неттер ; пер. с англ. ; под ред. проф. Н. О. Бартоша. 2-е изд. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2003. 553 с.
5. *Бондаровец, А. А.* Структура одонтогенных гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи : материалы науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы современной медицины», Минск, май 2008 / А. А. Бондаровец, Л. И. Тесевич // *Arsmédica*. 2008. № 3 (4). С. 151–152.
6. *Воспалительные* заболевания челюстно-лицевой области и шеи : рук. для врачей / под ред. А. Г. Шаргородского. М. : Медицина, 1985. 352 с.
7. *Глинник, А. В.* 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.
8. *Кабак, С. Л.* Клиническая анатомия : голова и шея : учеб.-метод. пособие / С. Л. Кабак. Минск : МГМИ, 2000. 96 с.
9. *Клиническая* оперативная челюстно-лицевая хирургия / В. Н. Балин. [и др.]. СПб. : Специальная литература, 1998. 592 с.
10. *Миранович, С. И.* Бактериологическая характеристика флегмон челюстно-лицевой области / С. И. Миранович, Е. В. Петровский // *Стоматолог*. 2013. 1(8). С. 69–72.
11. *Писарик, С. Ф.* Резистентность микроорганизмов и антибактериальная терапия гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи : материалы 6-го съезда стоматологов Беларуси, Минск, 25–26 октября 2012 г. / С. Ф. Писарик, Л. А. Лунева, А. А. Бондаровец. Минск : филиал № 1 ОАО «Красная звезда», 2012. С. 468–471.
12. *Полойко, Н. А.* Лейкоцитарный индекс интоксикации как метод диагностики синдрома эндогенной интоксикации при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области / Н. А. Полойко, Ю. А. Раптунови // *Интегративная медицина в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии* : сб. тр. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Паринские чтения 2014», Минск, 10–11 апреля, 2014 г. / под общ. ред. И. О. Походенько-Чудаковой ; Минск : изд. центр БГУ, 2014. С. 90–92.
13. *Раны* и раневая инфекция / под ред. М. И. Кузина, Б. М. Костюченкова. М. : Медицина, 1981. 687 с.
14. *Тесевич, Л. И.* Топографо-анатомические векторы и частота распространения одонтогенных флегмон окологлазничных тканей нижней челюсти и шеи / Л. И. Тесевич, Н. Н. Черченко // *Стоматолог*. 4 (11). 2013. С. 41–51.
15. *Тесевич, Л. И.* Частота и распространенность одонтогенных флегмон в окологлазничных тканях нижней челюсти и шеи / Л. И. Тесевич, Н. Н. Черченко // *Интегративная медицина в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии* : сб. тр. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Паринские чтения 2014», Минск, 10–11 апреля, 2014 г. / под общ. ред. И. О. Походенько-Чудаковой; Минск : изд. центр БГУ, 2014. С. 102–106.

16. *Тесевич, Л. И.* Топографо-анатомические векторы и частота распространения одонтогенных остеофлегмон дна полости рта / Л. И. Тесевич, Н. Н. Черченко // Современная стоматология. 3 (15). 2014. С. 41–45.

17. *Тимофеев, А. А.* Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. Киев : Червоно-Рута-Турос, 2002. 1019 с.

18. *Тимофеев, А. А.* Основы челюстно-лицевой хирургии : учеб. пособие / А. А. Тимофеев. М. : Медицинское информационное агентство, 2007. 696 с.

19. *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.

20. *Комплексное лечение больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области* : учеб. пособие / О. П. Чудаков [и др.]. Минск : БГМУ, 2005. 66 с.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	4
Этиология и патогенез развития абсцессов и флегмон.....	7
Диагностика.....	10
Клинико-анатомическая характеристика абсцессов и флегмон отдельных клетчаточных пространств и областей.....	16
Распространенные (разлитые) флегмоны в околочелюстных тканях области нижней челюсти и шеи.....	29
Осложнения абсцессов и флегмон околочелюстных тканей нижней челюсти.....	36
Самоконтроль усвоения темы.....	37
Литература.....	52

Учебное издание

**Тесевич Леонид Иванович**  
**Черченко Наталья Николаевна**

# **ПОВЕРХНОСТНЫЕ И ГЛУБОКИЕ АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОЧЕЛЮСТНЫХ ТКАНЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. В. Ластовка  
Редактор Н. В. Оношко  
Компьютерная верстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 16.10.14. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 3,25. Уч.-изд. л. 2,79. Тираж 40 экз. Заказ 585.

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

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя  
печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.