

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ
ОДОНТОГЕННИХ
ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

*Навчально-методичний посібник
для лікарів-інтернів стоматологів*

**Харків
ХНМУ
2013**

УДК 616.31-002.-036(075.2)

ББК 56.6

К 49

Автори:

І.І. Соколова, С.І. Герман, Т.В. Томіліна, О.Ю. Стоян

Рецензенти:

Гризодуб В.І. – д-р мед. наук, проф. (Харківська медична академія після-дипломної освіти)

Ковальов Є.В. – д-р. мед. наук, проф. (Вищий навчальний заклад «Українська медична стоматологічна академія»)

Затверджено вченою радою ХНМУ.

Протокол № 9 від 17.10.2013.

К49 Клінічні аспекти одонтогенних запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки : навч.-метод. посібник для лікарів-інтернів-стоматологів / І.І. Соколова, С.І. Герман, Т.В. Томіліна, О.Ю. Стоян. – Харків : ХНМУ, 2013. – 68 с.

Навчально-методичний посібник присвячений висвітленню широкого спектра питань одонтогенних запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки у практиці лікарів стоматологів. Робота з даним виданням допоможе не тільки в підготовці до семінарських та практичних занять за певною тематикою, а ще й стане в нагоді у подальшій самостійній діяльності лікарів-інтернів стоматологів.

Для лікарів-інтернів стоматологів та лікарів стоматологічного профілю.

УДК616.31-002.-036(075.2)

ББК 56

© Харківський національний
медичний університет, 2013.

© Соколова І.І., Герман С.І.,
Томіліна Т.В., Стоян О.Ю., 2013.

Актуальність теми. Одонтогенні запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) посідають значне місце в хірургічній стоматології. Серед них частіше зустрічаються гострий і хронічний періодонтити, загострення хронічного періодонтита, гострий гнійний періостит щелепи, гострий остеомієліт щелепи, абсцес, флегмона, лімфаденіт, одонтогенний гайморит. Знання особливостей клініки, діагностики й лікування цих захворювань допоможе майбутнім лікарям оперативно надавати невідкладну допомогу.

Ціль загальна. Створити умови для закріплення знань у лікарів-інтернів стоматологів щодо вміння розрізнати запальні захворювання ЩЛД, повторити принципи лікування запальних захворювань ЩЛД.

Конкретні цілі:

1. Обговорити з лікарями-інтернами стоматологами етіологію, патогенез і класифікацію одонтогенних запальних захворювань ЩЛД.
2. Уточнити з лікарями-інтернами стоматологами особливості обстеження хворого з одонтогенними запальними захворюваннями ЩЛД.
3. Систематизувати базові знання лікарів-інтернів стоматологів з одонтогенних запальних захворювань ЩЛД.
4. Закріпити знання лікарів-інтернів стоматологів з основних диференційно-діагностичних ознак одонтогенних запальних захворювань ЩЛД.
5. Повторити шляхи поширення одонтогенної інфекції, її ускладнення.
6. Навчити лікарів-інтернів стоматологів умінню оперативно надавати невідкладну допомогу при одонтогенних запальних захворюваннях ЩЛД: періодонтиті, періоститі, абсцесі, флегмоні.

7. Вивчити особливості загального лікування флегмон ЩЛД.

8. Дати поняття про сепсис.

Відповідно до сучасних класифікацій періодонтиту (В.В. Панікаровського, А.С. Григоряна, Н.А. Груздева, А.Г. Шаргородського) розрізняють:

- 1) періодонтит (гострий, хронічний, хронічний у стадії загострення);
- 2) періостит (гострий серозний, гнійний, хронічний);
- 3) остеомієліт (гостра, підгостра, хронічна стадії, первинно хронічний; хронічна фаза може бути в деструктивній, деструктивно-продуктивній або рарефікуючій і гіперпластичній формі; останні дві також вважаються проявами первинно-хронічного остеомієліту щелепи);
- 4) абсцеси, флегмони, лімфаденіти.

ПЕРІОДОНТИТ

Періодонтит (periodontitis) – запалення тканин, розташованих у періодонтальній щілині (періодонт). Він може бути інфекційним, травматичним і медикаментозним.

Інфекційний періодонтит виникає при проникненні аутоінфекції, що знаходиться в порожнині рота, частіше через кореневий канал зруйнованого зуба – уражається періодонт біля верхівки зуба, рідше – крайовий відділ періодонта.

Травматичний періодонтит розвивається в результаті як одноразової (удар), так і хронічної травми (порушення оклюзії при завищенні висоти зуба штучною коронкою, пломбою; при наявності шкідливих звичок – тримання в зубах цвяхів, перекушування ниток, лузання насіння, розгризання горіхів та ін.). Періодонтит може виникати при лікуванні пульпіту, коли при обробці каналу застосовують сильнодіючі лікарські речовини (медикаментозний періодонтит), а також внаслідок алергічної реакції періодонта на ліки та стоматологічні матеріали для ендодонтичних маніпуляцій.

У клінічній практиці найчастіше зустрічаються інфекційні верхівкові періодонтити.

За даними клінічної картини й патологоанатомічних змін запальні ураження періодонта можна розділити на такі групи (за І.Г. Лукомським):

I. Гострий періодонтит:

Серозний (обмежений і розлитий).

Гнійний (обмежений і розлитий).

II. Хронічний періодонтит:

Гранулюючий.

Гранулематозний.

Фіброзний.

III. Хронічний періодонтит у стадії загострення.

ГОСТРИЙ ПЕРІОДОНТИТ

Гострий періодонтит – це гостре запалення періодонта.

Розвиток гострого запального процесу в періодонті первинно виникає в результаті проникнення інфекції через отвір у верхівці зуба, рідше через патологічний карман. Ураження апікальної частини періодонта може спостерігатися при запальних змінах пульпи, її некрозі, коли мікрофлора зубного каналу проникає в періодонт через верхівковий отвір кореня. Іноді гнійний вміст кореневого каналу проштовхується в періодонт під час жування, під тиском їжі.

Маргінальний, або крайовий, періодонтит виникає внаслідок проникнення інфекції через ясеневий карман, при травмі, дії на ясна лікарських речовин, у тому числі миш'яковистої пасти. За сучасними класифікаціями ця нозологія є предметом розгляду в розділі «хвороби пародонту» і має визначатися як локалізований пародонтит.

У періодонті розвиваються різні стадії запальних реакцій, згідно з якими періодонтит має таку назву: гострий серозний та гострий гнійний; хронічний фіброзний, гранулюючий або гранулематозний.

Клінічна картина. При гострому серозному періодонтиті (верхівковому) хворий відзначає біль у причинному зубі, що підсилюється при натисненні на нього, жуванні, а також при постукуванні (перкусії) по жувальній поверхні або ріжучому краю. Характерне відчуття ніби зростання, подовження зуба. При тривалому тиску на зуб болі трохи вщухають. Ця стадія триває до 3 діб. Загальний стан хворого задовільний. При зовнішньому огляді, як правило, немає змін.

Надалі, якщо хворий не звертається за допомогою, болючі відчуття посилюються, стають безперервними або з короткими світлими проміжками, нерідко набувають пульсуючого характеру. Тепловий вплив, дотик до зуба спричиняють значні болісні відчуття. Спостерігається поширення болю (ірадіація) уздовж відгалуджень трійчастого нерва. Посилення болю при надкушуванні, дотику до зуба змушує хворих тримати рот напіввідкритим. На 3–4-у добу у вогнищі запалення з'являються лейкоцити, періодонтит стає гнійним.

Спостерігаються збільшення й болісність пов'язаних з ураженням зубом лімфатичного вузла або вузлів. У деяких хворих може бути нерізко виражений колатеральний набряк сусідніх із цим зубом навколощелепних м'яких тканин. Перкусія його болісна й у вертикальному, і в горизонтальному напрямку. Слизова оболонка ясен, альвеолярного відростка, а іноді й перехідної складки в проекції кореня зуба гіперемована й набрякла. Пальпація альвеолярного відростка уздовж кореня й особливо відповідно отвору верхівки зуба болісна. Іноді при натисканні інструментом на м'які тканини проекції кореня й по перехідній складці залишається вдавлення, що свідчить про їхній набряк. Загальний стан хворого може бути порушений з підвищенням температури та явищами інтоксикації.

На рентгенограмі при гострому серозному періодонтиті патологічних змін у періодонті може не виявлятися або може бути розширення періодонтальної щілини.

При гострому гнійному періодонтиті може діагностуватися деяка завуальованість періапикальної зони.

При загостренні хронічного процесу виникають зміни, характерні для гранулюючого, гранулематозного, рідко фіброзного періодонтитів.

Змін крові, як правило, немає, але в деяких хворих спостерігається лейкоцитоз (до $9\text{--}11 \times 10^9/\text{л}$), помірний нейтрофіліоз за рахунок паличкоядерних і сегментоядерних лейкоцитів, ШОЕ частіше в межах норми.

Діагноз ставиться на підставі характерної клініки й даних обстеження. Температурні подразники, дані електроодонтометрії вказують на відсутність реакції пульпи внаслідок її некрозу.

Диференційний діагноз. Гострий періодонтит диференціюють від гострого пульпіту, періоститу, остеомієліту щелепи, від хронічного періодонтиту у стадії загострення, нагноєння кореневої кістки, гострого одонтогенного гаймориту, від локалізованого пародонтиту.

Терапія гострого верхівкового періодонтиту або загострення хронічного періодонтиту спрямована на припинення запального процесу в періодонті й запобігання поширенню гнійного ексудата в оточуючі тканини – окістя, навколощелепні м'які тканини, кістку. Лікування переважно консервативне. В перше відвідування розкривають зуб, дають відтік ексудату через верхівковий отвір кореневого каналу, якщо уражені тканини пародонта і порушене зубоясенне прикріплення відтік можна зробити зондом через пародонтальний карман, при наявності запалення окістя через розтин по перехідній складці з обов'язковим введенням гумового дренажу в рану, іноді відтік ексудату дають через лунку видаленого зуба.

Консервативне лікування успішне не в усіх випадках гострого й загострення хронічного періодонтиту. При неефективності лікувальних заходів і наростанні запальних явищ зуб варто видалити.

Загальне лікування гострого або загострення хронічного періодонтиту полягає в призначенні усередину анагетиків, сульфаніламідних препаратів, антибіотиків, піразолонових препаратів, що мають знеболювальну, протизапальну і десенсибілізуючу дію.

Після видалення зуба при гострому періодонтиті, щоб призупинити розвиток запальних явищ, доцільно застосувати холод (пузир із льодом на ділянку м'яких тканин відповідно до зуба протягом 1–2–3 год.).

Далі призначають теплі полоскання, солюкс, а при стиханні запальних явищ інші фізичні методи лікування: УВЧ, флюктуоризацію, електрофорез димедролу, хлориду кальцію, протеолітичних ферментів.

У випадку несвоєчасного звернення до лікаря, при низькій загальній та місцевій імунорезистентності організму можливе поширення запального процесу з періодонта на окістя, кісткову тканину, навколощелепні м'які тканини, тобто можуть розвинути гострий періостит, остеомієліт щелепи, абсцес, флегмона, лімфаденіт, запалення верхньощелепної пазухи.

Прогноз при гострих формах періодонтиту щодо ураженого зуба залежить від стадії запалення, прохідності кореневого каналу або каналів. Після якісного консервативного лікування, пломбування кореневого каналу(ів) до анатомічної верхівки кореня, зуб залишається.

Видалення зуба показане при значному його руйнуванні, непрохідності каналу або каналів, наявності сторонніх предметів у каналі.

ХРОНІЧНИЙ ПЕРІОДОНТИТ

Хронічний періодонтит (верхівковий) – хронічне запалення пародонта, що виникає як перехід гострого процесу в хронічний або формується, минаючи гостру стадію.

Хронічний періодонтит зустрічається частіше, ніж гострий; значна кількість захворювань, що діагностуються як гострий періодонтит, при поглибленому обстеженні виявляється загостренням хронічного періодонтиту.

Розрізняють гранулюючий, гранулематозний і фіброзний періодонтити.

Клінічна картина. Гранулюючий періодонтит є найбільш активною формою хронічного періодонтиту й дає досить різноманітну, але не надто обтяжливу суб'єктивно клінічну картину.

Скарги при гранулюючому періодонтиті різні. Частіше хворі скаржаться на дискомфорт при прийомі твердої їжі, іноді біль підсилюється при тиску на відповідний зуб, відчуття важкості.

Слизова оболонка альвеолярного відростка в ділянці проекції верхівки кореня зуба, з грануляціями у періодонті, звичайно трохи набрякла й гіперемована, при натисненні пінцетом або зондом на ясна залишається відбиток інструмента (симптом вазопарезу).

При гранулюючому періодонтиті часто бувають загострення різної інтенсивності. Активність запального процесу проявляється періодичними болями в зубі при натисненні на нього або надкушуванні.

При залученні до патологічного процесу прилеглих м'яких тканин на слизовій оболонці виникає нориця. Вона розташована частіше на рівні верхівки ураженого зуба у вигляді точкового отвору або маленької ділянки вибухаючих грануляцій. Іноді нориця на якийсь час закривається. Однак при черговому загостренні на місці колишньої нориці з'являються локалізований набряк й гіперемія слизової оболонки, утворюється невелике скупчення гною, що виливається потім у порожнину рота. Після лікування хронічного гранулюючого періодонтиту на місці нориці, що загоїлася, видно невеликий рубець.

При проростанні хронічного гранулюючого вогнища з періодонта під окістя й у м'які тканини, що оточують щелепи – підслизову й підшкірну клітковину, виникає одонтогенна гранульома.

Розрізняють три типи одонтогенної гранульоми: піднадокісну, підслизову й підшкірну.

Клінічний перебіг процесу при гранулюючому періодонтиті, ускладненому одонтогенною гранульомою, більш спокійний.

Рентгенографія з контрастною масою, що уведена крізь норицю, може підтвердити клінічне припущення.

Діагноз ґрунтується на клінічній картині й рентгенологічних даних. На рентгенограмі при гранулюючому періодонтиті виявляються типові зміни – різне за розміром вогнище розрідження кісткової тканини в ділянці верхівки кореня з нечіткими межами.

Диференційний діагноз. Гранулюючий періодонтит варто диференціювати від навколореневої кісти, хронічного остеомієліту щелепи, нориць лица і шиї, актиномікозу.

Прогноз після консервативного лікування хронічного гранулюючого періодонтиту: якщо знову з'являється нориця, зуб підлягає видаленню.

Гранулематозний періодонтит (гранульома). Ця форма навколоверхівкового хронічного запального процесу часто розвивається із гранулюючого періодонтита й протікає менш активно.

Клінічна картина. Перебіг гранулематозного періодонтиту буває різним. Нерідко гранульома тривало не збільшується або росте вкрай повільно. При цьому хворі часто не мають скарг. Лише випадково при рентгенологічному дослідженні виявляється гранулематозне вогнище.

Гранульоми, так само як і вогнища хронічного гранулюючого періодонтита, нерідко розташовуються не в самій верхівці кореня зуба, а трохи збоку. При цьому на поверхні альвеолярного відростка відповідно до проєкції верхівки кореня в результаті перебудови кісткової тканини і явищ осифікуючого періоститу можна виявити невелике безболісне вибухання без чітких меж.

Діагноз ставиться на підставі клінічної та рентгенологічної картини. На рентгенограмі при гранулематозному періодонтиті в навколоверхівковій ділянці визначається округле вогнище розрідження кісткової тканини із чіткими рівними межами, до 0,5 мм у розмірі.

Хронічний гранулематозний періодонтит слід **диференціювати** від навколореневої кісти, особливо у випадку вибухання альвеолярного відростка.

Прогноз при хронічному гранулематозному періодонтиті: після консервативного лікування необхідно кожні півроку контролювати рентгенологічно стан періапикальних тканин. При збільшенні розміру гранульоми показані консервативно-хірургічні або хірургічний методи лікування.

Фіброзний періодонтит. Під впливом лікувальних заходів, іноді й мимовільно може відбутися рубцювання гранулюючого або гранулематозного вогнища в періодонті й відновлення на цій ділянці кісткової тканини. При цьому біля верхівки кореня утвориться обмежене запальне вогнище внаслідок розростання фіброзної тканини – фіброзний періодонтит. Іноді він розвивається самостійно, тобто без попереднього гранулюючого або гранулематозного періодонтиту.

Клінічна картина. При фіброзному періодонтиті хворі зазвичай не мають скарг. При жуванні або перкусії не відзначається чутливості зуба або болючих відчуттів. При обстеженні порожнини рота можна виявити зуб із некротизованною пульпою, змінений за кольором або з великою каріозною порожниною, чи під коронкою.

Тільки у випадку рідко виникаючого загострення процесу з'являється болісність під час жування та трохи болісна реакція при проведенні вертикальної перкусії.

Діагноз ставлять на підставі клінічної картини та рентгенографії. На рентгенограмі виявляється розширення періодонтальної щілини, головним чином біля верхівки кореня зуба.

Диференційний діагноз проводять за рентгенологічною картиною.

Лікування хронічного періодонтиту. Консервативне лікування хронічних форм періодонтиту показане при наявності добре прохідних кореневих каналів, його проводять у два відвідування. Перше починають із препарування каріозної порожнини, видалення путридних мас із кореневого каналу під ванночкою з антисептика, проходять кореневий канал римерами, розширюють файлами, після медикаментозної обробки до чистих турунд без запаху висушують і залишають у каналі антисептик на ватній турунді або тимчасово заповнюють кореневий канал препаратом кальцію каналонаповнювачем під герметичну пов'язку із водного дентину. Через 1–2 доби при відсутності скарг видаляють герметичну пов'язку, пломбують кореневий канал силером із гутаперчевим штифтом і ставлять постійну пломбу.

Хірургічне лікування хронічного періодонтиту полягає у видаленні зуба, реплантації, трансплантації, імплантації, резекції верхівки кореня зуба й іноді гемісекції, ампутації кореня зуба.

Реплантація зуба – повернення в лунку вилученого зуба. Операція проводиться при марності або неможливості консервативної терапії, небажаності видалення зуба. Вона полягає у видаленні зуба, вилученні патологічних тканин з альвеоли й з поверхні кореня. Після пломбування каналів і резекції верхівок корінь зуба вводять у лунку й фіксують там. Роблять реплантацію переважно багатокорневих зубів. Результати цього методу лікування, за даними літератури, не є достатньо тривалими.

Імплантація зуба є різновидом алотрансплантації або експлантації. Це більш перспективна операція. У лунку або кістку щелепи вводять імплантат із металу або біоматеріалів. Імплантати використовують для фіксації коронок, мостоподібних і знімних протезів та в інших випадках.

Для зміцнення зуба й у комплексному лікуванні хронічного періодонтита застосовується також ендодонтоендоосальна імплантація. Імплантати при цьому вводять через канал зуба в кістку. Можна застосовувати індивідуально імплантати або при добре збереженій коронці використати прості й із різьбленням штифти. Ендодонтоендоосальну імплантацію можна поєднувати з резекцією верхівки кореня, видаленням патологічних тканин із навкол зубного вогнища й заповненням кісткової порожнини і простору в імплантаті біоматеріалами.

Гемісекція зуба – це резекція й видалення частини коронки разом із одним із коренів, що мають патологічне вогнище біля верхівки. Операцію проводять на молярах верхньої і нижньої щелеп та перших премолярах верхньої щелепи. Показаннями до гемісекції є резорбція кістки міжкореневої перегородки, перфорація одного з коренів або наявність у нього глибокого внутрішньокісткового кармана. Не слід робити цю операцію при деструкції кістки у всіх коренів зуба, вираженому гіперцементозі ко-

рення, що видаляється, при передбачуваній неефективності консервативного лікування каналів, що залишаються.

Ампутація кореня зуба. Видалення кореня зуба проводять після попереднього відокремлення його в місці біфуркації. Показання й протипоказання до ампутації кореня ті ж, що й при гемісекції. Видаляють частіше один із щічних коренів верхніх великих кутніх зубів, рідше – корінь нижніх молярів. Після гемісекції й ампутації функціональна надійність кореня або коренів, що залишилися, невелика, і тільки при незначному навантаженні вони можуть зберігатися протягом декількох років.

Резекція верхівки кореня зуба. Ця операція показана, коли неможливо усунути хронічний запальний процес у періодонті консервативними методами лікування, а також у тих випадках, коли канал зуба замуруваний стороннім предметом (голівка бора, уламок пульпекстрактора та ін.), що перешкоджає подальшому лікуванню періодонтиту. Вона також показана при перфорації стінки кореня у верхівковому відділі, при недостатньому заповненні каналу твердіючим пломбувальним матеріалом, а також надмірному виведенні його за верхівку.

Показаннями до резекції верхівки кореня є також відсутність регресу навколореневого патологічного вогнища, наявність нориці після правильно проведеного ендодонтичного лікування.

Ця операція не показана при гострому періодонтиті або загостренні хронічного, у випадках значної рухливості зуба при захворюваннях пародонта, а також при руйнуванні коронки зуба.

ПЕРІОСТИТ ЩЕЛЕПИ

Гострий періостит щелепи – гостре запалення окістя альвеолярного відростка або тіла щелепи, може бути серозний та гнійний.

Захворювання виникає переважно в осіб молодого та середнього віку, частіше в чоловіків. На нижній щелепі причиною розвитку гострого періоститу найчастіше є перші великі кутні зуби, рідше – другі великі кутні зуби та зуб мудрості, другі малі корінні, перші малі корінні, другі різці й однаково часто – перші різці та ікла.

Гострий періостит є ускладненням гострого або загострення хронічного періодонтиту. Цей процес може також виникати при утрудненому прорізуванні зубів, одонтомії, захворюваннях пародонта, а також ускладнювати консервативне лікування зубів. Іноді захворювання розвивається після травматичного видалення зуба або як ускладнення альвеоліту. Загальні несприятливі фактори – охолодження, перевтома, стресові ситуації – є фоном для розвитку запального процесу.

Клінічна картина гострого серозного періоститу щелепи може бути різноманітною й залежить від етіологічних, патогенетичних факторів, локалізації й довжини запального процесу. Частіше уражається окістя

з вестибулярної поверхні щелеп. У таких випадках спостерігаються скарги на болі, набряк м'яких тканин обличчя, порушення загального самопочуття, підвищення температури тіла. Спочатку болі й набряк невеликі, потім швидко, протягом 2–3 днів, підсилюються, серозна стадія запалення переходить у гнійну. Біль поширюється іноді на всю щелепу, іррадіює уздовж гілок трійчастого нерва: у вухо, скроню, око. Під впливом теплових процедур біль підсилюється, холод на якийсь час її заспокоює. Можуть спостерігатися загальні скарги на головний біль, нездужання, поганий сон.

Хворий нерідко відзначає, що спочатку з'явилися болі в ділянці зуба, а через 1–3 дні набрякли м'які тканини.

Загальний стан при гострому гнійному періоститі задовільний, в окремих хворих при ураженні окістя альвеолярного відростка й тіла щелепи – середньої важкості. Температура тіла підвищена в межах 37,5–38 °С, але іноді вона досягає 38,5–39 °С. У результаті інтоксикації спостерігаються загальна слабкість, розбитість, втрата апетиту, безсоння, пов'язані зі значними болями.

При гострому гнійному періоститі альвеолярного відростка або тіла щелеп з вестибулярної сторони зуба в ділянці навколишніх м'яких тканин з'являється запальний набряк. Його локалізація й поширення залежать від зуба, що є джерелом інфекції.

При гострому гнійному періоститі розвивається регіонарний лімфаденіт.

Діагноз ґрунтується на даних клінічної картини й лабораторних досліджень.

У хворих з гострим гнійним періоститом щелепи при дослідженні крові відзначаються збільшення вмісту лейкоцитів до $10\text{--}12 \times 10^9/\text{л}$, значний нейтрофіліоз (до 70–78 %).

На рентгенограмі змін у кістці щелепи немає. Як правило, виявляється причинний зуб, де навколо верхівки кореня зуба є зміни.

Диференційний діагноз. Незважаючи на яскраві клінічні симптоми гострого гнійного періоститу щелепи, при його діагностиці іноді допускаються помилки. Цей процес слід диференціювати від гострого періодонтиту, абсцесів ряду локалізацій, флегмони, лімфаденіту, гострого сіалоаденіту і головне – від гострого остеомієліту щелепи.

Лікування повинне бути комплексним, складатися з оперативного розкриття гнійника, консервативної лікарської терапії та ін. У початковій стадії розвитку гострого періоститу щелепи (гострий серозний періостит) лікування можна почати з розкриття порожнини зуба, видалення розпаду з каналу й створення умов для відтоку ексудату. Всі маніпуляції проводять під інфільтраційною або провідниковою анестезією. Ці лікувальні заходи разом із лідокаїновою або тримекаїновою блокадою з антибіотиками, протеолітичними ферментами, розрізом по перехідній складці до кістки, загальною терапією можуть сприяти стиханню запальних явищ.

Загальне лікування гострого гнійного періоститу полягає в призначенні протизапальних нестероїдних препаратів інгібіторів ЦОГ-1 та ЦОГ-2 (нурофену, німесулід, целекоксибу), сульфаніламідних препаратів (бісептол, сульфален та ін.), піразолонових похідних (аналгін, амідопірин, фенацетин та ін., а також їхньої комбінації), антигістаміних препаратів (димедрол, лоратадин та ін.), препаратів кальцію, вітамінів (полівітаміни, вітамін С по 2–3 рази на день).

При гострому гнійному періоститі щелепи для більш швидкого припинення запальних явищ на 2-й день після розкриття гнійника слід призначити фізичні методи лікування: теплі ванночки з дезодоруючими антисептичними розчинами, мазеві пов'язки (пов'язки за Дубровіним, з вазеліном, 20 % камфорною олією, олією обліпихи, шипшини), УВЧ, НВЧ, флюктуоризацію, лазерну терапію гелій-неоновими променями. Проводять ЛФК.

Профілактика гострого періоститу щелепи полягає в санації порожнини рота й лікуванні хронічних одонтогенних вогнищ.

ХРОНІЧНИЙ ПЕРІОСТИТ ЩЕЛЕПИ

Хронічний періостит щелепи зустрічається рідко. Запальний процес частіше розвивається в окісті нижньої щелепи й відрізняється місцевою гіперергічною запальною реакцією. Такий перебіг спостерігається у хворих із первинними або вторинними імунodefіцитними захворюваннями або станами.

Після стихання гострих явищ при гострому гнійному періоститі, особливо у випадку мимовільного або недостатнього спорожнювання гнійника, залишається періостальне стовщення кістки. Нерідко хронічне ураження окістя виникає при рецидивуючих загостреннях періодонтиту. У дітей і підлітків може відзначатися первинно-хронічний перебіг.

Захворювання тривале, від 3–4 до 8–10 міс і навіть декількох років. Можуть спостерігатися загострення.

Діагноз. Діагностика захворювання досить складна. Підставою для діагнозу є ретельно зібраний анамнез, клінічна картина гострого й надалі хронічного плинного процесу, рентгенологічні дані. На рентгенограмі визначається тінь періостального стовщення щелепи.

Диференційний діагноз. При хронічних формах періоститу щелепи потрібна диференційна діагностика із хронічним остеомієлітом щелепи, а також із деякими пухлинами й пухлиноподібними ураженнями.

Лікування. Терапію хронічного періоститу починають із видалення одонтогенного патологічного вогнища. Призначають фізичні методи лікування: іонофорез димедролу, димексиду, хлориду кальцію, йодиду калію, а також лазерну терапію гелій-неоновими променями. При неефективності цього лікування, особливо при тривалому захворюванні, після детоксикації організму, видаляють осифікат.

При хронічному періоститі щелепи прогноз сприятливий.

Профілактика полягає у видаленні хронічних вогнищ одонтогенної інфекції, корекції дисбалансу імунітету.

ОДОНТОГЕННИЙ СИНУСИТ

Одонтогенне запалення верхньощелепної пазухи (синусит) являє собою захворювання слизової оболонки, що її вистилає. Джерелами інфекції можуть бути одонтогенні запальні вогнища, тому синусит верхньощелепної пазухи називається одонтогенним.

Запалення верхньощелепної пазухи спричиняється звичайною мікрофлорою порожнини рота, що бере участь у розвитку гострого, загостренні хронічного періодонтита й знаходиться в інших одонтогенних вогнищах.

Джерелом інфекції найчастіше є гострий або загострення хронічного періодонтиту верхніх першого, другого великих корінних (молярів), других малих корінних (премолярів), а також нагноєна радикалярна кіста, остеомієліт верхньої щелепи, запалення в ділянці ретенційних зубів – ікла, другого преоляру. Нерідке запалення верхньощелепної пазухи може бути пов'язане з видаленням зубів, особливо травматичним.

Клінічна картина. При гострому запаленні верхньощелепної пазухи хворі скаржаться на болі в підчочномковій, щічній ділянках або у всій половині обличчя, почуття важкості, закладеності відповідної половини носа. Біль посилюється, іррадіює у лобові, скроневі, потиличну ділянки, зуби верхньої щелепи. Нерідко спостерігаються болі в ділянці молярів і преолярів, чутливість їх при надкушуванні. Болючі відчуття можуть мінатися залежно від кількості ексудату, що накопичується в пазусі, та його відтоку. Після появи з порожнини носа серозних або серозно-гнійних виділень біль зменшується. Відзначаються скарги на загальне нездужання, головні болі, слабкість, втрату апетиту. Характерне порушення нюху – від зниження до повної його втрати.

Загальний стан може бути не порушено, але частіше спостерігається підвищення температури до 37,5–38 °С, різного ступеня вираженості симптоми інтоксикації: розбитість, слабкість, озноб, поганий сон та ін.

При зовнішньому огляді виявляється припухлість (набряк) у щічній і підчочномковій ділянках, у деяких хворих змін може не бути. Пальпація й перкусія передньої стінки тіла верхньої щелепи, виличної кістки болісні. Регіонарні лімфатичні вузли на стороні ураження збільшені, болісні. У присінку порожнини рота відзначається почервоніння, набряклість слизової оболонки. Перкусія 2–3 зубів (малих і великих корінних) болісна. У порожнині носа з відповідної сторони спостерігаються набряк і гіперемія слизової оболонки, збільшення середньої або нижньої раковини й виділення гною з носового ходу, особливо при нахилі голови вниз і вперед.

Хронічний синусит часто розвивається в результаті попереднього гострого процесу у верхньощелепній пазусі.

Хворі відзначають головні болі, виділення з відповідної половини носа, іноді скаржаться на болі й відчуття важкості в потиличній ділянці. У деяких хворих хронічне запалення протікає безсимптомно, й скарги на болючі відчуття відсутні.

Внаслідок нагромадження в пазусі запального ексудату з'являються біль, відчуття розпирання, виділення з гнильним запахом з однієї половини носа. Загальний стан задовільний. Підвищення температури тіла не спостерігається, але може виникати при загостренні процесу.

При огляді конфігурація обличчя не змінена. Пальпація передньої поверхні тіла верхньої щелепи болісна. Слизова оболонка верхнього склепіння присінка порожнини рота набрякла, ціанотична. Риноскопія показує, що слизова оболонка порожнини носа за кольором не змінена, але гіпертрофована в межах нижніх і середніх носових раковин. У деяких хворих у середньому носовому ході видно густе слизисто-гнійне відокремлюване або гнійні кірки, а також іноді визначаються вибухаючі поліпозні розростання.

Діагноз. Основою діагностики гострого синуситу є клінічна картина захворювання, дані обстеження й результати огляду. На рентгенограмі виявляється зниження прозорості верхньощелепної пазухи. Рентгеновські знімки зубів дозволяють уточнити джерело одонтогенної інфекції.

Хронічне запалення верхньощелепної пазухи діагностують на підставі скарг, даних анамнезу, клінічних симптомів. Однак у зв'язку з бідністю клінічної симптоматики основними часто є рентгенологічні дані. На оглядових рентгенограмах додаткових порожнин носа видно затемнення верхньощелепної пазухи. Після діагностичної пункції й дослідження пунктата велике значення має введення рентгеноконтрастної маси, що дозволяє встановити характер захворювання, його локалізацію й тривалість. Роблять також внутрішньоротові знімки, для уточнення наявності періапикальних вогнищ.

Диференційний діагноз. Гострий синусит верхньощелепної пазухи слід диференціювати від гострого пульпіту, періодонтиту, невралгії трійчастого нерва. Найбільш складний диференційний діагноз із невралгією.

Хронічний синусит верхньощелепної пазухи слід також диференціювати від білякореневої кісти, злоякісної пухлини верхньої щелепи.

Лікування. Терапія запалення верхньощелепної пазухи полягає в ліквідації періапикального запального вогнища, що стало причиною захворювання. Роблять пункцію із промиванням і введенням у пазуху антибіотиків, ферментів. Промивають її також через зубну альвеолу. У порожнину носа слід закапувати судинозвужувальні засоби для анемізації слизової оболонки й створення відтоку з пазухи через природний отвір носа.

Призначають фізіотерапевтичні процедури: УВЧ, флюктуоризацію, діатермію, випромінювання гелій-неонового лазера.

Призначають аналгін, амідопірин, фенацетин, ацетилсаліцилову кислоту. Залежно від функціонального стану організму й особливостей клінічного перебігу захворювання показано курс лікування сульфаніламидами, антибіотиками загальміцніююча стимулююча терапія.

При нетривалому хронічному синуситі й обмеженості патологічних змін у пазусі видаляють зуб – джерело інфекції, проводять пункцію пазухи із її промиванням й введенням лікарських речовин, а також комплекс лікувальних заходів, рекомендований при гострому процесі. Після такого консервативного лікування може настати видужання. Хронічне запалення верхньощелепної пазухи частіше вимагає радикальної операції – за Колумеллом-Люком.

Наступного дня після радикальної операції на верхньощелепній пазусі видаляють йодоформний тампон. Проводять щоденний туалет захисної пластинки й рани. На 7–8-й день знімають частину швів (через один), а інші – при наступній перев'язці на 9–10-й день. Захисну пластинку слід носити 14–16 днів, а іноді до 3 тиж.

У післяопераційному періоді верхньощелепну пазуху промивають (від 1 до 3–4 разів) починаючи з 5–6-го дня, а при ушиванні й пластиці перфораційного отвору – не раніше ніж через 9–10 днів після операції.

Ускладнення. Гостре запалення верхньощелепної пазухи може ускладнюватися розвитком періоститу верхньої щелепи, абсцесу або флегмони клітковини очної ділянки, а також переходом процесу на інші пазухи носа, решітчастий лабіринт. Рідше відбувається залучення до процесу вен обличчя й синусів твердої мозкової оболонки.

Прогноз гострого синуситу верхньощелепної пазухи в основному сприятливий. Зазначені ускладнення, особливо флегмона очної ямки, флебіт, тромбофлебіт вен обличчя синусів твердої мозкової оболонки, можуть стати причиною летальності. Гострий хронічний гайморит може бути причиною переходу запальних явищ в інші придаткові пазухи носа. Хронічний синусит викликає порушення імунологічної реактивності й веде до розвитку інфекційного синдрому імунної недостатності.

При хірургічному лікуванні хронічного синуситу прогноз сприятливий.

Профілактика одонтогенного запалення верхньощелепної пазухи полягає в санації порожнини рота – лікуванні карієсу зубів і його ускладнень, своєчасних хірургічних втручаннях (видалення зубів і коренів, розкриття підокісних вогнищ). На верхній щелепі слід видаляти ретеновані зуби, що є джерелом запалення. При видаленні малих і великих кутніх зубів верхньої щелепи варто звертати увагу на співвідношення коренів зубів і дна верхньощелепної пазухи, виключити травматичність втручання при видаленні зубів.

ОДОНТОГЕННИЙ ОСТЕОМІЄЛІТ ЩЕЛЕПИ

Одонтогенний остеомієліт щелепи – це інфекційний гнійно-некротичний запальний процес у кістковій тканині щелепи.

Головним джерелом інфекції у розвитку остеомієліта щелепи є мікрофлора апікальних, рідше – маргінальних зубних вогнищ. Іноді цей патологічний процес розвивається при нагноєнні навколореневої кісти, інших пухлиноподібних уражень, а також стоматогенних вхідних воріт інфекції.

Остеомієліт щелеп розвивається при зниженні й порушенні загального неспецифічного й специфічного захисту організму, нерідко на тлі первинної або вторинної імунологічної недостатності. Патогенетичним фактором, що створює ґрунт для розвитку остеомієліту, є високий та іноді надмірний ступінь сенсibiliзації.

Клінічна картина. Одонтогенний остеомієліт щелепи має три фази: гостру, підостру й хронічну. Звичайно розрізняють обмежене (альвеолярний відросток, тіло щелепи в межах 3–4 зубів) і дифузне ураження щелепи (половини або всієї щелепи). Клінічний перебіг остеомієліту щелеп може бути різноманітним і залежить від особливостей мікрофлори, неспецифічних і специфічних факторів протиінфекційного захисту, інших індивідуальних особливостей організму, а також локалізації, тривалості й стадії захворювання.

Для розвитку остеомієліту в тих або інших ділянках щелеп певне значення має їхня анатомічна будова. У тілі верхньої щелепи, альвеолярному відростку мало губчастої речовини, багато отворів у компактній пластинці, що полегшує вихід ексудату з періодонту і кістки. Тому верхня щелепа уражається рідко, й остеомієліт частіше буває обмеженим.

Нижня щелепа містить значну кількість губчастої речовини. Компактний шар її щільний, товстий, у ньому мало отворів. Вихід ексудату з періодонта через кістку утруднений, і частіше він поширюється в губчасту речовину. Перебіг остеомієліту на нижній щелепі важчий, ніж на верхній, особливо в ділянці тіла й її паростків.

Гостра стадія остеомієліта щелепи. Хворого непокоять гострі, часто інтенсивні болі в ділянці одного зуба, потім ряду зубів і ділянки щелепи, загальне нездужання. Хворі скаржаться на біль у зубах, половині або всій щелепі, а також у половині обличчя й голови при розвитку дифузного остеомієліту щелепи. Крім того, спостерігаються болі у всьому тілі, значна слабкість, втрата апетиту, поганий сон, нерідко безсоння. Загальний стан частіше середньої важкості, іноді задовільний і в деяких хворих важкий. Звичайно хворий блідий, в'ялий, риси обличчя загострені. Свідомість збережена, але при вираженій інтоксикації іноді буває марення. Тони серця приглушені або глухі. Пульс прискорений, навіть у спокої, часто

аритмічний. При руху хворий блідне, покривається липким потом, з'являються запаморочення, загальна слабкість. Можна відзначити порушення діяльності інших органів і систем, у тому числі кишечника (звичайно буває запор, рідше – пронос).

При обмежених остеомієлітах щелепи температура тіла може бути субфебрильною, але часто протягом 1–3 днів підвищується до 39–40 °С. Інтоксикація буває помірною.

При дифузному остеомієліті щелепи температура тіла може бути високою – до 39,5–40 °С, коливання температури досягають 2–3 °С. Інтоксикація буває різного ступеня вираженості. Озноб і піт є її характерними симптомами.

У хворих із гострим остеомієлітом щелепи при огляді порожнини рота язик обкладений, слина густа й тягуча, з рота – неприємний, іноді гнійний запах. Прийом їжі, ковтання нерідко утруднені. Ділянка слизової оболонки альвеолярного відростка звичайно протягом декількох зубів гіперемована й набрякла як із боку присінка порожнини рота, так і з язичкової або піднебінної сторони. Пальпація цих ділянок, ясен болісна, є деяке потовщення контурів кісткової тканини.

Перкусія зубів у вогнищі запалення болісна, відзначається їх патологічна рухливість. Зуб, що є джерелом інфекції, буває рухливий більше інших, а біль при перкусії виражена менше. Ясна в його оточенні на 3–4-й день стають набряклими, ціанотичними, відшаровуються від альвеолярного відростка, й при натисненні з них виділяється гній.

При обмежених остеомієлітах у запальний процес залучається окістя альвеолярного відростка, іноді й тіла щелепи, по обидва боки кістки утворюються підокісні гнійники. При дифузних остеомієлітах ці зміни виражені на значній довжині кістки і з обох сторін щелепи утворюються підокісні вогнища.

На початку гострого остеомієліту щелепи на рентгенограмах уражених ділянок кістки змін не виявляється. Спостерігаються тільки патологічні зміни в періодонті окремих зубів або їхніх коренів, характерні для хронічного періодонтиту. Тільки на 10–14-й день від початку гострого процесу вдається встановити перші ознаки деструктивних змін кісткової тканини, а також стовщення окістя. В окремих хворих виявляються лише періостальні стовщення й деяка нечіткість кісткового малюнка.

Підгостра стадія остеомієліту щелепи. Гострий період одонтогенного остеомієліту щелепи звичайно триває від 10–12 днів до 2 тиж, при дифузному – до 3 тиж, переходячи далі в підгостру стадію. При підгострій стадії остеомієліту (обмеженому процесі) загальний стан хворого повністю нормалізується; при дифузному – поліпшується (відновлюється сон, з'являється апетит, нормалізується функція кишечника). Знижується температура тіла, зменшуються її коливання протягом доби.

Після розкриття підокісних вогнищ, навколощелепних абсцесів і флегмон у тканинах поступово зменшуються запальні зміни. На місці розкриття гнійних вогнищ рани гранулюють по краях, у центрі їх формується нориця або кілька нориць. Екссудату стає менше, зникає його гнійний запах, і він стає густим. Регіонарні лімфатичні вузли стають щільними, більш рухливими, болісність їх зменшується.

Відкриття рота вільне, а обмежене тільки при локалізації остеомиєлітичних вогнищ у ділянці кута й паростка нижньої щелепи, бугра верхньої щелепи.

Нормалізуються показники червоної крові, значно знижується вміст лейкоцитів, у тому числі нейтрофілів, ШОЕ.

При рентгенографії уражених ділянок кістки визначаються патологічні зміни кісткової тканини – ділянки резорбції кістки, що не мають чітких меж.

Хронічна стадія остеомиєліту щелепи. Поступово, звичайно на 3–4–5-й тиждень, відбувається перехід у хронічну стадію остеомиєліту щелепи, яка може бути найбільш тривалою.

Загальний стан хворого із хронічною стадією остеомиєліту щелеп продовжує поліпшуватися. Температура тіла знижується до норми, але в деяких хворих протягом тривалого часу вона періодично підвищується до 37,3–37,5 °С.

При обстеженні хворих із хронічним остеомиєлітом щелеп визначається зміна конфігурації обличчя в результаті інфільтрації навколишніх м'яких тканин щелепи і періостального стовщення кістки.

У хронічній стадії остеомиєліту відбувається подальше загоєння операційних ран. На місці їх залишаються нориці, що йдуть до кістки, яких виділявся гній, вибухають пишні грануляції, що кровоточать. Ряд нориць рубцюється й втягується усередину. Лімфатичні вузли зменшуються, стають щільними, менш болісними при пальпації. При ураженні кута й відростка нижньої щелепи відкриття рота обмежене.

Залежно від загального стану хворих, їхнього віку, імунної реактивності, а також особливостей омертвілих ділянок щелепи секвестри формуються в різний термін. Так, в осіб молодого віку тонкі, пористі зовнішні стінки альвеол верхніх зубів відокремлюються вже через 3–4 тиж. Секвестрація щільних кортикальних ділянок тіла нижньої щелепи відбувається через 6–7 тиж, а іноді й довше – до 12–14 тиж і більше.

Встановлення діагнозу гострої фази остеомиєліту буває часто утруднено через зміну клінічної картини хвороби, особливо у зв'язку з нераціональною антибактеріальною терапією.

Підгостра фаза остеомиєліту клінічно досить характерна й правильно діагностується.

У хронічній фазі важливого значення набуває рентгенологічне дослідження.

Рентгенологічна картина хронічного остеомиєліту різноманітна.

На рентгенограмі при секвеструючому варіанті виявляються один або кілька вогнищ резорбції кістки, частіше неправильної форми, у центрі яких – тіні секвестрів, частіше невеликих. Між окремими ділянками некротизованої кістки розташовуються зони повноцінної тканини. На рентгенограмі поряд із відділенням секвестрів видно новоутворення кісткової тканини, через що змінюються контури щелепи – потовщується й стає нерівним її край. При тривалому перебігу хронічного остеомиєліту в різних відділах щелепи утворюються ділянки ущільнення кісткової тканини – вогнища остеоосклерозу, що дають на рентгенограмі більш інтенсивну тінь, ніж нормальна кістка.

Диференційний діагноз. Гостру, підгостру й хронічну стадії остеомиєліту щелепи, а також загострення хронічної слід диференціювати:

– гостру фазу одонтогенного остеомиєліту від гострого або загострення хронічного періодонтиту;

– остеомиєліт щелепи, ускладнений флегмоною від абсцесів і флегмон;

– хронічний остеомиєліт щелепи, особливо рарифікуючий або гніздовий, гіперпластичне ураження від специфічних уражень: актиномікозу, туберкульозу, сифілісу;

– хронічний остеомиєліт щелепи від пухлин й пухлиноподібних станів;

– фіброзної дисплазії, злоякісної пухлини (саркома).

Лікування. Терапія при гострій стадії остеомиєліту щелепи повинна бути комплексною, проводиться в стоматологічному стаціонарі. Вона складається з хірургічного втручання – первинної обробки гнійних вогнищ в окісті, кістці, прилеглих до неї м'яких тканин і протизапальної, дезінтоксикаційної, загальзмичуючої, стимулюючої, симптоматичної терапії.

Характер й обсяг оперативних втручань, комплексна лікарська терапія, фізичні методи та інші лікувальні впливи визначаються загальним станом організму, особливостями патогенезу й місцевою клінічною симптоматикою.

Великого значення необхідно надавати догляду за гнійними ранами з використанням зрошення, інстиляції, промивання, місцевого діалізу (застосовують різні антисептичні розчини, нітрофуранові, антибактеріальні та імунні препарати).

Комплекс загального лікування строго залежить від запальної реакції й довжини ураження кістки, а також від розвитку ускладнень.

Прогноз. При своєчасному й правильному лікуванні гострого остеомиєліта щелепи переважно сприятливий.

Гіперергічний перебіг захворювання в гострому періоді, значна інтоксикація можуть вести до розвитку септичного шоку, гострої дихальної недостатності. Поширення гнійного процесу з кістки на ділянки обличчя й шиї нерідко призводить до флебітів вен обличчя й синусів твердої мозкової

оболонки, що призводить до розповсюдження гнійної інфекції і розвитку абсцесу мозку, менінгіту, менінгоенцефаліту, що веде до просування інфекції в середостіння й утворення медіастеніту, а також до сепсису. Такі ускладнення нерідко є причиною летальності. Крім того, при значних ураженнях кістки й недостатній тканевій реакції для утворення секвестральної капсули може виникати патологічний перелом, несправжній суглоб. З такими формами дифузного остеомієліту пов'язане виникнення деформації щелепи, анкілозу скроне-нижньощелепного суглоба й рубцевої контрактури жувальних м'язів.

Профілактика остеомієліту щелепи полягає у своєчасному правильному лікуванні патологічних одонтогенних вогнищ, загальному оздоровленні організму, особливо у хворих з порушенням імунітету, імунодефіцитними захворюваннями і станами.

АБСЦЕСИ І ФЛЕГМОНИ ОБЛИЧЧЯ ТА ШИЇ

Серед гострих одонтогенних запальних захворювань значну групу становлять гнійні процеси в навколощелепних м'яких тканинах: обмежене гнійне запалення клітковини з утворенням порожнини – абсцес, розлите гнійне запалення підшкірної, міжм'язової і міжфасціальної клітковини – флегмона.

Клінічна картина. При абсцесі та флегмоні хворі скаржаться на болі в ділянці уражених тканин. При локалізації гнійного вогнища поблизу жувальних м'язів – на обмеження відкривання рота й порушення жування, при локалізації в під'язичній ділянці, крило-нижньощелепному і навкологлотковому просторах, язика – на болісне ковтання. Хворі відзначають загальне нездужання, головний біль, слабкість.

Клінічна картина абсцесу або флегмони відрізняється розвитком запальних явищ в ділянці одонтогенного вогнища та переміщенням їх за межі щелепи – в навколощелепні м'які тканини.

Залежно від анатомо-топографічної локалізації одонтогенні абсцеси й флегмони можна умовно розділити на 3 групи:

I. Навколощелепні абсцеси й флегмони: 1) тканин, що прилягають до нижньої щелепи; 2) тканин, що прилягають до верхньої щелепи.

Кожна із цих підгруп ділиться на *поверхневі*: а) у піднижньощелепній ділянці, підпідборідному трикутнику, навколовушно-жувальної ділянки; б) у підочноямковій, щічній ділянках; і *глибокі*: а) у крило-нижньощелепному й навкологлотковому просторах, під'язичній ділянці, дні порожнини рота; б) підскроневої ділянці, крило-піднебінній ямці.

II. Абсцеси й флегмони сусідніх із навколощелепними тканинами ділянок, у які гнійний процес поширюється по довжині (позадущелепна, вилична, скронева ділянки та ін.), абсцеси й флегмони язика.

III. Розповсюджені флегмони обличчя й шиї.

При поверхнево розташованому флегмонозному процесі в щічній, підочноямковій, піднижньощелепній, підпідборідній та інших ділянках відзначаються набряк та інфільтрація м'яких тканин, спаяність шкіри з прилеглими тканинами, її почервоніння, підвищення місцевої температури. При пальпації можна визначити ділянки флуктуації або найбільшої болісності. При залученні до процесу власне жувального м'яза спостерігається обмеження відкривання рота. При ураженні глибоких ділянок, що прилягають до верхньої або нижньої щелепи, при зовнішньому огляді видно припухання тканин внаслідок перифокального набряку поверхнево розташованих ділянок. Межі флегмонозного вогнища розпливчасті й при пальпації флуктуація, як правило, не визначається. Фокус флегмонозного процесу при огляді порожнини рота визначається за порушенням функції відкривання рота, ковтання, мовлення, дихання й запальних змін – набряку й гіперемії, болісній інфільтрації слизової оболонки й прилеглих тканин. При ураженні крило-нижньощелепного, навкологлоткового простору огляд порожнини рота може бути утруднений через обмеження відкривання рота. Пальпаторне дослідження уражених тканин у порожнині рота, а іноді метод бімануальної пальпації, дозволяють установити ділянки найбільшої болючості.

Абсцес і флегмона піднижньощелепного трикутника. Одонтогенні запальні процеси в ділянці піднижньощелепного трикутника виникають частіше, ніж в інших відділах щелепно-лицьової ділянки. Вони розвиваються в результаті запальних процесів, що поширюються від нижніх малих і великих кутніх зубів, рідше – із крило-нижньощелепного простору, під'язичної ділянки, у тому числі щелепно-язичного жолобка, підпідборідного трикутника.

Розрізняють абсцеси переднього й заднього відділів піднижньощелепної ділянки, флегмону цієї ділянки.

При абсцесі хворі скаржаться на мимовільні, ниючі болі в ураженій ділянці. При зовнішньому огляді відзначають обмежений інфільтрат у передньому або задньому відділі піднижньощелепного трикутника, попереду або позаду від піднижньощелепної слинної залози. При пальпації інфільтрат щільний, шкіра над ним спаяна, змінена в кольорі від яскраво-рожевого до червоного, стоншена. У центрі можна відзначити ділянку флуктуації, особливо при ураженні тканин у передньому відділі піднижньощелепного трикутника. Відкривання рота вільне. У порожнині рота змін немає.

Флегмони піднижньощелепного трикутника супроводжуються більш інтенсивними болями. Характерна розлита припухлість, що досить швидко, протягом 2–3 діб від початку захворювання, поширюється на весь піднижньощелепний трикутник і прилеглі підпідборідну й позадущелепну ділянки. Шкіра в цій ділянці інфільтрована, не збирається в складку,

іноді червоніє. У центрі пальпується щільний болісний інфільтрат. У щічній, навколоушно-жувальній ділянках відзначається набряк. Відкривання рота частіше не обмежене.

У порожнині рота при флегмоні піднижньощелепного трикутника можна виявити на стороні ураження невелику набряклість і гіперемію слизової оболонки під'язичної складки з відповідної сторони.

Оперативне лікування в стаціонарі полягає в проведенні розрізу з боку шкіри в піднижньощелепному трикутнику, нижче краю нижньої щелепи й паралельно йому, завдовжки при абсцесі – 1,5–2 см, при флегмоні – 5–7 см, розсовуючи тканини пеаном. Проводять евакуацію гною, некротомію й антисептичну й антибактеріальну обробку рани.

Абсцес і флегмона підпідборідного трикутника. Запалення в підпідборідному трикутнику розвивається від одонтогенних вогнищ нижніх різців й ікла, а також при поширенні гнійного процесу з піднижньощелепної ділянки, кореня язика, рідше – під'язичної ділянки. Первинно можуть уражатися лімфатичні вузли й далі в гнійний процес залучається клітковина підпідборідного трикутника.

Абсцес підпідборідної ділянки характеризується появою розлитого набряку, шкіра в цій ділянці трохи інфільтрована, рухлива. Протягом 3–4 днів виникає щільний інфільтрат, слабоболісний при пальпації. Шкіра над ним скупчується, набуває червоного кольору і нерідко стоншена, відзначається флуктуація.

При флегмоні вже на початку захворювання визначається розлитий інфільтрат у підпідборідному трикутнику, виражений набряк обох піднижньощелепних ділянок. Відкривання рота вільне й тільки при поширенні гнійного процесу на навколишні тканини з'являється обмеження опускання нижньої щелепи, стають болочими жування й ковтання. З'являється розм'якшення інфільтрату, шкіра над ним скупчується, у складки не збирається, червоніє, при пальпації – флуктуація.

При абсцесі й флегмоні підпідборідної ділянки слизова оболонка порожнини рота й безпосередньо під'язична складка не змінені.

Хірургічне втручання при абсцесі або флегмоні полягає в розкритті гнійного вогнища розрізом крізь шкіру від краю нижньої щелепи до під'язичної кістки або дугоподібним розрізом паралельно підборідній частини тіла нижньої щелепи.

Абсцес і флегмона навколоушно-жувальної ділянки. Запалення виникає в результаті поширення процесу від нижніх молярів, рідше від премолярів і верхніх молярів. Вдруге в цю ділянку інфекція може поширюватися із щічної ділянки, привушної слинної залози, підскроневої ямки.

При абсцесі нижнього відділу жувального м'яза відзначаються скарги на самостійні болі, появу набряку й обмеження відкривання рота. Пальпаторно визначається щільний болісний інфільтрат у нижніх відділах навко-

ловушно-жувальної ділянки. Шкіра над ним погано збирається в складку, колір її частіше не змінений. Відкриття рота обмежене, запальна контрактура жувального м'яза I–II ступеня. Є набряклість слизової оболонки задньонижнього відділу присінка рота й визначаються інфільтрація і болісність нижньої половини переднього краю жувального м'яза. У перші дні через розташування гнійного вогнища під щільною фасцією й жувальним м'язом флуктуація не визначається. Після розплавлення ділянок тканин і поширення гною до поверхневих шарів нижнього відділу м'яза відзначається розм'якшення.

Флегмона ділянки жувального м'яза характеризується значними болями, що підсилюються при відкриванні рота. Порушена конфігурація обличчя внаслідок розлитої припухлості у відповідній половині, пальпується щільна, болюча інфільтрація тканин навколоушно-жувальної ділянки й набряк сусідніх із нею тканин. Межі інфільтрату в ділянці жувального м'яза. Запальний набряк поширюється до рівня виличної дуги, захоплює щічну ділянку, піднімається іноді до нижнього відділу виличної ділянки на нижню вію і спускається на піднижньощелепний трикутник. Шкіра над інфільтратом має нормальний колір, напружена й погано збирається в складку. Відкриття рота різко обмежене через запальну контрактуру жувального м'яза III ступеня. Слизова оболонка щоки набрякла, і на ній чітко видні відбитки коронок зубів. При пальпації переднього краю жувального м'яза визначаються ущільнення й болісність. Вихід гнійного процесу за межі жувального м'яза й поширення запальних явищ на всі тканини в навколоушно-жувальній ділянці слід діагностувати як флегмону цієї ділянки.

Хірургічне втручання проводять з боку піднижньощелепної або позадушепної ділянки (розріз шкіри 5–6 см у розмірі трохи нижче кута нижньої щелепи).

Абсцес і флегмона крило-нижньощелепного простору. Причиною гнійного ураження крило-нижньощелепного простору є запальні процеси в ділянці нижніх великих кутніх зубів, у тому числі утруднене прорізування нижнього зуба мудрості. Рідше запальні захворювання крило-нижньощелепного простору виникають внаслідок поширення гною від ділянки верхніх молярів. Іноді гнійний процес поширюється з під'язичної ділянки, у тому числі із щелепно-язичного жолобка, з піднижньощелепного трикутника, дна порожнини рота, навколоушно-жувальної ділянки.

При абсцесі запальні явища можуть наростати повільно й поступово, хворі скаржаться на болі, що підсилюються при ковтанні, прогресуюче обмежується відкриття рота.

Запальні явища при абсцесі частіше захоплюють тільки клітковину в межах крило-нижньощелепного простору й іноді тільки середній її відділ. При зовнішньому огляді при абсцесі запальних змін може не бути, відзначається болісність лімфатичних вузлів у піднижньощелепному трикутнику.

Відкривання рота різко обмежене через запальну контрактуру III ступеня. У порожнині рота відзначається різко болісний уздовж крило-нижньощелепної складки інфільтрат. Слизова оболонка в цій ділянці різко гіперемована й набрякла, нерідко набряк переходить на піднебінно-язичну дужку.

Флегмона крило-нижньощелепного простору характеризується швидким наростанням запальних симптомів. Нерідко гнійний процес протягом 2–3 днів поширюється по всій клітковині цього простору. Відзначаються набряклість і болісний інфільтрат під кутом нижньої щелепи, лімфатичні вузли скупчуються один з одним, іноді з'являється припухлість у нижньому відділі скроневої ділянки. У порожнині рота після повільного відведення нижньої щелепи інструментом (поворот широкого шпателя, гвинтовим роторозширювачем та ін.) вдається побачити гіперемію й набряклість слизової оболонки в ділянці крило-нижньощелепної складки піднебінно-язичної дужки зіва. Іноді інфільтрація поширюється на слизову оболонку бічної стінки глотки й дистальний відділ під'язичної ділянки.

Хірургічне втручання при гнійних запальних захворюваннях крило-нижньощелепного простору проводять із боку рота або зовнішнім доступом.

Флегмону крило-нижньощелепного простору розкривають розрізом із боку шкірних покривів, що облямовують кут нижньої щелепи. Діставшись скальпелем кістки в ділянці кута й тіла нижньої щелепи, відокремлюють або відтинають нижній відділ медіального крилоподібного м'яза, проникають тупим шляхом догори на внутрішню поверхню гілки нижньої щелепи до ділянки скупчення гною.

Абсцес і флегмона навкологлоткового простору. Гнійний процес у навкологлотковому просторі може виникати як ускладнення гострого, рідше хронічного тонзиліту. Одонтогенними джерелами інфекції цього простору бувають великі кутні зуби нижньої, іноді верхньої щелепи. Часто навкологлотковий простір уражається при поширенні інфекції з-під нижньощелепного трикутника, під'язичної, позадущелепної ділянок, а також крило-нижньощелепного простору.

При абсцесі відзначаються невелика набряклість тканин під кутом нижньої щелепи, збільшення лімфатичних вузлів. Відкривання рота різко обмежене й болісне. Огляд порожнини рота утруднений через зведення щелеп. За допомогою шпателя, зуболікарського дзеркала, а іноді лобового рефлектора вдається оглянути порожнину рота й зів, де виявляється гіперемія й набряклість м'якого піднебіння: піднебінно-язичних і піднебінно-глоткових дужок, піднебінного язичка, вибухання бічної стінки глотки.

Флегмона навкологлоткового простору відрізняється болями при ковтанні, нерідко утрудненим диханням, погіршенням загального самопочуття, появою ознобу та інших проявів інтоксикації. Під кутом нижньої щелепи при пальпації виявляється глибокий болісний інфільтрат. У деяких хворих виникає набряк у скроневої ділянки. Відкривання рота обме-

жене внаслідок запальної контрактури медіального крилоподібного м'яза III ступеня. Огляд порожнини рота утруднений. Слизова оболонка крило-нижньощелепної складки, м'якого піднебіння гіперемована й набрякла, піднебінний язичок різко зміщений у здоровий бік. Інфільтрат поширюється на бічну стінку глотки, що значно вибухає, набряк – на слизову оболонку під'язичної складки, язик, задню стінку глотки.

Абсцес навколوجلоткового простору розкривають внутрішньоротовим розрізом слизової оболонки медіально від крило-нижньощелепної складки й паралельно їй довжині на 1,5–2 см і на глибину до 0,75 см. Більш надійним для створення повноцінного відтоку гною, особливо при флегмоні навколوجلоткового простору, слід вважати позаротовий доступ.

Абсцес і флегмона під'язичної ділянки. Одонтогенні гнійні процеси в під'язичній ділянці розвиваються в результаті поширення інфекції з одонтогенних вогнищ на нижній щелепі.

Абсцес переднього відділу під'язичної ділянки характеризується скаргами на мимовільні болі, що підсилюються при ковтанні й русі язика. У деяких хворих з'являється набряк у піднижньощелепній або підпідборідній ділянках. Відкривання рота вільне. У передньому відділі під'язичної ділянки на рівні різця, ікла й малих кутніх зубів відзначається вибухання під'язичного валика, щільного й різко болісного. Слизова оболонка над ним гіперемована й набрякла. Явища запального набряку поширюються на слизову оболонку, що покриває альвеолярний відросток, під'язичну складку й нижню поверхню язика.

При абсцесі щелепного жолобка хворі скаржаться на різкі болі при ковтанні й при русі язика, обмеження відкривання рота.

У присінку рота змін не виявляється. Слизова оболонка під'язичної складки різко гіперемована, набрякла й згладжена. Тканини цієї ділянки різко болісні, інфільтровані, виявляється флукуація.

Флегмона під'язичної ділянки частіше буває однобічною, у деяких хворих – двосторонньою. При однобічній флегмоні під'язичної ділянки хворі скаржаться на самовільні болі, біль при ковтанні, неможливість руху язика, обмеження відкривання рота. При зовнішньому огляді виявляється незначна розлита припухлість у підпідборідному і передньому відділах піднижньощелепних трикутників внаслідок колатерального набряку, а також через зсув діафрагми рота донизу під тиском запального ексудату. Двостороння флегмона під'язичних ділянок відрізняється припухлістю в підпідборідному й обох піднижньощелепних трикутниках. Шкіра над набряком має звичайний колір, збирається в складку. Лімфатичні вузли збільшені й болісні. Внаслідок глибокого розташування гнійного вогнища при пальпації піднижньощелепних і підпідборідних трикутників флукуація не визначається.

Відкриття рота може бути трохи обмеженим при локалізації запалення у передніх відділах під'язичних ділянок.

У порожнині рота в результаті набряку піднімається під'язична складка, з'являється припухлість, що збільшується, в ділянці однієї сторони язика, язик відсунутий у здоровий бік.

Абсцес переднього відділу під'язичної ділянки розкривають з боку порожнини рота розрізом 1,5–2 см завдовжки через слизову оболонку під'язичної складки відповідно до тих зубів, до яких прилягає вибухання.

При абсцесі щелепно-язичного жолобка розріз роблять на ділянці найбільшого вибухання тканин.

Флегмону розкривають з боку порожнини рота розрізом через слизову оболонку альвеолярного відростка 4–5 см завдовжки тупим шляхом проходять у тканини, де можлива локалізація гною.

Гарний ефект дає проведення внутрішньоротового й позаротового доступів для розкриття запальних вогнищ.

Абсцес і флегмона позадущелепної ділянки. Гнійні процеси в позадущелепній ділянці розвиваються внаслідок поширення інфекції із крило-нижньощелепного й навкологлоткового просторів, рідше – з навколоушно-жувальної ділянки й піднижньощелепного трикутника.

Розрізняють абсцес і флегмону позадущелепної ділянки.

Запальні захворювання позадущелепної ділянки характеризуються посиленням болю, особливо при повороті голови, наростанням обмеження відкриття рота. При зовнішньому огляді й пальпації спостерігається щільна болісна припухлість за гілкою нижньої щелепи, що згладжує її контури. Шкіра над нею спаяна, у складки не збирається, яскраво-червоного кольору. Мочка вуха піднята, відзначаються неприємні відчуття в зовнішньому слуховому проході, нерідке зниження слуху на ураженій стороні. Обмеження відкриття рота наростає, запальна контрактура звичайно буває III ступеня. У сполученні із запальними явищами в інших ділянках захворювання має характер розмитої флегмони.

Абсцес і флегмону позадущелепної ділянки розкривають розрізом 3–4 см завдовжки паралельно передньому краю грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, відступаючи від заднього краю гілки нижньої щелепи.

Абсцес і флегмона підочнямкової ділянки. Запалення виникає в результаті поширення інфекції від верхнього ікла й першого малого кутнього зуба, рідше – від верхнього бічного різця або другого малого кутнього зуба. Процес у підочнямковій ділянці може розвиватися внаслідок поширення інфекції із щічної ділянки.

Розрізняють абсцес підочнямкової ділянки, або абсцес іклової ямки, і флегмону підочнямкової ділянки.

При абсцесі іклової ямки хворі скаржаться на болі в ураженій ділянці. Спочатку абсцес іклової ямки може нагадувати гострий гнійний періостит

у ділянці передньої поверхні верхньої щелепи. З'являється припухлість підчочномкової і щічної ділянок, верхньої губи. Крило носа трохи піднімається, згладжується носогубна борозна. Припухлість м'яка, слабоболісна, шкіра за кольором не змінена, у складку збирається.

Верхнє склепіння присінка порожнини рота згладжений, слизова оболонка над ним гіперемована й набрякла. При пальпації в глибині визначається ділянка болісності. Вона більш чітко виявляється при бімануальній пальпації.

При флегмоні підчочномкової ділянки спостерігаються різкі мимовільні болі, що віддають в око, скроню. Характерна дифузійна припухлість у підчочномковій і щічній ділянках, що поширюється на скроневу ділянку, верхню губу, повіки. Тканини передньої поверхні тіла верхньої щелепи інфільтровані, болісні при пальпації. Шкіра над інфільтратом яскраво-червона, спаяна, важко збирається у складку.

У присінку порожнини рота по верхньому склепінню запальні зміни мають більш розлитий характер, ніж при абсцесі.

Абсцес підчочномкової ділянки розкривають розрізом уздовж верхнього склепіння присінка порожнини рота відповідно до передньої поверхні тіла верхньої щелепи.

Хірургічне втручання при флегмоні підчочномкової ділянки проводять так само, як при абсцесі, – розрізом від другого різця до другого малого корінного або першого великого кутнього зуба. Можливо також розкриття флегмони розрізом через шкіру по носогубній борозні.

Абсцес і флегмона щічної ділянки. Причиною гнійних захворювань щічної ділянки є поширення інфекції від верхніх чи нижніх великих або рідше малих кутніх зубів. Іноді абсцес або флегмона щічної ділянки розвивається як ускладнення гострого гнійного періоститу верхньої або нижньої щелепи в результаті прориву "періостального бар'єра". У деяких випадках щічна ділянка уражається в результаті поширення інфекції з підчочномкової, навколотовушно-жувальної ділянок і підскроневої ямки.

При абсцесі щічної ділянки хворі скаржаться на незначні локальні болі, що підсилюються при пальпації. Гнійне вогнище може формуватися в клітковині між шкірою й щічним м'язом. У таких випадках характерна наявність обмеженого інфільтрату, частіше округлої форми, розташованого залежно від зуба – джерела інфекції – у верхньому або нижньому відділі щічної ділянки. Незначно виражений набряк в оточуючих вогнище тканинах. Досить швидко інфільтрат спаюється зі шкірою, і вона набуває інтенсивно-рожевого або червоного кольору. При пальпації чітко відзначається флуктуація.

При флегмоні щічної ділянки хворі скаржаться на різкі, мимовільні болі, що підсилюються при відкриванні рота й жуванні. Виникає значної довжини інфільтрат у щічній ділянці, виражений набряк навколишніх тканин, що поширюється на верхню, іноді нижню губу, піднижньощелеп-

ний трикутник, на нижнє й верхнє повіки, внаслідок чого очна щілина звужується або повністю закривається. Шкіра в щічній ділянці червоного кольору, інфільтрована, у складку не збирається. Спостерігаються набряк і гіперемія слизової оболонки щоки, верхнього й нижнього склепіння присінка порожнини рота. Нерідко слизова оболонка вибухає й видні відбитки зовнішніх поверхонь верхніх і нижніх зубів.

Поверхнево розташований абсцес щічної ділянки розкривають у місці найбільшої флуктуації з боку шкірних покривів. При локалізації абсцесу ближче до слизової оболонки або в товщі щоки розріз проводять у порожнині рота з боку верхнього, рідше нижнього склепіння присінка порожнини рота й тупим шляхом дістаються до порожнини гнійника.

Абсцес підскроневої ямки, флегмона підскроневої й крило-піднебінної ямок. Запальні процеси в підскроневої і крило-піднебінній ямках відрізняються своєрідністю. Причиною їх частіше є верхній зуб мудрості, рідше – другий або перший верхній великий кутній зуб. Інфекція поширюється в тканинах, прилеглих до бугра верхньої щелепи, і звідси може перейти в підскроневу й крило-піднебінну ямки. Запалення в підскроневої ямці можливо при інфікуванні під час проведення туберальної анестезії, зокрема при неправильній її техніці й пораненнях крилоподібного венозного сплетіння, внаслідок чого виникають гематома та її нагноєння. Крім того, гнійні захворювання підскроневої й крило-піднебінної ямок розвиваються в результаті поширення процесу із крило-нижньощелепного й навколوجلотового просторів. Тісний анатомічний зв'язок між клітинними просторами в підскроневої і крило-піднебінній ямках часто не дає можливості встановити точну локалізацію гнійних запальних процесів, що тут розвиваються.

При абсцесі підскроневої ямки гнійник у більшості випадків розташовується у клітковині в підскроневої поверхні тіла верхньої щелепи й між латеральним і медіальним крилоподібними м'язами. Характерні мимовільні болі, обмеження відкривання рота. Клінічно при цій локалізації зовнішніх змін конфігурації обличчя немає. Іноді помітний невеликий запальний набряк щічної й виличної ділянок, що поширюється на нижній відділ скроневої ділянки. У результаті близькості крилоподібних м'язів іноді значно обмежується відкривання рота. При огляді присінка порожнини рота (щоку трохи відтягують) виявляються набряклість і гіперемія слизової оболонки верхнього склепіння перехідної складки на рівні великих кутніх зубів. При пальпації вдається встановити інфільтрат в ділянці верхнього склепіння, а нерідко й на ділянці між верхньою щелепою й середнім краєм гілки нижньої щелепи. Однак при пальпації тут часто визначається лише болісність на обмеженій ділянці.

При флегмоні підскроневої ямки відзначаються посилення болі, іррадіація її у скроню й око. Нерідко біль підсилюються при ковтанні. При

зовнішньому огляді спостерігаються припухлість запального характеру в нижньому відділі скроневої й верхньому відділі навколоушно-жувальної ділянки у вигляді пісочного годинника, а також колатеральний набряк у підчочномковій та щічній ділянках. Тканини м'які, болісні, шкіра в складку збирається важко, колір її не змінений. Значно виражена запальна контрактура жувальних м'язів (III ступеня). У порожнині рота відзначаються такі ж зміни, як при абсцесі, але іноді – лише набряк і гіперемія слизової оболонки й біль уздовж верхнього склепіння присінка ротової порожнини.

Флегмона, що розвивається в підскроневої і крило-піднебінній ямках, характеризується значними головними болями, болями в ділянці верхньої щелепи, що іррадіюють в око й скрону. З'являється набряк у щічній ділянці, нижньому відділі скроневої, верхньому відділі навколоушно-жувальної ділянок, що поширюється на повіки. При флегмоні підскроневої й крило-піднебінній ямок стан хворих важкий або середньої важкості, температура тіла до 40°C, озноб. При пальпації припухлих тканин відзначаються інфільтрація й болісність у нижньому відділі скроневої ділянки, іноді болісність при натисненні на очне яблуко на стороні локалізації запального процесу. Відкривання рота обмежене. Слизова оболонка верхнього склепіння присінка ротової порожнини гіперемована й набрякла, при пальпації в глибині тканин визначається болісний інфільтрат, що поширюється до переднього краю вінцевого відростка.

Оперативне втручання із приводу абсцесу підскроневої ямки виконують із боку верхнього склепіння присінка ротової порожнини, роблячи розріз 2–3 см завдовжки, відступив назовні на 0,5 см за виличноальвеолярним гребенем.

Флегмону підскроневої ямки іноді розкривають таким же розрізом із розсовуванням тканин тупим шляхом до латеральної пластинки крилоподібного відростка клиноподібної кістки.

Абсцес і флегмона скроневої ділянки виникають вразі при поширенні одонтогенної інфекції із щічної й навколоушно-жувальної ділянок, крило-нижньощелепного й навколوجلотового просторів, а також із підскроневої ямки.

З'являється припухлість над виличною дугою й захоплює скроневу ямку; коллатеральний набряк поширюється на тім'яну й лобову ділянки. Нерідко можна спостерігати набряклість виличної ділянки, верхньої й рідше нижньої повіки. Наростає обмеження відкривання рота. При пальпації відзначається щільний, болісний інфільтрат, що розповсюджується звичайно з нижніх або передніх відділів скроневої ділянки нагору. Шкіра над ним спаяна, у складку не збирається, але за кольором змінена не завжди. Поверхнєве розплавлення тканин характеризується появою флуктуації; при гнійних процесах, що розвиваються під скроневою м'язом або між пучками, спостерігається ділянка значної болі, флуктуація виникає пізніше.

При абсцесах і флегмонах скроневої ділянки в першу чергу проводять хірургічні втручання, які забезпечують вільний відтік гною з основного гнійного вогнища в клітковинних просторах голови й шиї. Флегмону скроневої ділянки розкривають із боку шкірних покривів скроневої ділянки розрізом паралельно ходу гілки поверхневої скроневої артерії, іноді роблять трохи віялоподібних розрізів, розташовуючи їх паралельно ходу артеріальних стовбурів. При глибокому скупченні ексудату проводять широкий дугоподібний розріз уздовж скроневої лінії, пройшовши тупим шляхом під скроневи́й м'яз. Його сполучають також із розрізом над виличною дугою.

Абсцес і флегмона виличної ділянки. Ці процеси розвиваються при поширенні гнійного ексудату із сусідніх ділянок обличчя – підочної і щічної.

Хворі з абсцесом виличної ділянки скаржаться на помірні болі в ураженій ділянці. У виличній ділянці є обмежений запальний інфільтрат, що досить швидко розм'якшується. Шкіра над ним спаюється з прилеглими тканинами і набуває яскраво-червоного кольору.

Хворих із флегмоною непокоять мимовільні болі у виличній ділянці, що іррадіюють у підочноямкову й скроневу ділянки. Вони збільшують болючі відчуття, пов'язані з первинними гнійними вогнищами в сусідніх ділянках. Запальна набряклість виражена значно, поширюється на підочноямкову, скроневу, щічну й навколоушно-жувальну ділянку. При пальпації відповідно розташуванню виличної кістки визначається різної довжини щільний інфільтрат. Відкриття рота трохи обмежене в результаті залучення в запальний процес верхнього відділу жувального м'яза. Нерідко відзначається посилення болю при відкриванні рота. В присінку ротової порожнини, по верхньому склепінню на рівні великих кутніх зубів виявляється набрякла й гіперемована слизова оболонка.

Оперативне втручання при абсцесах і флегмонах виличної ділянки роблять у місці найбільш вираженої флюктуації, роблячи розріз шкіри паралельно ходу гілок лицевого нерва.

Абсцес і флегмона язика. Гнійні запальні захворювання язика можуть бути одонтогенної, стоматогенної, тонзилогенної природи.

Одонтогенний абсцес або флегмона язика виникає при переході гнійного процесу з ділянки нижніх передніх зубів у між'язові проміжки кореня язика. Абсцеси спинки й тіла язика розвиваються в результаті однократних або повторних пошкоджень слизової оболонки при прикушуванні, травмї риб'ячою кісткою, стоматологічними інструментами, гострими краями зубів, зубними протезами та ін., а також при стоматиті. У деяких випадках запальний процес розвивається на тлі гострого тонзиліту. Поширення інфекції з під'язичної, рідше з підпідборідної ділянки, також веде до розвитку гнійного процесу.

Розрізняють абсцеси спинки, тіла, глибокої його частини – кореня язика й флегмону язика.

Абсцес спинки й тіла язика локалізується в правій або лівій його половині, у центрі язика, у середньому відділі спинки язика. Хворі скаржаться на болі в язиці, які іррадіюють у вухо. Рухи язика обмежені й болісні, мова утруднена, ковтання болісне. Зовні змін немає, пальпуються збільшені болісні лімфатичні вузли в підпідборідному або передньому відділі одного з піднижньощелепних трикутників. Відкривання рота вільне. Відзначається стовщення половини язика внаслідок інфільтрації бічного його відділу, покритого щільною, різко болісною слизовою оболонкою яскраво-червоного кольору.

Абсцес кореня язика розвивається в сполучнотканинних прошарках між парними м'язами язика, над щелепно-під'язиковим м'язом. Порівняно рідше абсцес буває в міжм'язовому проміжку, розташованому трохи збоку від середньої лінії, в окружності язичної артерії, що проходить тут. Хворі з абсцесом кореня язика відзначають різкі болі в язичку, неможливість ковтання. Абсцес кореня язика звичайно характеризується нерізко вираженою припухлістю в середніх відділах підпідборідної ділянки. Шкіра на цій ділянці не змінена, добре збирається в складку, визначається болісність у ділянці середньої лінії. Відкривання рота вільне, але болісне. Язик збільшений, його рухи обмежені, у зв'язку із чим мова невиразна. Він рівномірно набряклий і щільний, по середній лінії болісний.

Флегмона тіла язика характеризується поширенням запальних явищ на клітковинні прошарки між м'язами кореня язика, униз – до шва щелепно-під'язичних м'язів і нагору – до переплетення м'язів язика. У хворих спостерігаються більш інтенсивні болі в язиці, що іррадіюють у вухо, ковтання різко болісне, мова невиразна, дихання нерідко утруднене.

Запальна припухлість із підпідборідного трикутника поширюється на передні відділи піднижньощелепних трикутників. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болісні, спаяні один з одним. У глибині підпідборідної ділянки пальпується розлитий болісний інфільтрат.

Відкривання рота обмежене, відзначається запальна контрактура жувальних м'язів. Язик значно збільшений, рухи його обмежені й різко болісні. Нерідко збільшений язик не уміщується в порожнині рота, а видається вперед, за зубний ряд, у сторони й вибухає нагору, що змушує хворих тримати рот напіввідкритим. Язик обкладений білястим нальотом, із порожнини рота виходить неприємний гнійний запах. Ковтання рясної в'язкої слини різко утруднене, іноді неможливе. У деяких випадках у зв'язку з поширенням набряклості на підгортанник і черпалонадгортанну складку з'являються утруднення подиху, осиплість голосу.

Оперативне втручання із приводу абсцесу спинки й тіла язика проводять поздовжнім розрізом по краю або спинці язика через ділянку роз-

м'якшення або болісності. Після розсічення слизової оболонки тупим шляхом проходять між пучками м'язів і спорожняють гнійник.

Абсцес або флегмону кореня язика розкривають розрізом до 4 см завдовжки у підпідборідному трикутнику по середній лінії.

Однчасне ураження кореня язика, навкологлоткових просторів і дна ротової порожнини може вести до стенозу дихальних шляхів й асфіксії, що робить прогноз для життя пацієнтів серйозним.

УСКЛАДНЕННЯ АБСЦЕСІВ І ФЛЕГМОН ОБЛИЧЧЯ І ШИЇ

Абсцеси, флегмони обличчя і шиї можуть ускладнюватися вторинним кортикальним остеомієлітом. У випадку поширення процесу можливі такі серйозні ускладнення, як медіастеніт, тромбоз печеристого синуса твердої мозкової оболонки, менінгіт, менінгоенцефаліт, абсцес мозку, сепсис.

Вторинний кортикальний остеомієліт кісток обличчя розвивається при локалізації гнійного процесу в піднижньощелепній, навколоушно-жувальній, підчочномковій, виличній, скроневої ділянках. При гнійному розплавленні навколощелепних тканин гине поверхнева ділянка кістки, що омивається гноєм.

Клінічна картина характеризується відсутністю регресу запальних явищ, гноетечією з рани, повторними загостреннями процесу. На рентгенограмі видні тонкі пластинчасті секвестри уздовж нижнього краю тіла, зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи, верхньоочному краю верхньої щелепи, зовнішньої поверхні тіла величної і надокістя скроневої кісток. При лабораторному дослідженні крові виявляються помірний лейкоцитоз, іноді лейкопенія, лімфоцитоз, збільшення ШОЕ.

Діагноз. Діагностика здійснюється на основі клінічної картини, рентгенологічних і лабораторних даних.

Вторинний кортикальний остеомієліт кісток обличчя диференціюють від одонтогенного остеомієліту, актиномікозу, туберкульозу цієї ж локалізації.

Лікування таке ж, як при хронічному остеомієліті щелепи.

Ускладнення вторинного кортикального остеомієліту щелепи бувають рідко. Можливі повторні загострення, залучення до процесу нових ділянок кістки, поширення гнійного процесу в прилеглі м'які тканини й розвиток абсцесів, рідше – флегмон.

Прогноз сприятливий.

Медіастеніт розвивається на тлі розповсюджених флегмон: дна порожнини рота; навкологлоткової, піднижньощелепної та інших ділянок, коли незважаючи на проведене лікування запальний процес прогресує, уражає бічні й передні відділи шиї. В інших випадках спостерігається бурхливе й швидке поширення гнійного процесу в глибокі відділи шиї.

Розрізняють передні, задні й дифузійні медіастиніти.

Медіастиніт виникає внаслідок поширення гнійної інфекції уздовж між'язової і міжфасціальної клітковини з навкологлоткового простору по півні судинно-нервового пучка шії в переднє середостіння або від дна порожнини рота, кореня язика через природний бар'єр у ділянці під'язичної кістки в клітковинний простір між парієтальними й вісцеральними листками ендощервікальної фасції шії й уздовж трахеї в переднє середостіння. Гнійний процес внаслідок поширення уздовж передхребтової фасції уражає заднє середостіння. Дифузне поширення запального процесу уздовж міжфасціальних щілин призводить до розвитку тотального гнійного, нерідко гнійно-некротичного медіастиніту.

Виділяють гострий серозний, гострий гнійний і хронічний медіастиніти.

Клінічна картина медіастиніту характеризується погіршенням загального стану, підвищенням температури тіла до 39–40 °С і більше, появою й прогресуванням порушень гемодинаміки й дихання. Хворого турбують болі за грудиною, слабкість, нездужання, запаморочення, кашель, утруднене дихання. Першими симптомами запального процесу є покахування, задишка. Потім виникають болі за грудиною, що підсилюються при нахилі або повороті шії, утруднення при проковтуванні їжі. Загальний стан буває від середньої важкості до важкого й агонального. При обстеженні відзначаються вимушене положення хворого – напівлежачи на боці або сидячи з опущеною головою, направленою до грудини, тахікардія, підвищений або нестійкий АТ. Звертає на себе увагу прискорене поверхневе дихання. Шкіра холодна, бліда, сіруватого кольору з жовтяничним відтінком, покрита липким потом; на кінцівках – "мармурові плями", петехіальний сип, у ділянці ін'єкцій – великі гематоми. Нерідко спостерігаються марення, кома. При обстеженні легенів визначається жорстке дихання. Тільки в окремих хворих спостерігаються ознаки осередкового або дифузного запалення легенів, а також абсцедування й гангрена легенів. Поряд із симптомами розповсюдженої флегмони спостерігаються розлита запальна інфільтрація передньої або бічної поверхні шії з розвитком набряку, гіперемія шкіри передньої поверхні грудної клітки.

При рентгенологічному дослідженні (у трьох проекціях – передньо-задній, бічний і косій), комп'ютерній томографії відзначається збільшення меж середнього середостіння; на 5–8-й день захворювання – випіт у плевральну порожнину.

Діагностика медіастиніту досить складна.

Лікування комплексне, включає передопераційну підготовку, хірургічну санацію гнійних вогнищ, розкриття й дренивання середостіння, післяопераційну терапію.

Дренивання, промивання, діаліз, відсмоктування ексудату, лікарські речовини застосовують постійно. Загальне лікування – антибактеріальне,

дезінтоксикаційне, метаболізуюче, ГБО проводять диференційно залежно від фази гнійного процесу. Гарні результати дає застосування екстракорпоральної детоксикації – гемосорбції, плазмаферезу й екстракорпоральне підключення донорської селезінки.

Прогноз при ускладненні розповсюджених флегмон медіастинітом завжди серйозний для життя хворого. Розвиток медіастиніту може бути пов'язаний із сепсисом, що ще більше прискорює кінець хвороби.

Тромбофлебіт лицьових вен, тромбоз печеристого синуса твердої мозкової оболонки, менінгіт, менінгоенцефаліт, абсцес мозку.

Розповсюджені флегмони підскроневої й крило-піднебінної ямок, підочномкової ділянки, очної ямки, а також дна порожниці рота можуть ускладнюватися тромбозом лицьових вен із наступним поширенням гнійної інфекції в печеристий синус твердої мозкової оболонки. Це ускладнення часто розвивається при фурункулах, карбункулах лица, гнійних пансинуитах.

Тромбофлебіт лицьових вен характеризується погіршенням загального стану, високою температурою тіла, ознобом і збільшенням ступеня інтоксикації. На обличчі уздовж кутової або лицьової вени з'являється болісний інфільтрат, покритий гіперемованою, іноді ціанотичною і спаяною з підлеглими тканинами шкірою. Виражений набряк навколишніх тканин, видні розширені підшкірні вени. У деяких хворих спостерігається швидкий і часом блискавичний перебіг процесу з розвитком тромбозу печеристої пазухи твердої мозкової оболонки, менінгіту, менінгоенцефаліту, сепсису.

Тромбоз печеристого синуса твердої мозкової оболонки характеризується збільшенням локальних скарг і посиленням головного болю, болями у лобовій ділянці, погіршенням загального стану, підвищенням ступеня інтоксикації. Стан хворого важкий, температура тіла досягає 40 °С, відзначається різкий озноб. При розповсюдженій флегмоні, карбункулі, синуситі посилюється біль у ділянці очей, хемоз кон'юнктиви, колатеральний набряк тканин очної ямки. Можлива ригідність м'язів потилиці. Ранніми симптомами тромбозу печеристого синуса твердої мозкової оболонки є набряк і ціаноз язика, слизової оболонки губ, кон'юнктиви.

Менінгіт. Менінгоенцефаліт. Абсцес мозку.

Подальше поширення інфекції при тромбозі печеристого синуса твердої мозкової оболонки й розвиток менінгіту, менінгоенцефаліту характеризується посиленням головного болю, появою нудоти, блювання, порушенням свідомості.

Абсцес мозку. Перші симптоми абсцесу мозку можуть не мати яскравої клінічної картини. До проявів одонтогенного захворювання додається головний біль (енцефалітична стадія). Надалі відзначається відсутність регресу запальних явищ розповсюдженої флегмони або остеомієліту, спостерігається загальне нездужання, підсилюється головний біль, з'являються

нудота й блювання (латентна стадія). Ці симптоми можуть спостерігатися досить тривалий час. Прорив гною з ділянки мозку під оболонки мозку або в мозкові шлуночки проявляється різким погіршенням стану хворого, неадекватним поведінням і розвитком токсично-інфекційного синдрому (термінальна стадія).

Діагноз досить складний. Клінічні дані, лабораторні показники септичного гнійного захворювання (лейкоцитоз до $20 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ до 40–60 мм/год), обстеження офтальмологом, невропатологом, дані комп'ютерної томографії допомагають у діагностиці захворювання й установленні його стадії.

Лікування комплексне й залежить від стадії захворювання. Інтенсивну інфузійну терапію із включенням антибактеріальних, десенсибілізуючих, дезінтоксикаційних, дегідратційних, антикоагуляційних лікарських препаратів сполучають із реанімаційними заходами. Застосовують гемосорбцію, плазмаферез, лімфосорбцію, підключення донорської селезінки. У динаміці контролюють лабораторні показники крові, сечі, імунітету, згортальної системи, метаболічного обміну, показники систем життєзабезпечення й відповідно коригують.

Прогноз при розповсюджених флегмонах обличчя, фурункулах, карбункулах, ускладнених тромбозом печеристого синуса твердої мозкової оболонки, дуже серйозний для життя хворих.

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ПРИ АБСЦЕСАХ, ФЛЕГМОНАХ ОБЛИЧЧЯ, ШІЇ ТА ЇХНІХ УСКЛАДНЕННЯХ

Хірургічний метод лікування при абсцесах і флегмонах є основним. Необхідно провести первинну хірургічну обробку гнійного вогнища.

Лікування хворих з абсцесами, як правило, проводять амбулаторно. При локалізації гнійного процесу в жувальному м'язі, крило-нижньощелепному просторі, підскроневій ямці, скроневій ділянці хворих із супутніми захворюваннями старшої вікової групи лікують в умовах стаціонару.

При хірургічному лікуванні слід враховувати стадію клінічного розвитку запального процесу, продовження патологічних змін та їхній характер, індивідуальні особливості організму, а також особливості мікробної флори та її чутливість до антибактеріальних препаратів.

Особлива увага потрібна при хірургічному лікуванні розповсюджених флегмон, особливо гнійно-некротичних, коли первинна обробка гнійних вогнищ доповнюється активною, нерідко кількаразовою некротомією.

Вибір методу знеболювання залежить від характеру запального процесу (абсцес, флегмона, розповсюджена флегмона), функціонального стану організму й умов проведення операції. Оперативне втручання при абсцесах, флегмоні в межах однієї анатомічної ділянки проводять під місцевим знеболюванням після відповідної медикаментозної підготовки.

Навколощелепні флегмони в 2–3 ділянках і більше розкривають частіше під наркозом або під комбінованою загальною анестезією з використанням седуксену, кетаміну, сомбрівіну. Обов'язкова короткочасна передопераційна підготовка, спрямована на дезінтоксикацію.

При проведенні загального знеболювання велике значення має локалізація гнійного вогнища. Запальний процес у ділянці дна порожнини рота, кореня язика, навкологлоткового простору, а також залучення в запальний процес жувальних м'язів обмежують застосування наркозу.

У пацієнтів із супутніми захворюваннями доцільно провести корекцію функції органів, систем організму й використати сполучення місцевої анестезії із загальною (закисом азоту або пентраном). Загальні анестетики застосовують у субнаркоотичних концентраціях.

Тканини розсікають, керуючись анатомічними особливостями тієї ділянки, де робиться втручання, і естетичними правилами: розрізи на обличчя через шкіру роблять відповідно до ходу гілок лицьового нерва; доцільно проводити розрізи уздовж природних шкірних складок, під краєм тіла нижньої щелепи. Необхідно знати розташування кожного шару тканин, що підлягають розсіченню, особливо при оперативному розкритті глибоко розташованих гнійних вогнищ.

Для достатнього відтоку ексудату й запобігання злипанню країв рани дренують гумовими, поліхлорвініловими трубками різного діаметра з перфорованими отворами й загостреними кінцями або смужками гуми.

Доцільне застосування вологих пов'язок із гіпертонічним (10 %) розчином хлориду натрію, а також розчинів слабких антисептиків, промивання рани стафілококовим або стрептококовим бактеріофагом або їхнім сполученням, стафілоковою плазмою, ферментами, особливо протеолітичними препаратами пролонгованої дії, сорбентами або введення їх у рану.

Класичну схему оперативного лікування – первинної обробки гнійної рани – доповнюють методи активного дренивання, різні методи місцевого діалізу, відсмоктування ексудату.

Активний місцевий діаліз (безперервний або фракційний) гнійної рани проводять із урахуванням фаз запалення й при відповідному впливі лікарських препаратів на рановий процес, що дозволяє регулювати його перебіг.

У I фазі – запалення – проводиться механічна, фізико-хімічна й хіміко-біологічна антисептика, у II фазі – проліферації й регенерації – хіміко-біологічна й біохімічна санація рани; у III фазі – реорганізації й формування рубця – лікувальні заходи спрямовані на стимуляцію репаративної регенерації в рані.

Програму комплексної терапії рекомендується складати залежно від типу запальної реакції, розповсюдження гнійного процесу, стану захисних реакцій організму.

Видалення зуба, пов'язане в деяких випадках (при флегмоні) із труднощами, легко виконати через кілька днів після розкриття навколощелепного гнійного вогнища.

При загальній патогенетичній терапії флегмон й абсцесів потрібно передбачати: 1) боротьбу з інфекцією; 2) підвищення імунобіологічних властивостей організму, загальнозміцнюючий вплив на організм; 3) корекцію функцій органів і систем.

Побудова схем лікування абсцесів і флегмон повинна ґрунтуватися на функціональному стані організму й на характері запальної реакції – нормоергічній, гіперергічній, гіпоергічній, місцевих особливостях і локалізації запального вогнища або вогнищ. Особлива увага приділяється корекції протиінфекційних захисних реакцій у пацієнтів із первинними або вторинними імунodefіцитними захворюваннями й станами.

При абсцесах з нормоергічною запальною реакцією застосовують антибіотики, сульфаніламід, нітрофуран, десенсибілізуючі й загальзміцнюючі засоби.

Лікування абсцесів із гіперергічною запальною реакцією починають зі стимулюючої, загальзміцнюючої, активної імунотерапії.

Загальні принципи лікування флегмон такі ж, як при гострому остеомієліті щелепи.

При нормоергічному перебігу навколощелепних флегмон у межах одного–двох клітковинних просторів потрібні антибактеріальна, десенсибілізуюча, загальнозміцнююча й симптоматична терапія, індивідуальне закріплення ефекту лікування імунними препаратами.

При гіперергічному перебігу флегмон у межах одного–двох клітковинних просторів лікування починають із загальнозміцнюючої, десенсибілізуючої терапії, і на завершальному етапі проводять антибіотикотерапію (з урахуванням виділених мікробних збудників й їхньої чутливості).

Дослідження мікробної флори проводять кожні 3–4 доби. Курс лікування антибактеріальними препаратами не менше 6–8 дб.

При лікуванні розповсюджених флегмон згідно з антибіотикограмою проводять зміну антибіотика, використовуючи азлоцилін, левоміцетин, гентаміцин, неоміцин, кліндаміцин, лінкоміцин або препарати резерву – фосфоміцин, цефалоспорино, рифампіцин, ристоміцин, флориміцин, ванкоміцин, бруломіцин. Препарати вводять внутрішньом'язово, внутрішньовенно або внутрішньоартеріально. Застосовують також препарат метронідазол – 0,5 % розчин метрагілу або орнідол.

Залежно від подальшого перебігу гнійного запального захворювання й ефекту антибактеріальної терапії проводять її корекцію, з огляду на: а) динаміку загальної й місцевої симптоматики процесу; б) дані повторних мікробіологічних досліджень, у тому числі зміни резистентної і лікарської стійкості мікробних збудників; в) появу нових видів збудника або «лікарняної інфекції».

Одночасно, як уже вказувалося, призначають загальзмцнюючу, ферментну терапію, біологічно активні препарати.

Ефективні за показаннями гемосорбція, плазмаферез, лімфосорбція.

У комплексному лікуванні використовують фізичні методи. У початкових стадіях розвитку запальних явищ призначають УФО, УВЧ, випромінювання гелій-неонового лазера.

Після розкриття гнійних вогнищ, частіше після припинення гноетечі з рани, застосовують УФО, УВЧ, ультразвук, флюктуоризацію, електрофорез антибіотиків, ферментів, випромінювання гелій-неонового лазера. Фізичні методи впливу в післяопераційному періоді сполучають із загальним кварцовим опроміненням і гіпербаротерапією від 5 до 10 сеансів.

При зворотному розвитку запального процесу, особливо при локалізації гнійних вогнищ в ділянці м'язів, призначають лікувальну фізкультуру, що поліпшує кровопостачання тканин, сприяє відновленню функцій і таким чином, ліквідації процесу.

Хворі повинні одержувати повноцінне харчування. При утрудненому відкриванні рота й болісному ковтанні їжу слід подрібнювати до кашоподібного стану; для введення їжі через поїльник її розводять бульйоном або молоком. Хворий повинен одержувати достатню кількість вітамінів, особливо С і групи В.

Достатнє хірургічне втручання, гарний відтік ексудату з інфекційно-запальних вогнищ, цілеспрямований місцевий лікарський вплив створюють умови для очищення рани або ран. У випадку припинення гноетечі й очищення рани від некротичних тканин на 3–5-у добу при абсцесах або на 5–6-у добу при флегмонах однієї–двох ділянок обличчя накладають первинно-відсрочені шви; у строки від 7–8-го до 10–14-го дня – вторинні шви при розповсюджених флегмонах лица й шиї. У більш пізній термін вторинні шви накладають у хворих із супутніми захворюваннями, у старшої вікової групи – при розвитку ускладнень навколощелепних флегмон (прогресування інфекції, що сходить або сходить її поширення, вторинний кортикальний остеомієліт).

Прогноз. При своєчасному й правильному лікуванні флегмон щелепно-лицьової ділянки й шиї прогноз в основному сприятливий. Розвиток ускладнень – медіастеніту, внутрішньочерепних гнійних процесів, сепсису – веде до тривалої непрацездатності, інвалідності й нерідко до летального результату.

ЛІМФАНГІТ, ЛІМФАДЕНІТ, АДЕНОФЛЕГМОНА ЛИЦЯ Й ШИЇ

Лімфангіт – запалення лімфатичних судин, лімфаденіт – запалення лімфатичного вузла, аденофлегмона – гнійне запалення лімфатичного вузла й прилеглої до нього клітковини.

Мікробними агентами лімфангіту, гострого лімфаденіту є патогенні стафілококи, рідше – стрептококи і їхні асоціації. Поряд із цими збудниками виявляють анаеробні мікроби.

Джерелом інфекції при лімфангіті й лімфаденіті щелепно-лицьової ділянки може бути одонтогенна інфекція: гострий періодонтит або загострення хронічного періодонтита, нагноєння кореневої кісти, утруднене прорізування нижнього зуба мудрості, альвеоліт. Крім того, гострий лімфаденіт ускладнює перебіг гострого гнійного періоститу щелепи, одонтогенного остеомієліту щелепи, навколощелепних абсцесів і флегмон, одонтогенного гаймориту.

Лімфаденіти щелепно-лицьової ділянки можуть також розвиватися внаслідок поширення інфекції при запальних захворюваннях й ушкодженнях слизової оболонки рота, з мигдалин, тканин зовнішнього, середнього й внутрішнього вуха. Рідше ураження лімфатичних вузлів щелепно-лицьової ділянки може бути пов'язане із захворюваннями й ушкодженнями шкірних покривів лица й голови.

Клінічна картина. Виходячи з особливостей клінічної й патолого-анатомічної картини захворювань лімфатичної системи, виділяють гострий і хронічний лімфангіт, гострий серозний, гострий гнійний лімфаденіт, аденофлегмону й хронічний лімфаденіт.

Лімфангіт може бути гострим і хронічним. Уражаються поверхневі (сітчастий, або ретикулярний, лімфангіт) і стовбурові (тункулярний, або стовбуровий, лімфангіт) лімфатичні судини.

Гострий сітчастий, або ретикулярний, лімфангіт характеризується запаленням дрібних поверхневих лімфатичних судин, розвивається на лиці у вигляді смуг. Нерідко ретикулярний лімфангіт виникає навколо рани, фурункула або карбункула та ін. З'являються гіперемія, набряк, поверхнева інфільтрація у вигляді смуг, що йдуть до регіонарних лімфатичних вузлів. Останні збільшені, слабоболісні, при пальпації м'які. Залежно від захворювання, що стало джерелом інфекції, можуть з'являтися різні симптоми інтоксикації: підвищення температури тіла, озноб, головний біль, порушення сну й апетиту та ін.

Гострий тункулярний, або стовбуровий, лімфангіт відрізняється появою на шкірі, частіше піднижньощелепного трикутника, на шії однієї-двох червоних смуг, які йдуть від вогнища інфекції до відповідних регіонарних лімфатичних вузлів. Пальпаторно визначається болісна інфільтрація уздовж судини, що переходить на сусідні тканини – підшкірну клітковину, шкіру. Лімфатичний вузол збільшений, болісний, нерідко відзначаються явища перилімфаденіту.

Гострий лімфангіт може перейти у **хронічний**. Він частіше виникає в ослаблених хворих, особливо старшої вікової групи, а також при нераціональному лікуванні. Клінічно захворювання проявляється у вигляді щільної

безболісної поверхневої інфільтрації. Шкіра над нею спаяна, але в центрі може бути не змінена або має буро-синій колір. При глибокій пальпації визначається тяжистість інфільтрату.

Діагноз. Клінічний діагноз підтверджують цитологічним дослідженням пунктата.

Лімфангіт слід диференціювати від бешихи, флебіту, тромбофлебіту вен лица. При бешиховому запаленні на багатьох ділянках лица шкіра червона, інфільтрована. Флебіт і тромбофлебіт мають вигляд тяжа уздовж вени, шкіра над ним довго не змінюється. При цих захворюваннях більш виражені загальні симптоми інтоксикації.

Лімфаденіт може протікати в гострій і хронічній формі.

Гострий серозний лімфаденіт характеризується появою болісності й припухання, іноді значного, лімфатичного вузла або декількох вузлів. Загальний стан задовільний.

При ліквідації або стиханні патологічного процесу, що є джерелом інфекції в лімфатичному вузлі, останній зменшується, стає м'якше, зникає його болісність.

Гострий гнійний лімфаденіт виникає в результаті переходу серозного процесу в гнійний або загострення хронічного. Захворювання характеризується появою болю в ураженому лімфатичному вузлі, іноді значного. Загальне самопочуття погіршується, температура тіла підвищується до 37,5–38 °С. При дослідженні визначається припухлість тканин відповідно до ураженого лімфатичного вузла. Пальпаторно відзначається болісний, обмежений, округлої форми інфільтрат; шкіра над ним гіперемована, набрякла, поступово спаюється з лімфатичним вузлом. Внаслідок локалізації запального процесу в заглиблених, привушних лімфатичних вузлах ковтання болісне, відкривання рота обмежене. У деяких хворих абсцедування відбувається повільно й поступово, іноді протягом 1–2 тиж, не супроводжуючись вираженими загальними й місцевими змінами. Наростання запальних явищ приводить до вираженого періаденіту. Інфільтрат збільшується в розмірі, шкіра спаюється на більшій довжині з прилеглими тканинами, стає багряною, у центрі відзначається вогнище розм'якшення (гнійний обмежений періаденіт).

Діагноз. Анамнез і клінічна картина захворювання є підставою для діагностики. Може бути проведене цитологічне дослідження пунктата (можливе одержання при пункції серозного або гнійного ексудату, а також клітин лімфатичного вузла).

Гострий гнійний лімфаденіт і гнійний обмежений періаденіт диференціюють від специфічних захворювань лімфатичних вузлів, головним чином від актиномікозу. Для актиномікозу лімфатичних вузлів характерний більш повільний і млявий перебіг захворювання. Допомагає встановленню діагнозу дослідження гною.

Аденофлегмона. Іноді відбувається розплавлювання капсули лімфатичного вузла й гній проникає в навколишню клітковину. Виникає розлите гнійне запалення лімфатичного вузла й навколишньої клітковини – аденофлегмона.

Хворі скаржаться на мимовільні, іноді інтенсивні болі в ураженій ділянці, погіршення загального самопочуття. З анамнезу можна виявити наявність характерних для серозного, гнійного або хронічного лімфаденіту симптомів – поява болючої "кульки" або "горошини", що поступово збільшуються. Аденофлегмона відрізняється різким наростанням запальних ознак: порушується загальне самопочуття, температура тіла підвищується до 38–38,5 °С і більше, з'являється озноб та інші симптоми інтоксикації. У деяких хворих аденофлегмони розвиваються повільно, температура тіла не перевищує 37,5–38 °С.

Клінічна картина аденофлегмон часто характеризується нормергічною або гіпергічною запальною реакцією, у деяких хворих спостерігається бурхливий перебіг гнійного захворювання з поширенням процесу на сусідні ділянки (гіперергічна запальна реакція). Останнє відзначається частіше при локалізації процесу у верхньобочкових відділах шиї.

Місцева картина аденофлегмони залежить від її локалізації й відповідає місцевим клінічним симптомам флегмон піднижньощелепного, підборідного трикутників, областей шиї й ін.

При аденофлегмоні спостерігаються збільшення кількості лейкоцитів (до $12-15 \times 10^9/\text{л}$), нейтрофільних лейкоцитів, ШОЕ – до 35–40 мм/ч. Залежно від типу запальної реакції при аденофлегмонах можливі зміни крові, аналогічні описаним при флегмонах.

Діагноз ставлять на підставі клінічної картини й лабораторних показників. Проведення пункції й цитологічне дослідження пунктату допомагають підтвердити діагноз.

Аденофлегмону слід диференціювати від актиномікозу й туберкульозу. Останні розвиваються повільніше, більш в'яло, загальні й місцеві симптоми виражені не так яскраво, як при аденофлегмоні. При розкритті гнійних вогнищ при актиномікозі відокремлюване крихкоподібної консистенції, при туберкульозі – у вигляді сиркоподібного розпаду.

Хронічний лімфаденіт є результатом гострого процесу в лімфатичному вузлі. Бувають випадки хронічного лімфаденіту з невираженою гострою стадією. Багато авторів пов'язують це з особливостями мікрофлори, її слабкою вірулентністю. Клінічно розрізняють хронічний гіперпластичний і хронічний загострений (гнійний) лімфаденіт. Захворювання розвивається повільно, іноді протягом 1–2 міс і більше. Спершу з'являється болісна "кулька" або "горошина", яка поступово збільшується й ущільнюється. Пальпаторно визначається лімфатичний вузол округлої або овальної форми, із чіткими контурами, рухливий і не спаяний із прилеглими тканинами.

Хворі скаржаться на наявність якогось утворення, іноді слабкість, нездужання. При хронічному гіперпластичному лімфаденіті загальний стан задовільний. Лише в деяких хворих спостерігаються підвищення температури тіла до 37–37,5 С, особливо ввечері, порушення загального самопочуття.

Іноді при хронічному запаленні лімфатичного вузла відбувається значне розростання в ньому грануляційної тканини, що заміщає лімфоїдну тканину, поширюється за межі вузла й проростає до шкіри, стоншуючи її. При прориві стоншеної ділянки утворюється нориця з вибуханням грануляцій. Хронічний гіперпластичний лімфаденіт може загострюватися. У таких випадках клінічні симптоми відповідають гострому гнійному лімфаденіту.

При більшій тривалості захворювання спостерігаються зменшення кількості лейкоцитів ($4-5 \times 10^9/\text{л}$), незначне збільшення кількості лімфоцитів і моноцитів, збільшення ШОЕ до 25–30 мм/год. Частіше змін у крові немає.

Діагноз. Підставою для постановки діагнозу є клінічна картина, лабораторні дані й показники цитологічного дослідження пунктату.

Хронічний гіперпластичний лімфаденіт слід диференціювати від вроджених кіст і норичь лица й шиї, пухлин.

Лікування. При гострому лімфаденіті, насамперед, необхідно відповідне втручання в ділянці одонтогенного джерела інфекції (видалення зуба або розкриття верхівкового отвору при періодонтиті, обробка зубної альвеоли вилученого зуба при альвеоліті та ін.), щоб запобігти подальшому надходженню мікроорганізмів у лімфатичні вузли.

Тільки при серозному лімфангіті й лімфаденіті лікування може бути консервативним. Показано фізіотерапевтичні процедури. Гарний лікувальний ефект дають зігріваючі пов'язки з маззю і йодидом калію, а також пов'язка за Дубровіним. Гарні результати відзначаються при пункції вузла під інфільтраційною анестезією, із тримекаїновою, новокаїновою або лідокаїновою блокадою, коли тканини, що оточують запальне вогнище, інфільтровані розчином анестетика, іноді з додаванням антибіотика, розчина антисептика, ферментів.

При гострому гнійному лімфангіті, гнійному або хронічному із загостренням проводять хірургічне лікування – первинну хірургічну обробку гнійної рани: розріз відповідно до локалізації процесу (розкриття гнійника), вишкрібання некротизованих тканин, медикаментозний вплив на вогнище запалення.

Схема комплексного лікування залежить від стану реактивності організму й місцевих симптомів гострого або загострення хронічного лімфаденіту. Призначають загальзміцнююче, стимулююче, десенсибілізуюче лікування, імунотерапію. Ослабленим хворим, особам старшої вікової групи призначають курс лікування антибіотиками й сульфаніламидами. Роблять перев'язки, дрениують рану, проводять місцеве її лікування із застосуванням препаратів фуранового ряду, ферментів, антистафілококкової плазми та ін., накладають мазеві пов'язки.

Лікування аденофлегмони проводять за тією ж схемою, що й флегмони.

Терапію хронічного лімфаденіту починають із ліквідації одонтогенного джерела інфекції. Для прискорення розсмоктування збільшеного лімфатичного вузла доцільно чергувати блокади тримекаїном або лідокаїном із фурациліном, ферментами з накладенням мазевих пов'язок. Фізіотерапевтичні процедури (електрофорез йодиду калію, ферментів, димексиду) призначають після пункції й цитологічного підтвердження діагнозу лімфаденіту. У випадках тривалого перебігу хронічного лімфаденіту, значного розвитку грануляцій у вогнищі, проростання їх у шкіру з утворенням нориці проводять висічення лімфатичного вузла разом з норицею (некротомія), і тканини ушивають пошарово.

Ускладнення спостерігаються при аденофлегмонах, головним чином шиї, коли розвивається розповсюджений запальний процес.

Прогноз при запаленні лімфатичних вузлів сприятливий. Тільки при локалізації аденофлегмони на шиї існує небезпека поширення інфекції на клітковину в оточенні судинно-нервового пучка з наступним переходом запального процесу на середостіння.

Профілактика полягає в санатії порожнини рота, ЛОР-органів, а також у підвищенні протиінфекційної резистентності організму.

Сепсис. Прогресування гнійно-некротичного запального процесу лица й шиї, поява ускладнень – медіастеніту, тромбозу печеристого синуса твердої мозкової оболонки, менінгіту, менінгоенцефаліту можуть вести до генералізації інфекції й розвитку сепсису. Сепсис як ускладнення одонтогенної інфекції розвивається в термінальній фазі розповсюджених флегмон, при дифузних остеомиєлітах щелеп, тромбозі вен лица й печеристого синуса твердої мозкової оболонки.

Виділяють наступні стадії сепсису: гнійно-резорбтивну лихоманку, початкову стадію сепсису, септицемію, септикопемію й хронічний сепсис (А.Г. Шаргородский).

Погіршення загального стану, виявлення в крові мікробної флори, незважаючи на проведене лікування, свідчать про початкову фазу сепсису. Стан хворого важкий або вкрай важкий, він збуджений, ейфоричний або свідомість його затьмарена. Температура висока – 39–40 °С. Шкірні покриви бліді, холодні, із землистим відтінком, покриті липким потом, іноді мають жовтяничний колір, з'являються петехії, еритеми, підшкірні крововиливи на місці колишніх ін'єкцій.

Діагноз ґрунтується на клінічній картині, лабораторних даних (нерідко повторних).

Лікування. Велике значення мають правильне хірургічне лікування й патогенетично обумовлена терапія. Загальне лікування визначається стадією захворювання – реактивною, токсичною, термінальною. Проводять інтенсивну терапію, реанімаційні заходи, за показанням – гемоілімфосорбцію, плазмаферез.

Прогноз серйозний. У 50 % випадків настає смерть.

Література

1. Андреищев А.Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами (патогенез, клиника, диагностика, лечение): дис. ... канд. мед. наук / А.Р. Андреищев. – СПб, 2005. – 274 с.
2. Бажанов Н.Н. Стоматология / Н.Н. Бажанов. – М. : Медицина, 2002. – 250 с.
3. Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Ю.И. Бернадский. – Минск, 1998.
4. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії та хірургічної стоматології / Ю.Й. Бернадський. – К. : Спалах, 2003. – 512 с.
5. Вагнер В.Д. Пособие по стоматологии / В.Д. Вагнер – М., Н. Новгород : Мед. книга ; НГМУ, 2000. – 264 с.
6. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) / под ред. А.Г. Шаргородского. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 528 с.
7. Коэн Д. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия / Д. Коэн. – 2002. – Вып. 4 (4). – С. 300–313.
8. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области / И.Н. Муковоз. – М. : МЕД пресс, 2002. – 224 с.
9. Рузин Г.П. Основы технологии хирургических операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Г.П. Рузин, М.П. Бурых. – Харьков, 2000.
10. Рузін Г.П. Хірургічна стоматологія в схемах і таблицях : навч. посібник для студентів та лікарів-інтернів / Г.П. Рузін, А.А. Дмитрієва, О.Ю. Стоян. – Харків : Крокус, 2006. – 116 с.
11. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / под ред. В.М. Безрукова. – М., 2000. – Т. 1.
12. Самсыгина Г.А. Сепсис. Неонатология : национальное руководство / Г.А. Самсыгина, Н.П. Шабалов, М.В. Дегтярева ; под ред. Н.Н. Володина. – М. : Геотар-Медиа, 2007. – С. 673–87.
13. Тимофеев А.А. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / А.А. Тимофеев. – К., 2002.
14. Хирургическая стоматология: учебник / под ред. Т.Г. Рубustовой. – М. : Медицина, 1999. – 576 с.
15. Laskaris, Pocket Atlas of Oral Diseases. All rights reserved. Usage subject to terms and conditions of license. – 2nd revised and enlarged edition. – 2006. – 384 с.
16. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock / E. Rivers, B. Nguyen, S. Havstad et al. – N. Engl. J. Med. 2001. – Vol. 345. – P. 1368–77.

Тестові завдання

1. Причиною розвитку періоститу є:
 - A. Забиття м'яких тканин обличчя.
 - B. Фіброма альвеолярного відростка.
 - C. Загострення хронічного гаймориту.
 - D. Загострення хронічного періодонтиту.
 - E. Перелом виросткового відростка нижньої щелепи.
2. Одонтогенною причиною розвитку абсцесу навколوجلоткового простору є:
 - A. Гострий тонзиліт.
 - B. Лімфаденіт щічної ділянки.
 - C. Лімфаденіт привушної ділянки.
 - D. Гострий періодонтит молярів верхньої й нижньої щелепи.
 - E. Гострий періодонтит різців верхньої й нижньої щелепи.
3. Типовою клінічною ознакою абсцесу навколوجلоткового простору є:
 - A. Асиметрія обличчя.
 - B. Утруднення дихання.
 - C. Утруднене відкриття рота.
 - D. Вибухання під'язичних валиків.
 - E. Набряк і гіперемія щічних ділянок.
4. Виражене утруднення відкриття рота з'являється при флегмоні:
 - A. Вилічного.
 - B. Підщелепного.
 - C. Піддочномкового.
 - D. Щічної ділянки.
 - E. Крило-щелепного простору.
5. Аденофлегмони розвиваються через:
 - A. Абсцедування фурункула.
 - B. Періапикальне запалення.
 - C. Паренхіматозний сіалоаденіт.
 - D. Поширення запального процесу з інших ділянок.
 - E. Поширення запального процесу за межі лімфатичного вузла.
6. Серйозним ускладненням флегмон верхніх відділів обличчя є:
 - A. Паротит.
 - B. Медіастеніт.
 - C. Парез лицьового нерва.
 - D. Гематома м'яких тканин.
 - E. Тромбоз синусів головного мозку.
7. Серйозним ускладненням флегмон нижніх відділів обличчя є:
 - A. Паротит.
 - B. Медіастеніт.
 - C. Парез лицьового нерва.
 - D. Гематома м'яких тканин.
 - E. Тромбоз синусів головного мозку.

8. Причиною для розвитку флегмони дна порожнини рота є запальний процес у ділянці:
- Верхньої губи.*
 - Зубів нижньої щелепи.*
 - Зубів верхньої щелепи.*
 - Лімфовузлів щічної ділянки.*
 - Лімфовузлів привушної ділянки.*
9. У день звернення щодо флегмони дна порожнини рота необхідно:
- Розкрити гнійне вогнище.*
 - Почати рефлексотерапію.*
 - Зробити новокаїнову блокаду.*
 - Призначити фізіотерапевтичне лікування.*
 - .*
10. Для розкриття флегмони навколоушно-жувальної ділянки використується доступ:
- Зовнішній.*
 - Внутрішньоротовий.*
 - .*
 - .*
 - .*
11. Збудниками при флегмоні навколоушно-жувальної ділянки найчастіше є:
- Анаероби.*
 - Стафілококи.*
 - Променисті гриби.*
 - Бліді спірохети.*
 - Туберкульозні мікобактерії.*
12. Місцевими ознаками гострого одонтогенного остеомієліту щелепи є:
- Рухливість всіх зубів щелепи.*
 - Запальний інфільтрат без чітких меж, позитивний симптом навантаження.*
 - Муфтоподібний, без чітких меж інфільтрат, рухливість зубів.*
 - Запальний інфільтрат із чіткими межами, негативний симптом навантаження.*
 - .*
13. Для лікування гострого одонтогенного остеомієліту щелепи використовують препарати, що володіють остеотропною дією:
- Канаміцин.*
 - Ампіцилін.*
 - Лінкоміцин.*
 - Пеніцилін.*
 - Еритроміцин.*
14. Для стимуляції реактивності організму при лікуванні гострого одонтогенного остеомієліту щелепи використовують:
- Фузидин.*
 - Корглікон.*
 - Левоміколь.*
 - Метилурацил.*
 - Еритроміцин.*

Еталони відповідей: 1 – D; 2 – D; 3 – B; 4 – E; 5 – E; 6 – E; 7 – B; 8 – B; 9 – A; 10 – A; 11 – A; 12 – C; 13 – C; 14 – D.

Ліцензійні тестові завдання

1. Дитина 7 років скаржиться на біль у зубі на верхній щелепі зліва, підвищення температури до 37,8 °С. Хворіє 2 доби. Об'єктивно: асиметрія обличчя через припухлість лівої щоки. Коронка 65 зуба зруйнована на 1/2, перкусія різко позитивна. Гіперемія і набряк слизової оболонки в ділянці 64, 65, 26 зубів, із вестибулярної сторони флуктуація. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Загострення хронічного періодонтиту зуба.
- B. Одонтогенний гайморит.
- C. Одонтогенна кіста верхньої щелепи.
- D. Гострий одонтогенний остеомієліт верхньої щелепи.
- E. Гострий одонтогенний періостит верхньої щелепи.

2. У хворого 25 років клінічно, рентгенологічно діагностований гострий неспецифічний артрит правого скронево-нижньощелепного суглоба. Назвіть найбільш часту причину захворювання:

- A. Флегмона привушної жувальної ділянки.
- B. Остеомієліт верхньої щелепи.
- C. Гостра травма.
- D. Гайморит.
- E. Сепсис.

3. Хворий 22 років звернувся з приводу утрудненого прорізування 48 зуба, зі скаргами на біль у ділянці 48 зуба, обмежене відкриття рота. Об'єктивно: рот відкриває до 2,5 см. Коронка 48 зуба прорізлася медіальними буграми, вкрита слизовою оболонкою, набрякла, гіперемована, з-під неї виділяється гній. Яку лікувальну тактику слід обрати?

- A. Медикаментозна терапія.
- B. Висічення каптура.
- C. Видалення 48 зуба.
- D. Фізіотерапевтичне лікування.
- E. Розсічення каптура.

4. На 5-й день після екстракції зуба хворого доставили до клініки хірургічної стоматології, де було розкрито гнійний абсцес. Через 4 дні у нього підвищилася висока температура, а при посіві крові був виділений патогенний стафілокок. Як називається така форма розповсюдження мікробів в організмі?

- A. Токсинемія.
- B. Септицемія.
- C. Антигенемія.
- D. Вірусемія.
- E. Паразитемія.

5. Хворий 29 років звернувся зі скаргами на біль у ділянці 48 зуба, що прорізався неповністю, утруднене відкриття рота і ковтання. За даними анамнезу протягом місяця хворого двічі непокоїли гострі тривалі напади болю в ділянці 48 зуба. Який попередній діагноз?

- A. Дистопія 48 зуба.
- B. –
- C. Перикоронарит 48 зуба, ретромолярний періостит.
- D. Абсцес.
- E. Загострення хронічного періодонтиту 48 зуба.

6. Після видалення 38 зуба, проведеного під мандибулярною анестезією, у хворого з'явилося обмеження відкривання рота; через 3 доби – біль під час ковтання. Об'єктивно: обличчя симетричне. У порожнині рота – вибухання крило-щелепної складки зліва, пальпація її болісна, комірка 38 без ознак запалення. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Абсцес щелепно-язикового жолобка зліва.

B. Паратонзиллярний абсцес.

C. Одонтогенна флегмона крило-щелепного простору зліва.

D. Післяін'єкційний абсцес крило-щелепного простору зліва.

E. Флегмона навколوجلоткового простору зліва.

7. Хворий 49 років звернувся до стоматолога зі скаргами на наявність болісної припухлості у порожнині рота. Об'єктивно: обличчя асиметричне. На слизовій оболонці щоки зліва болісний обмежений інфільтрат, спаяний із підлеглими тканинами, з наявністю норицевого ходу. З нориці виділяється серозно-гнійна рідина з крихкоподібними дрібними включеннями. Визначте діагноз.

A. Туберкульозний вовчак.

D. Шанкриформна піодермія.

B. Актиномікоз.

E. Твердий шанкр.

C. Піогенна гранульома.

8. Батьки 4,5-річної дитини відзначають, що невдовзі після прорізування зубів емаль почала сколюватись. Об'єктивно: коронкова частина всіх тимчасових зубів стерта більше ніж наполовину. Емаль практично відсутня, зуби мають водянисто-сірий колір, гладку поверхню. Яке додаткове дослідження необхідне?

A. Фарбування метиленовим синім.

B. Рентгенографія.

C. Електроодонтометрія.

D. Транслюмінаційне.

E. Фарбування йодовмісними розчинами.

9. На прийом звернувся пацієнт 25 років зі скаргами на деформацію та почервоніння крила носа, верхньої губи та щоки. Об'єктивно: набряк та гіперемія шкірних покривів у цих ділянках, визначається щілина в ділянці лівого крила носа. Шкірні покриви напружені, щільні, багряно-синюшого кольору, малюнок згладжений. Ділянки ураження мають межі неправильної форми. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Туберкульоз шкіри.

C. Червоний вовчак.

E. Бешиха.

B. Флебіт лицевої вени.

D. Актиномікоз шкіри.

10. Чоловік 54 років через 5 днів після видалення 27 зуба скаржить на біль та утруднене відкривання рота, температура – 38 °С. Об'єктивно: загальний стан важкий, незначна асиметрія обличчя через набряк скроневої ділянки в нижньому відділі. Контрактура III ступеня. З боку порожнини

рота – набряк слизової оболонки по перехідній складці зліва в ділянці молярів верхньої щелепи. Пальпація за горбом верхньої щелепи різко болісна. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Флегмона лівої підщелепної ділянки.*
- B. Флегмона лівої скроневої ділянки.*
- C. Гострий гнійний періостит верхньої щелепи зліва.*
- D. Одонтогенна флегмона лівої підскроневої ділянки.*
- E. Флегмона лівої навколоушно-жувальної поверхні.*

11. У хворого 45 років гострий біль, загальна слабкість, температура – 39 °С. Об'єктивно: асиметрія обличчя, обкладений язик, неприємний запах із рота, тяжке ковтання. Рухомість 34, 35, 36, 37 зубів, рухомість їх наростає, 36 змінений у кольорі, коронка зруйнована. Ясна почервонілі, набрякли з обох боків альвеолярного відростка, тризм, симптом Венсана, регіонарні лімфовузли збільшені, болісні. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гостра респіраторна вірусна інфекція.*
- B. Флегмона підщелепного трикутника.*
- C. Хронічний остеомієліт нижньої щелепи.*
- D. Травматичний остеомієліт нижньої щелепи.*
- E. Гострий остеомієліт нижньої щелепи.*

12. Дитина 15 років, що хворіє на анемію, скаржиться на болісну припухлість у лівій піднижньощелепній ділянці, яка з'явилася після переохолодження. Об'єктивно: визначається асиметрія обличчя внаслідок припухлості тканин лівої піднижньощелепної ділянки, шкіра слабо гіперемована. Під час пальпації визначається болісне утворення розміром 3×5 см, спаяне зі шкірою та навколишніми тканинами. Яке лікування необхідне хворому на другий день після розтину абсцесу?

- A. Промивання рани антисептиками, антигістамінні препарати.*
- B. Промивання рани антисептиками, фізіолікування.*
- C. Промивання рани антисептиками, знеболюючі.*
- D. Промивання рани антисептиками, антибіотикотерапія.*
- E. Медикаментозна терапія, промивання рани розчинами антисептиків, загальне УФО.*

13. Хвора 22 років після видалення зуба 4 дні тому скаржиться на біль у щелепі, гіпертермію до 38,4 °С, нездужання, неприємний запах з рота. Відзначається невелика асиметрія обличчя, слизова навколо комірки видаленого зуба гіперемована, набрякла, болісна. Післяопераційна рана заповнена некротичними масами сірого кольору з неприємним запахом. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Остеомієліт.*
- B. Альвеоліт.*
- C. Перелом щелепи.*
- D. Періостит.*
- E. Гінгівіт.*

14. Хворий 12 років після перенесеного сильного переохолодження звернувся до хірурга-стоматолога зі скаргами на наявність болісного інфільтрату в правій щічній ділянці, слабкість, відсутність апетиту, підвищення температури до 37,8 °С, головний біль. Об'єктивно: обличчя асиметричне через набряк м'яких тканин правої щічної ділянки; у центрі запального інфільтрату – некротично змінені тканини, шкіра навколо гіперемована, болісна. Який найбільш імовірний діагноз?

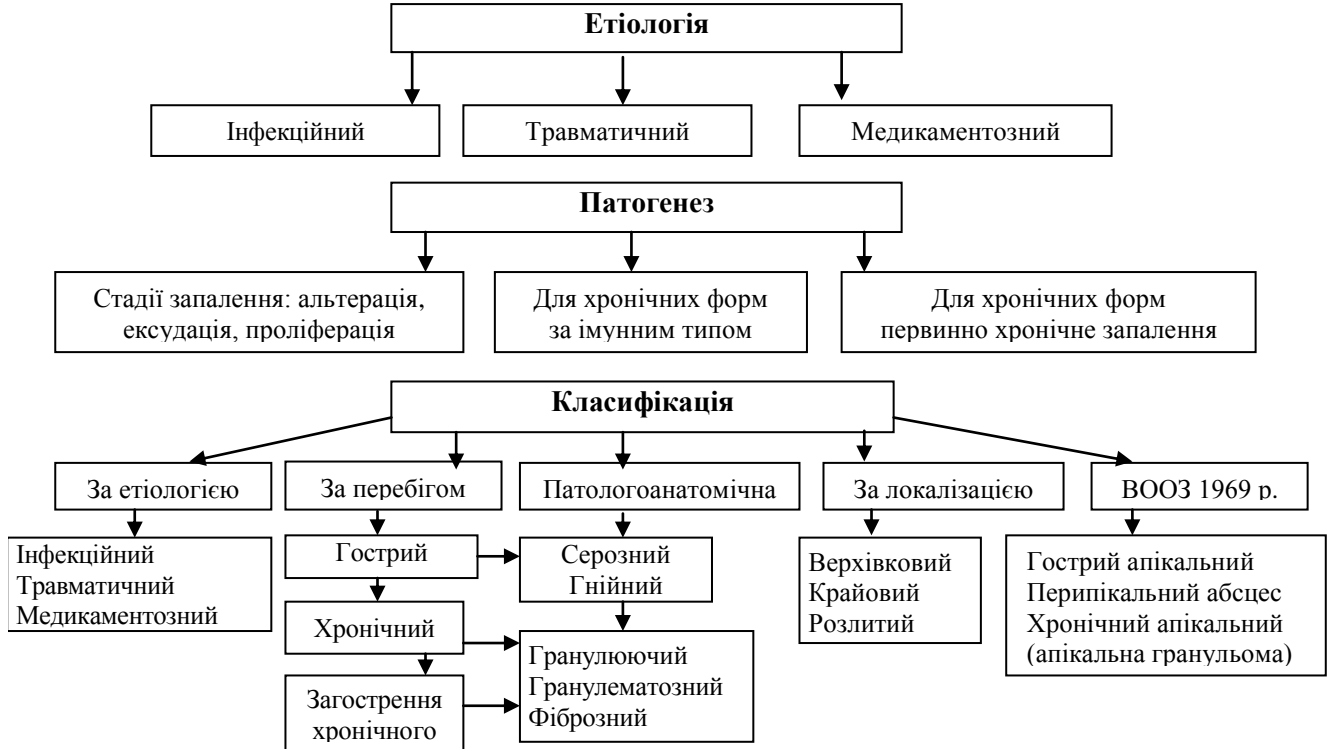
- A. Бешиха щічної ділянки.*
- B. Гострий остеомієліт верхньої щелепи.*
- C. Фурункул щічної ділянки.*
- D. Карбункул щічної ділянки.*
- E. Аденофлегмона щічної ділянки.*

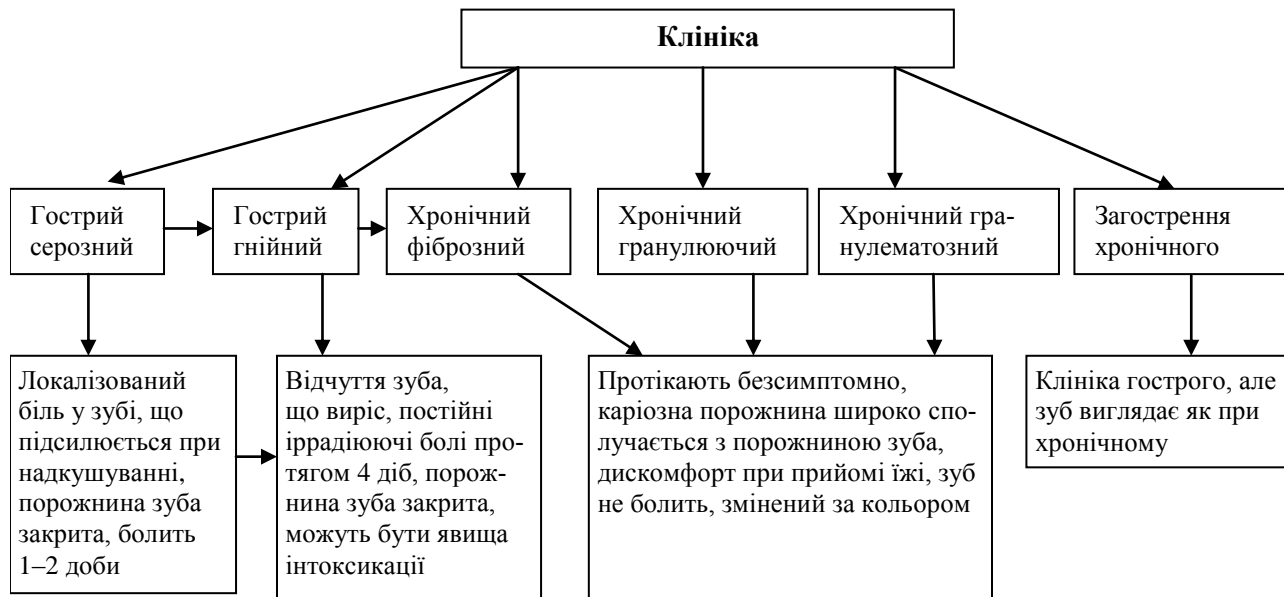
15. У хворого 32 років підвищення температури до 37,7 °С, набряк у правій підщелепній ділянці, який при пальпації м'який, трохи болісний. Пальпується регіонарний лімфовузол – щільний, болісний, рухомий. Відкривання рота вільне, безболісне. Коронка 37 зуба зруйнована на 2/3. Перкусія слабопозитивна. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гострий одонтогенний серозний підщелепний лімфаденіт справа.*
- B. Мтс у підщелепній ділянці.*
- C. Змішана пухлина правої підщелепної слинної залози.*
- D. Підщелепний сіалoadеніт справа.*
- E. Абсцес підщелепної ділянки справа.*

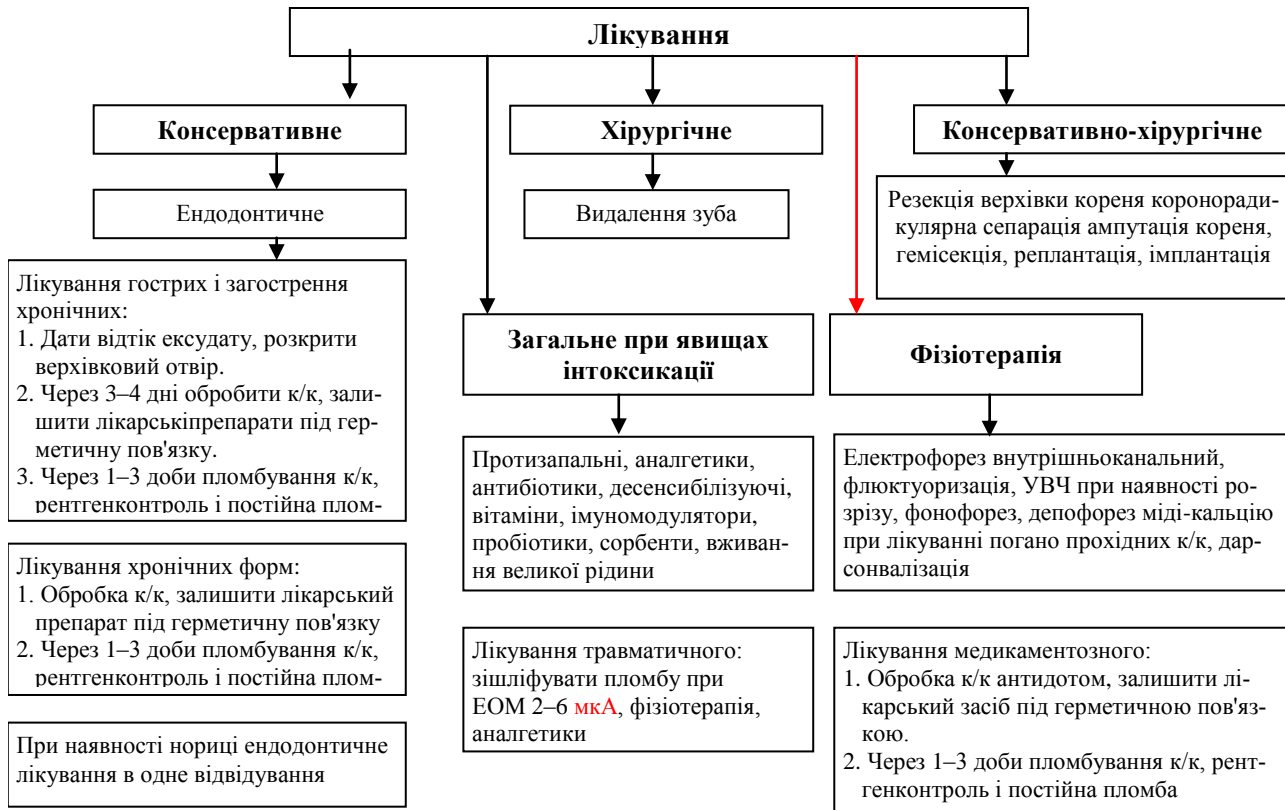
Еталони відповідей: 1 – E; 2 – C; 3 – E; 4 – B; 5 – C; 6 – D; 7 – B; 8 – B;
9 – E; 10 – D; 11 – E; 12 – E; 13 – B; 14 – C; 15 – A.

КОНЦЕПТ-КАРТА "ПЕРІОДОНТИТ"







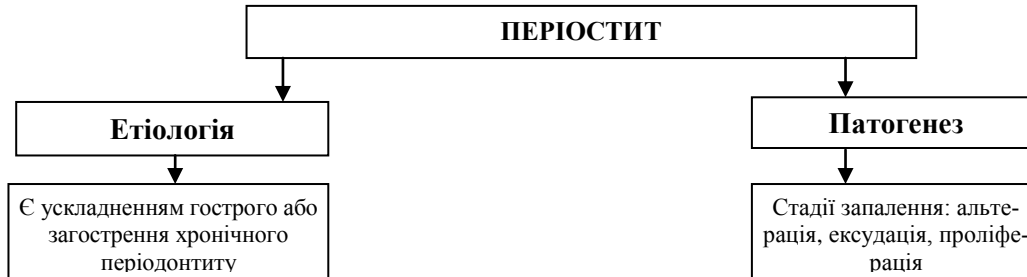


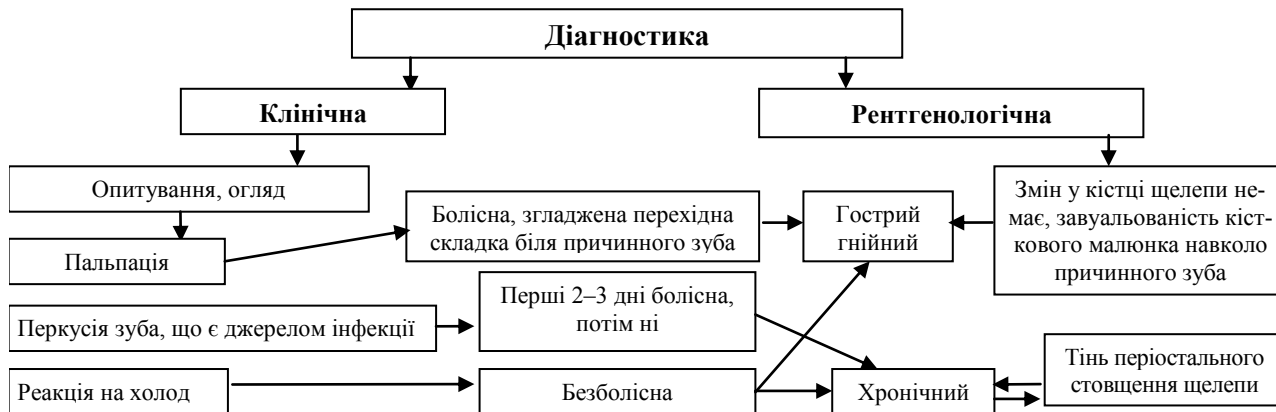
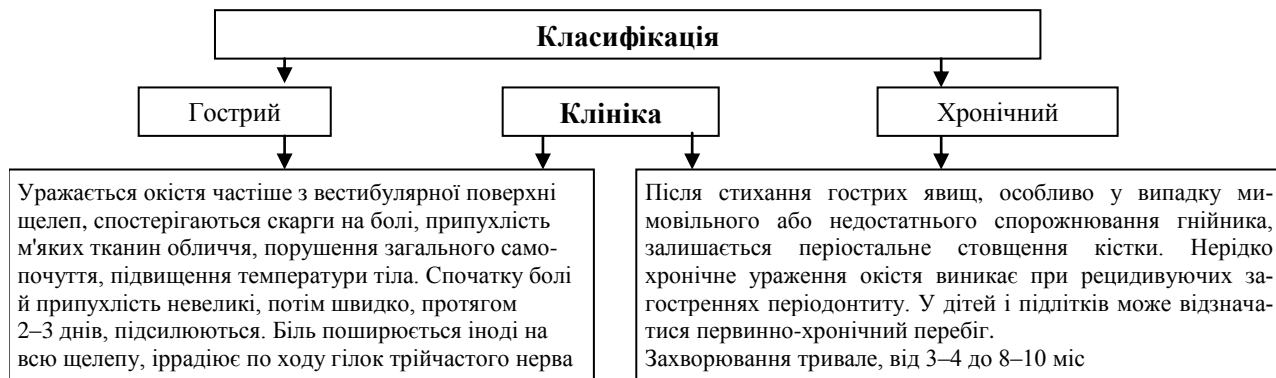
**КОНЦЕПТ-КАРТА
"ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ"**



55

**КОНЦЕПТ-КАРТА
"ПЕРІОСТАТИТ"**





Диференційна діагностика на підставі рентгенограми

Гострий гнійний від гострого періодонтиту, абсцесів ряду локалізацій, флегмон, лімфаденітів, гострих сіалоаденітів і головне – від гострого остеомиєліту щелепи

Хронічний із хронічним остеомиєлітом щелепи, а також із деякими пухлинами й пухлиноподібними ураженнями

ЛІКУВАННЯ комплексне

Загальне при явищах інтоксикації

Сульфаніламідні препарати (бісептол, сульфален та ін.), нітрофуранові препарати (фуразолідон, фурадонін), піразолонові похідні (аналгін, амідопірин, фенацетін та ін., а також їхньої комбінації), антигістамінні препарати (димедрол, супрастин, діазолін, лоратадин та ін.), препаратів кальцію, вітамінів

Хірургічне

Видалення зуба або розтин надокістя, розкриття гнійника

У комплексному лікуванні гострого періодонтиту: світлотеплолікування (солюкс-лампа), теплі ванночки з антисептичних розчинів, що дезодорують, мазеві пов'язки (пов'язки за Дубровіним, з вазеліном, 20 % камфорою олією, олією обліпихи, шипшини), УВЧ, НВЧ, флюктуоризацію, лазерну терапію гелій-неоновими променями, ЛФК

Фізіотерапія

У комплексному лікуванні хронічного періоститу: іонофорез димедролу, димексиду, хлориду кальцію, йодиду калію, а також лазерну терапію гелій-неоновими променями

КОНЦЕПТ-КАРТА "ОДОНТОГЕННИЙ ГАЙМОРИТ"

ОДОНТОГЕННИЙ ГАЙМОРИТ

Етіологія

Є ускладненням гострого або загострення хронічного періодонтиту від верхніх кутніх зубів

Патогенез

Стадії запалення: альтерація, ексудация, проліферація

Класифікація

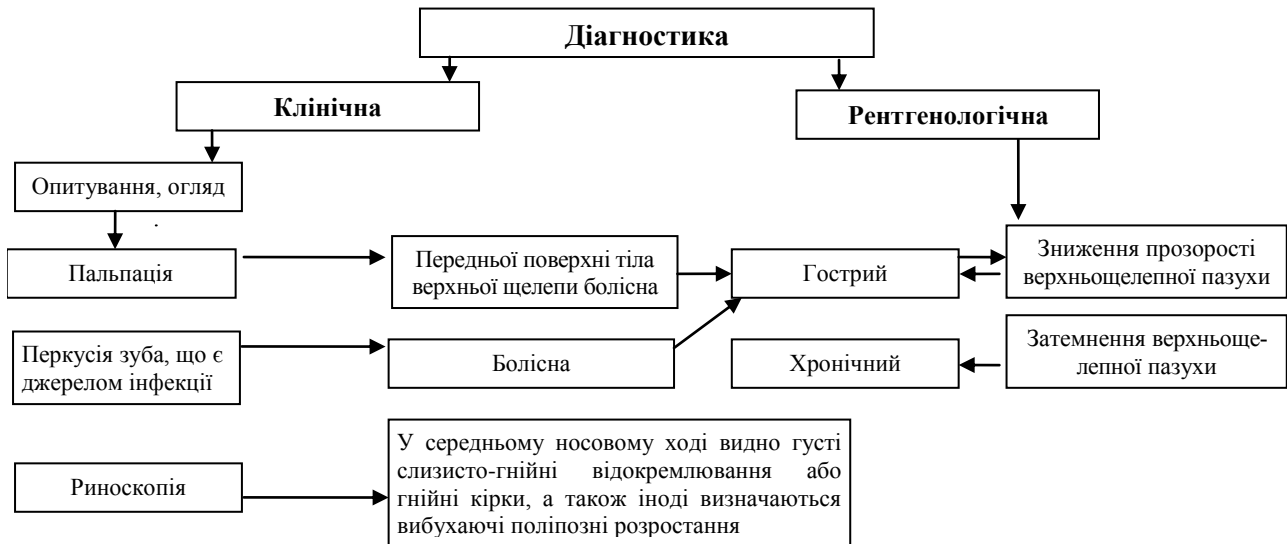
Гострий

Клініка

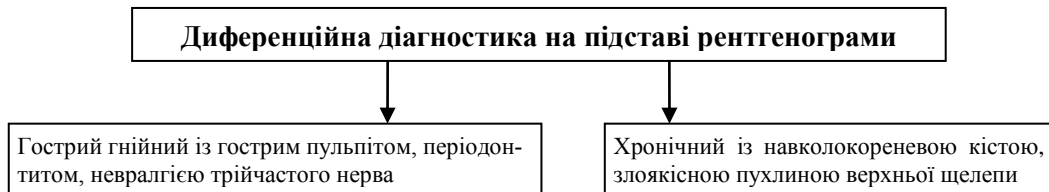
Хронічний

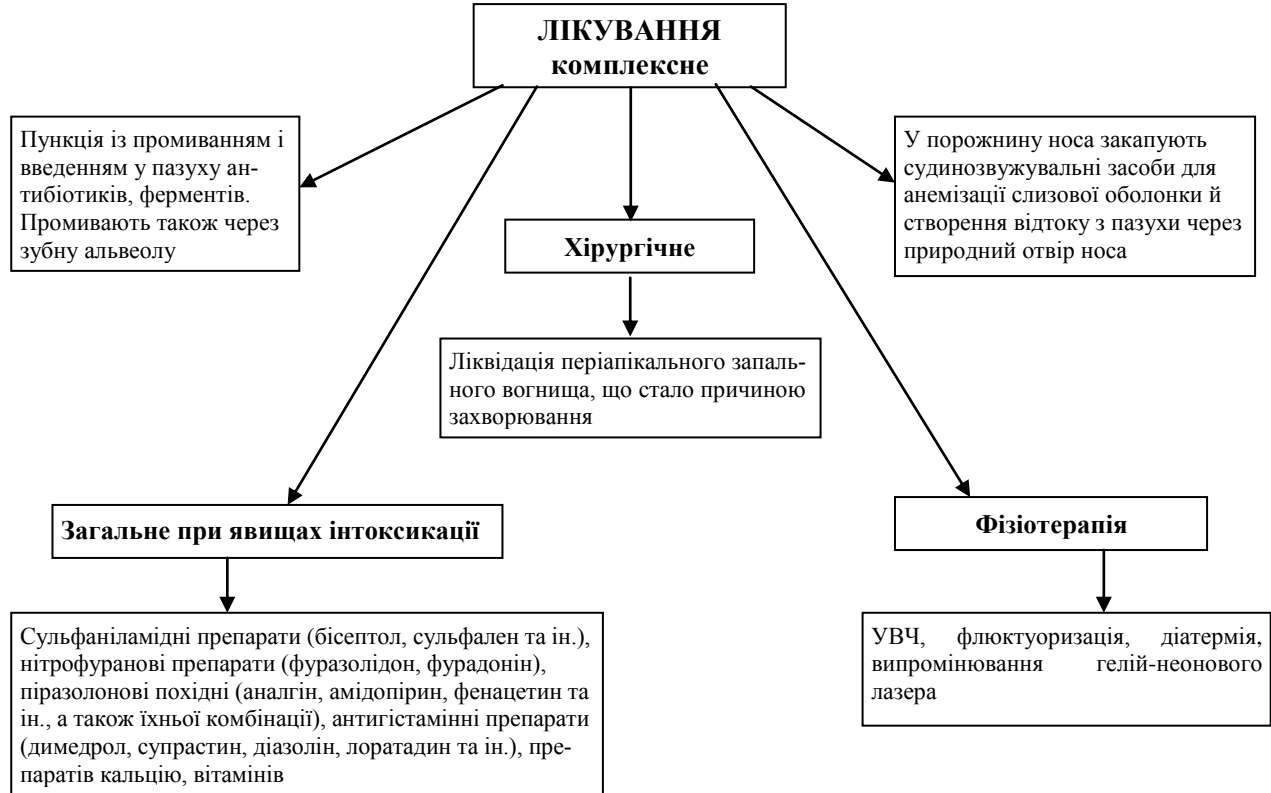
Хворі скаржаться на болі в підочній, щічній ділянках або у всій половині обличчя, відчуття важкості, закладеність відповідної половини носа. Біль підсилюється, іррадіює у лобові, скроневі, потиличну ділянки, зуби верхньої щелепи. Нерідко спостерігаються болі в ділянці молярів і премолярів, чутливість їх при надкушуванні. Болючі відчуття можуть мінятися залежно від кількості ексудату, що накопичується в пазусі і його відтоку. Після появи з порожнини носа серозних або серозно-гнійних виділень біль зменшується

Хворі відзначають головні болі, виділення з відповідної половини носа, іноді скаржаться на болі й відчуття важкості в потиличній ділянці. У деяких хворих хронічне запалення протікає безсимптомно, й скарги на болючі відчуття відсутні



59





КОНЦЕПТ-КАРТА "ОДОНТОГЕННИЙ ОСТЕОМІЄЛІТ ЩЕЛЕПИ"

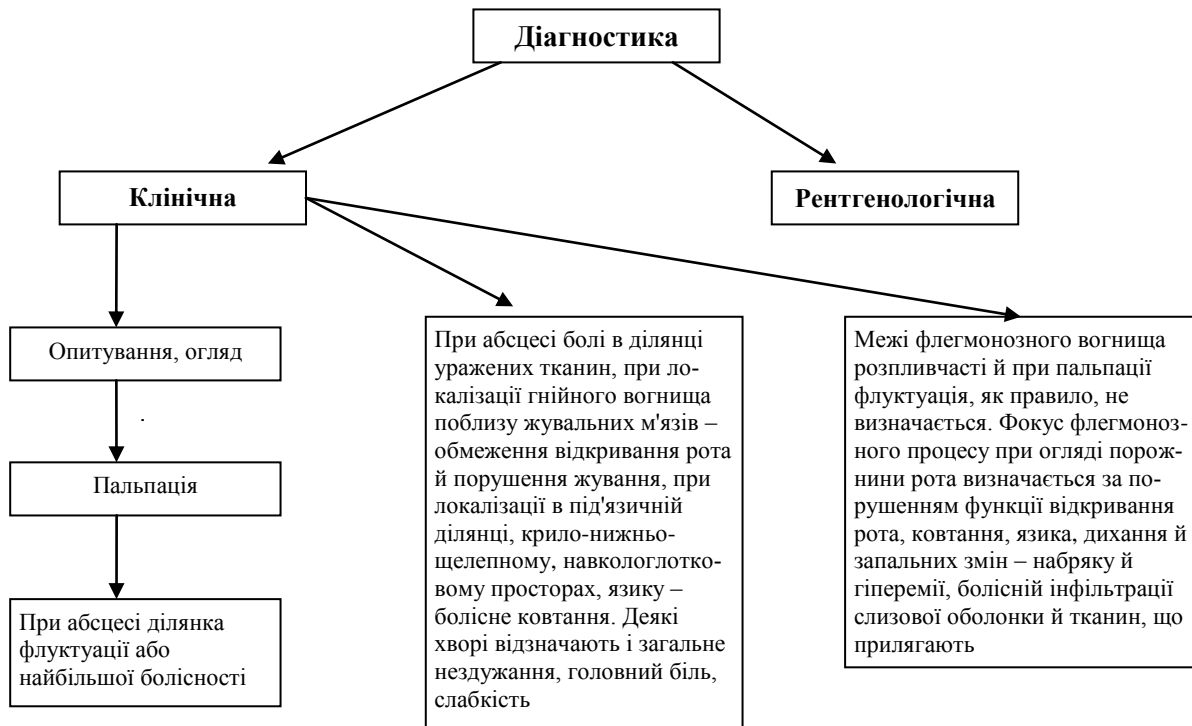






КОНЦЕПТ-КАРТА "АБСЦЕСИ ТА ФЛЕГМОНИ"





УСКЛАДНЕННЯ АБСЦЕСІВ І ФЛЕГМОН ОБЛИЧЧЯ І ШИЇ

Вторинний кортикальний остеомієліт кісток обличчя.
Медіастиніт.
Тромбофлебіт лицьових вен, тромбоз печеристого синуса твердої мозкової оболонки, менінгіт, менінгоенцефаліт, абсцес мозку

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ПРИ АБСЦЕСАХ, ФЛЕГМОНАХ ОБЛИЧЧЯ, ШИЇ І ЇХНІХ УСКЛАДНЕННЯХ

Зміст

Періодонтит	3
Гострий періодонтит	4
Хронічний періодонтит	6
Періостит щелепи	10
Хронічний періостит щелепи	12
Одонтогенний синусит	13
Одонтогенний остеомієліт щелепи	16
Абсцеси й флегмони обличчя та шиї	20
Ускладнення абсцесів і флегмон обличчя і шиї	32
Загальні принципи лікування при абсцесах, флегмонах обличчя, шиї та їхніх ускладненнях	35
Лімфангіт, лімфаденіт, аденофлегмона лица й шиї	38
Література	44
Тестові завдання	45
Ліцензійні тестові завдання	47
Концепт-карти	51
Періодонтит	51
Запальні процеси щелепно-лицевої ділянки.	55
Одонтогенний гайморит	58
Одонтогенний остеомієліт щелепи	61
Абсцеси та флегмони	64

Навчальне видання

Соколова Ірина Іванівна
Герман Світлана Іванівна
Томіліна Тетяна Вікторівна
Стоян Олена Юліївна

**КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ
ОДОНТОГЕННИХ
ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

*Навчально-методичний посібник
для лікарів-інтернів-стоматологів*

Відповідальний за випуск

Соколова І.І.



Редактор М.В. Тарасенко

Коректор Є.В. Рубцова

Комп'ютерна верстка О.Ю. Лавриненко

План 2013, поз. 2.

Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк. 4,2.

Тираж 300 прим. Зам. № 13-3097.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022
izdat@knhmu.kharkov.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготовників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.

**КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ
ОДОНТОГЕННИХ
ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

*Навчально-методичний посібник
для лікарів-інтернів-стоматологів*