**ФЛЕГМОНА ДНА ПОЛОСТИ РТА**

**Топографическая анатомия**

Флегмона дна полости рта - распространенный гнойно-воспалительный процесс, захватывающий два и более клетчаточных пространства, расположенных выше или ниже диафрагмы дна полости рта *(т. mylohyoicieus).* Наличие в области дна полости рта многочисленных межмышечных и межфасциальных щелей, отверстий, через которые проходят протоки слюнных желез, сосуды и нервы, обусловливает сообщение друг с другом всех клетчаточных пространств этой области. Наиболее часто встречаются флегмоны дна полости рта со следующей локализацией инфекционно-воспалительного процесса:

- подъязычное клетчаточное пространство с обеих сторон (часто при этой флегмоне наблюдается распространение инфекционно-воспалитсльного процесса на клетчаточное пространство корня языка)

- поднижнечелюстное и подъязычное клетчаточные простран-ства одноименной стороны.

- поднижнечелюстное пространство с обеих сторон (обычно сопровождается распространением инфекционно-воспалительного процесса на подподбородочное клетчаточное пространство)

- подъязычное и поднижнечелюстное клетчаточные пространства с обеих сторон,

- поражение всех клетчаточных пространств дна полости рта.

**Основные источники**

**и пути распространения инфекции**

Очаги одонтогенной инфекции в области зубов нижней челюсти, инфекционно-воспалительные поражения и инфицированные раны слизистой оболочки дна полости рта, кожных покровов надподъязычного отдела шеи. Часто встречается лимфогенный путь про-никновения инфекции.

Клиническая картина, также как и выбор оперативного доступа при флегмоне дна полости рта определяются локализацией инфекционно-воспалитсльного процесса.

**Клиническая картина**.

Больные жалуются на боль при глотании, разговоре, общее недомогание. Дыхание часто затруднено. Больные при этом принимают характерную вынужденную позу: сидят, наклонив голову вперед, руками опираясь о край кровати или стула и полуоткрыв рот. Резко выражены симптомы интоксикации; Температура тела может повышаться до 40° С, число лейкоцитов - до 12-15 10/9/ л и более, СОЭ резко возрастает. Отмечается выраженный сдвиг биохимических и иммунолотческих показателей, свидетельствующий о снижении неспецифической резистентности организма к инфекции и тяжелых метаболических расстройствах, в частности о развитии метаболического и дыхательного ацидоза [Каравдапюв В. И., 1974;

Макиепко Ы. Л., Столяренко П. Ю., 1976; Груздев Н. Л. и др., 1981; Ковцур С. С., Радловская 3. Т., 1981; Flieger S., 1972]. Местные проявления воспалительного процесса зависят от того, какие отделы дна полости рта вовлечены в патологический процесс.

При поражении нижних отделов дна полости рта (ниже челюстпо-подъязычной мышцы) резко выражена разлитая припухлость тканей подбородочной и поднижнечелюстных областей с двух стороп. Кожа над ней напряжена, гиперемирована. Пальпация вызывает боль.

При поражении верхнего отдела дна полости рта в связи с резким отеком тканей подъязычной области и языка больной держит рот полуоткрытым. Увеличенный подъязычный валик выступает над нижним зубным рядом. Покрывающая его слизистая оболочка гиперемироваиа. Изо рта исходит гнилостный запах, вытекает слюна, которую больной не может проглотить. Речь невнятная. Часто наблюдается нарушение внешнего дыхания по смешанному стенотически-дислокационному типу. При выраженном нарушении дыхания приходится срочно накладывать трахеостому, после чего приступают к вскрытию флегмоны.Дальнейшее распространение инфекционно-воспалителъного процесса при флегмоне дна полости рта возможно в следующих направлениях:

1) окологлоточное пространство->средостение;

2) позадичелюстиое пространство;

3) влагалище сосудисто-нервного пучка шеи->cредостение.

**Оперативный доступ.** Выбор оперативного доступа при флегмоне дна полости рта зависит **от** локализации инфекционно-воспалительного процесса. При одностороннем поражении клетчатки поднижнечелюстной и подъязычной областей производят раврез кожи длиной 6-7 см в поднижнечелюстной области и раскрывают клетчаточное пространство поднижнечелюстного треугольника. Для обеспечения дренирования подъ-язычного клетчаточного пространства волокна челюстно-подъязычной мышцы пересекают на протяжении 1,5-2 см. Операцию заканчивают введением в это пространство трубчатого дренажа.

При двустороннем поражении верхнего отдела дна полости рта предпочтение следует отдать доступу со стороны кожных покровов, так как он обеспечивает лучшие условия для дренирования инфекционного очага и предупреждает дальнейшее распространение инфекционно-воспалительного процесса в клетчатке нижнего отдела дна полости рта. Для этого поднижнечелюстным доступом с пересечением части челюстно-подъязычной мышцы вскрывают клетчаточное пространство поднижнечелюстной и подъязычной области с одной, а затем с другой стороны.

При двустороннем поражении нижнего отдела дна полости рта с вовлечением клетчатки подподбородочной области применяют один из вариантов так называемого воротникообразного разреза. При этом вскрывают клетчаточные пространства поднижнечелюстной и подподбородочной областей. Операцию заканчивают введением дренажей.При применении воротникообразных разрезов может наблюдаться подворачввание краев раны с формированием грубого рубца. Для предупреждения этого после очищения раны от некротизированвой ткани и появления в ней грануляций целесообразно наложить вторичные швы.

При разлитом поражении тканей дна полости рта применяют те же воротникообразные разрезы, из которых осуществляется ревизия подподбородочной, поднижнечелюстной и подъязычной областей (с пересечением части челюстно-подъязычной мышцы), а также ревизия смежных пространств и областей - окологлоточного, позадичелюстного, корня языка.

Клиническая диагностика распространения инфекционного процесса со дна полости рта на окологлоточное пространство весьма трудна, так как все проявления флегмоны окологлоточного пространства (боль при глотании, затрудненное дыхание, сведение челюстей) наблюдаются и при флегмоне дна полости рта.

Во избежание диагностических ошибок при вскрытии разлитой флегмоны дна полости рта необходимо осуществлять ревизию окологлоточного пространства. Это мероприятие следует рассматривать не только как лечебно-диагностическое, но и как профилактическое.

Распространение инфекционного процесса в позадичелюстную область и вдоль сосудисто-нервного пучка шеи сопровождается появлением болезненного инфильтрата в позадичелюстной облансти и на шее, либо просто болезненностью при пальпации сосудисто-нервного пучка шеи. При появлении этих признаков необходимо широко вскрыть влагалище сосудисто-нервного пучка из разреза по переднему краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.

**Ангина Женсуля - Людвига** (Angina Gensouli -Ludwigi).

**Общие сведения:** Ангина Женсуля - Людвига, или гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта, впервые описана в 1830 г. Gensou1е, а в 1836 г. Ludwig. Поэтому справедливо ее следует называть или ангиной Женсуля, или ангиной Женсуля -Людвига.

Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта (ангина Женсуля-Людвига).

 Заболевание встречается сравнительно редко. В клинике в течение последних 17 лет( по данным на 1988г.) лишь однажды наблюдали больного с ангиной Женсуля-Людвига. Вместе с тем в литературе за последние годы по-явились сообщения М. Ш. Шадыева и соавт. (1982) о 9 наблюдениях и Н. И. Иващенко и соавторами (1980) о 2 наблюдениях над больными с поражением газовой анаэробной инфекцией тканей челюстно-лицевой области. О 43 наблюдениях за период 25 лет над больными с гнилостно-некротическими флегмонами челюстно-лицевой области сообщили Г. В. Старень-кова и Д. И. Голикова (1984), причем у 22 больных развились тяжелые осложнения, закончившиеся в 8 случаях летальным исходом.

По данным Н. Williams (1940), смертность при ангине Женсуля-Людвига в доантибиотическнй период достигла 54 %. С появлением сульфаниламидных препаратов она снизилась до 10 %. R. Hought и соавт. (1980), обобщив данные английской литературы за 1945-1979 гг., обнаружили сообщения о 75 случаях заболеваний ангиной Женсуля-Людвига; в 7 случаях (9,3 %) были отмечены неблагоприятные исходы. Одонтогенная природа этого заболевания составила 70 % от общего числа наблюдений.

Возбудителем ангины Женсуля-Людвига является анаэробная микрофлора, о наличии которой свидетельствуют неприятный запах и грязно-серый цвет экссудата, а также наличие газа в обильных некротических массах, выполняющих рану. Анаэробная микрофлора обнаруживается в симбиозе с кишечной палочкой, стрептококками и др. микроорганизмами.

**Патологическая анатомия:** мышцы дна полости рта значительно утолщаются, некротизируются на всем протяжении или в отдельных участках; никакого гноеобразования нет, образуются лишь небольшие очаги размягчения и расплавления мышц. Из этих очагов при разрезе выделяется значительное количество ихорозной жидкости грязно-коричневого цвета с неприятным запахом и пузырьками газа. В остальных участках мышцы выглядят сухими, мало кровоточащими, как бы сваренными. Никаких признаков экссудации или пролиферации не отмечается.

Заболевание характеризуется острым началом и тяжелой интоксикацией больного, сопровождающейся быстро нарастающим отеком мягких тканей, распространяющимся, в частности, на верхние дыхательные пути и приводящим к затруднению дыхания и асфиксии. Температура тела повышается до 39-40 °С, пульс слабый, резко увеличивается до 130-140 уд/мин, артериальное давление падает до 90/60 мм рт. ст., тоны сердца становятся приглушенными. Возникающее возбуждение больного, а иногда - эйфория, быстро сменяется апатией. Как следствие интоксикации развиваются бессонница, головные боли, рвота, бред. Резко меняется гемограмма:выявляются лейкопения, лимфопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, снижается содержание гемоглобина, СОЭ возрастает до 60 мм/ч.

На обзорных рентгенограммах шеи в передней и боковой проекциях определяется скопление газа в мягких тканях.

В течение первых 1-3 суток кожные покровы лица и шеи бледные, с землистым оттенком, в цвете могут оставаться не измененными, но затем появляются характерные пятна бронзовой окраски. Инфильтрат мало болезнен, не имеет четких границ и распространяется на несколько клетчаточных пространств; происходит омертвение пораженных тканей с отсутствием гноя. Контакт с больным нарушен. Движения его языка затруднены, дыхание прерывисто, резко затруднено и глотание.

В последующие сроки наблюдений на коже появляются багровые пятна с синюшным и бронзовым оттенком. При пальпации плотно инфильтрированных и умеренно болезненных тканей определяется крепитация; изредка можно выявить флюктуацию. Общее состояние резко и прогрессивно ухудшается, развивается сепсис. На фоне нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности в результате интоксикации и гипоксии может наступить смерть.

При ангине Людвига припухлость, появляющаяся в подчелюстной или подъязычной области, быстро распространяется на соседние клетчаточные пространства. Развитие воспалительного процесса сопровождается лихорадочным состоянием, бессонницей, возбуждением, нередко бредом. Однако эти явления могут отсутствовать и тогда заболевание вначале протекает довольно благоприятно.

Голова больного при этом заболевании обычно слегка наклонена вперед, он избегает двигать ею. Лицо бледное, иногда землистого оттенка; нередко имеет желтушную окраску.

Из подчелюстных треугольников и подподбородочной области возникший здесь значительный отек распространяется на щечные области и шею. При ощупывании припухшие ткани очень плотны, болезненны. Инфильтрат не имеет отчетливых границ и захватывает всю толщу дна полости рта, в результате чего отечный и увеличенный в размерах язык оттесняется кверху и назад. Движения языка затруднены, глотание почти невозможно, дыхание стеснено. Рот больного полуоткрыт, из него вытекает слюна. В то же время и открывание рта может быть ограничено.

Слизистая оболочка подъязычной области бывает резко приподнята и выбухает в виде валика выше уровня коронок зубов; она покрыта фибринозным налетом.

Таково течение процесса в первые 3-5 дней. В дальнейшем цвет кожи над припухлостью изменяется, на ней появляются синевато-багровые пятна, иногда пузыри. Некоторые участки слизистой оболочки дна полости рта покрываются сероватым налетом.

Общее состояние больного непрестанно ухудшается, нарастают явления интоксикации. Температура значительно повышена и часто дает большие колебания в течение суток. Временами появляется проливной пот.

 Прогноз при гнилостно-некротической флегмоне дна полости рта очень серьезен, во многом зависит от своевременногоначалатерапии. Такие больные нуждаются в срочном оперативном вмешательстве на фоне общей интенсивной терапии. Оперативное вмешательство необходимо осуществлять под общим обезболиванием. Оно заключается в широком раскрытый клетчаточных пространств всех пораженных и смежных с ними областей.Наиболеерациональным при вскрытии этой флегмоны является воротникообразный разрез. Рассекают карманы, устраняют затёки, иссекают некротизированные ткани. В большинствеслучаевиз раны выделяется зловонная ихорозная жидкость с пузырьками газа.

Лечение - комплексное. Оперативное вмешательство, учитывая его объемность, должно осуществляться в условиях полноценного обеспечения анестезиологического пособия. Широко раскрывают пораженные клетчаточные пространства, чем достигаются дренирование и аэрация тканей. Раскрытые клетчаточные пространства обрабатывают антисептическими растворами. При наличии больших участков некроза тканей проводят некрэктомию. При показаниях накладывают трахеостому.

Назначают специфическое лечение. Оно заключается в применении смеси антигангренозных сывороток, а по мере выяснения возбудителя заболевания, вводят только одноименную сыворотку. Одной лечебной дозой сыворотки считается 10 ее профилактических доз, т. е. по 50 000 ME каждой (всего 150 тыс. ME). Во избежание развития анафилаксии сыворотку вводят под наркозом внутривенно, разведя ее предварительно изотоническим раствором натрия хлорида. Одновременно переливают 100-150 мл крови. Кроме внутривенного введения, обязательно вводят антигангренозную сыворотку внутримышечно (5-8 доз), создавая тем самым в организме депо антител. При показаниях введение сыворотки может быть повторено.

Перед введением сыворотки проводят пробу на индивидуальную переносимость. Из тест-ампулы (сыворотка в разведении 1:100) вводят внутрикожно 0,1 мл жидкости; если образуется папула диаметром 1 см с гиперемией кожных покровов вокруг нее, проба оценивается как положительная. Если проба оказывается отрицательной, вводят 0,1 мл сыворотки подкожно и, при отсутствии каких-либо реактивных проявлений, через 30 мин вводят полную лечебную дозу сыворотки внутримышечно или капельно внутривенно.

Кроме того, назначают антибактериальную, антитоксическую, гипосенсибилизирующую, общеукрепляющую и иммуно-корригирующую терапию.

Антибактериальная терапия должна включать полусинтетические пенициллины, тетрациклины. Дезинтоксикация достигается введением большого количества жидкостей (до 4 л/сут): кровезаменителей дезинтоксикационного действия (гемодез, реополиглюкин), белковых кровезаменителей, переливанием крови, назначением обильного питья.

К патогенетической терапии относится гипербарическая оксигенация тканей тканей или, при отсутствии возможности ее применения - местная оксигенация, достигаемая периодической инсуффляцией кислорода в рану через катетер [Бажанов Н. Н. и др., 1980; Шадеев М. Ш. и др., 1982, и др.]. Для очищения раны от остатков некротизированных масс используют протеолитические ферменты (Ермолаев И. И., 1980; Кац А. Г., 1980, и др.]. Больному должны быть обеспечены покой, полноценное питание;он должен получать сердечно-сосудистые средства и необходимую симптоматическую терапию.

Таким образом, антибиотикотерапии, применению противогангренозной сыворотки и гипербаротерапии отводится важная роль в комплексе осуществляемого лечения ангины Женсуля Людвига. Однако ни один из видов прменяемого в настоящее время консервативного лечения не снизил значения раннего широкого хирургического вмешательства.С целью повышения эффективности антибактериальной терапии в послеоперационном периоде проводят регионарную инфузию антибиотиков, назначают метровидазол (трихопол), проводят гипербарическую оксигенацию и местную оксигенотерапию раны в сочетании с другими лечебными мероприятиями. Показано так-же проведение местного раневого диализа растворами перекиси водорода, других антисептиков. Для ускорения очищения раны от некротизированных тканей местно применяют протеолитические ферменты.

При наличии признаков газовой гангрены вводят противоган-гренозную поливалентную сыворотку, содержащую антитоксины (10000 ME) против трех видов возбудителей газовой гангрены- Cl. perfringens, Cl. oedomatiens. CL septicum.

Прогноз достачочно благоприятен-при отсутствии осложнений через несколько дней происходит снижение температуры,улучшается общее состояние больного.Последующее заживление ран обычно протекает без осложнений.

 **Список литературы:**

1)Васильев Г.А.

 Хирургия зубов с курсом челюстно-лицевой травматологии

медицина 1973г.

2)Соловьев М.М., Большаков О.П.

Абсцессы,флегмоны головы и шеи

спб 1997г.

3)Козлов В.А.

Неотложная стационарная стоматологическая помощь

медицина 1988г.

4)Бернадскии Ю.И.

Основы хирургической стоматологии

Киев 1983г.

5)Шаргородскии А.Г.

Воспалительные заболевания челюстно личевой области и шеи

Медицина 1985г.

6) Супиев Т.К., Соловьёв М.М.

Одонтогенные воспалительные заболевания

Алма-ата 1988г.