

Западно-Казахстанский Государственный Медицинский Университет им.
Марата Оспанова

Тема: Клиническая анатомия связей клетчаточных образований лица с клетчаточными пространствами шеи и средостения. Анатомические пути распространения гнойных затеков из челюстно-лицевой области.

Подготовили: Сұпығалиев А.

Қаиржанов Н.

Сарсенбаева А.

209 стоматология

Проверил: Мукашев Т.С.

Фасции шеи имеют сложное строение, различное происхождение и индивидуальную выраженность. С одной стороны, они окутывают мышцы, сосуды, нервы и органы шеи, образуя для них фасциальные мешки и влагалища, с другой – ограничивают клетчаточные пространства, препятствуя или способствуя распространению гнойно-воспалительных процессов в пределах шеи и в соседние области.

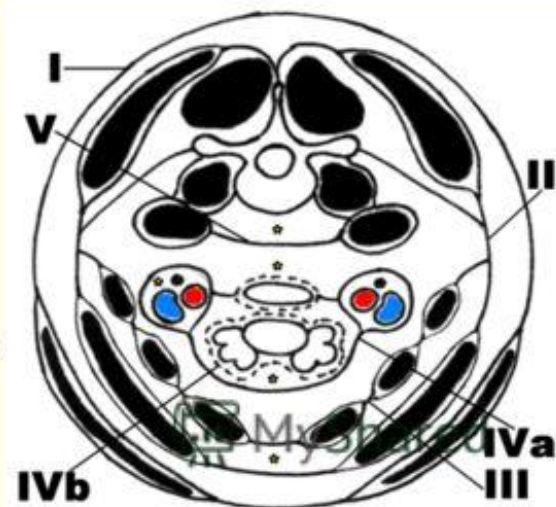
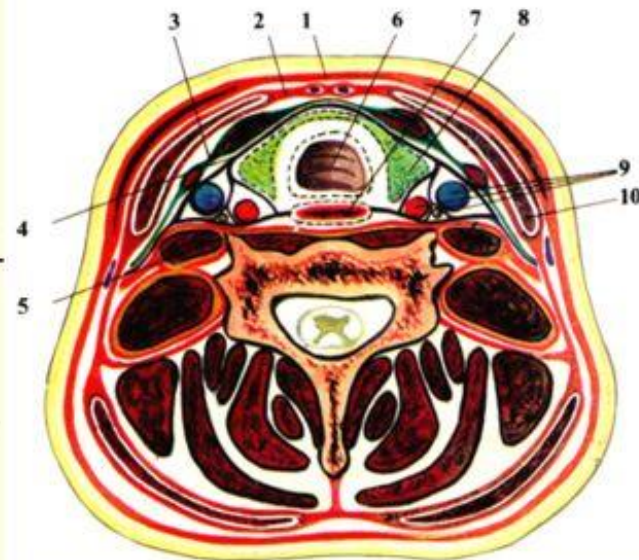
По своему происхождению все фасции делятся на три группы:

- Фасции соединительно-тканного происхождения, образовавшиеся в результате уплотнения рыхлой соединительной ткани и клетчатки вокруг мышц, сосудов и нервов;
- Фасции мышечного происхождения, образующиеся на месте редуцированных мышц или уплощенных и растянутых сухожилий (апоневрозы);
- Фасции целомического происхождения, которые формируются из внутренней выстилки первичной зародышевой полости или из редуцирующихся листков первичных брыжеек.

ФАСЦИИ ШЕИ (ПО ШЕВКУНЕНКО)

- I. **Поверхностная**[1] – в ПЖК, футляр для подкожной мышцы
- II. **Собственная (поверхностная пластинка)**[2] – делит шею на переднюю заднюю области (прикрепляется к поперечным отросткам), футляр для кивательной мышцы[10]
- III. **Собственная (глубокая пластинка, лопаточно-ключичный апоневроз Рише)**[3] – в передних отделах между подъязычной костью и ключицей с грудиной
- IV. **Внутришейная**[4]: а) **париетальный листок** – влагалище сосудисто-нервного пучка[9] б) **висцеральный** – покрывает органы[6,7,8]
- V. **Предпозвоночная**[5] – от основания черепа, покрывает предпозвоночную группу мышц

<http://4anosia.ru/>



ФУНКЦИИ ФАСЦИЙ

■ Защита

■ Фиксация

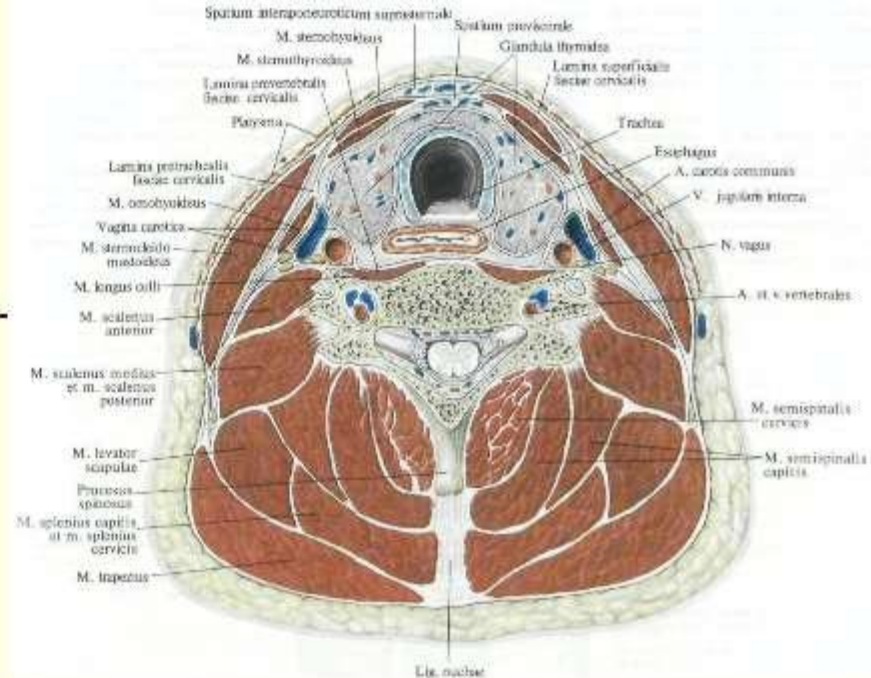
■ Способствуют биомеханике
мышц

■ Ограничивают клетчаточные
пространства

■ С фасциями сращена наружная
оболочка вен:

«+» вены расширены,
регуляция притока и оттока
крови от головного мозга

«-» не спадаются, при ранениях
возможна воздушная эмболия



В зависимости от направления фасциальных листков, образования ими отрогов и соединений с костями или соседними фасциальными листками *клетчаточные пространства на шеи* делят на две группы: **замкнутые** и **незамкнутые**.

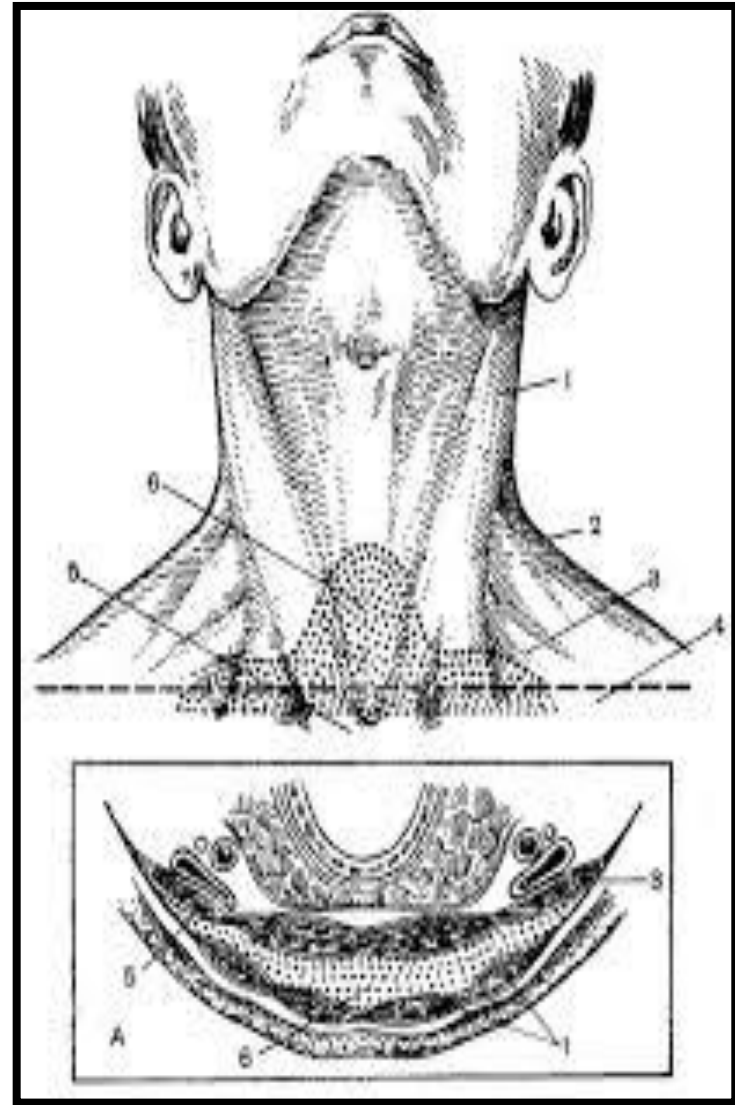
К замкнутым относятся:

Надгрудное межпозвоночное пространство

футляр поднижнечелюстной железы

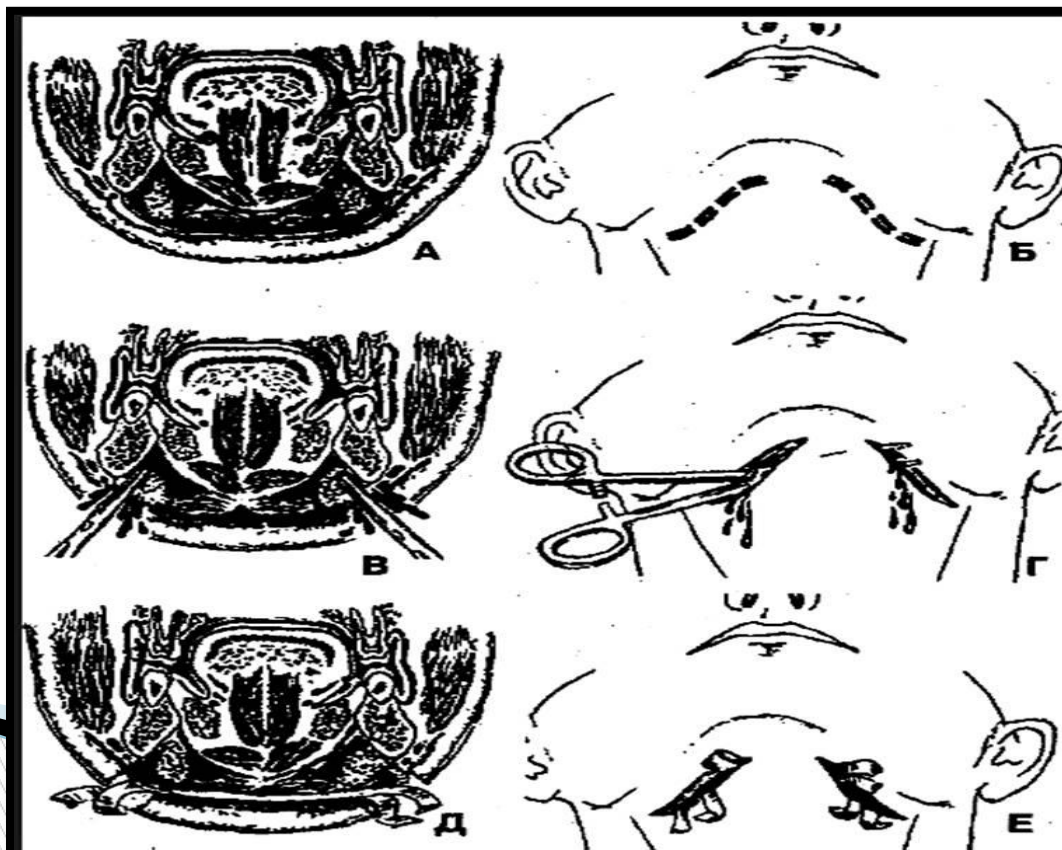
футляр грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Надгрудинное межжапоневротическое пространство – срединное клетчаточное пространство в подподъязычной области шеи, образованное второй и третьей фасциями шеи, прикрепляющимися к наружному и внутреннему краям рукоятки грудины. Это пространство содержит большое количество клетчатки и яремную венозную дугу, по бокам сообщается с парным слепым мешком (карманы Грубера), лежащим позади грудино-ключично-сосцевидной мышцы. В слепом мешке находятся конечный отдел передней яремной вены, лимфатические сосуды и иногда лимфатические узлы. При наличии гноя в этом пространстве наблюдается «воспалительный воротник». Дренажирование надгрудинного межжапоневротического пространства может быть осуществлено продольным или поперечным разрезом непосредственно над верхним краем рукоятки грудины.

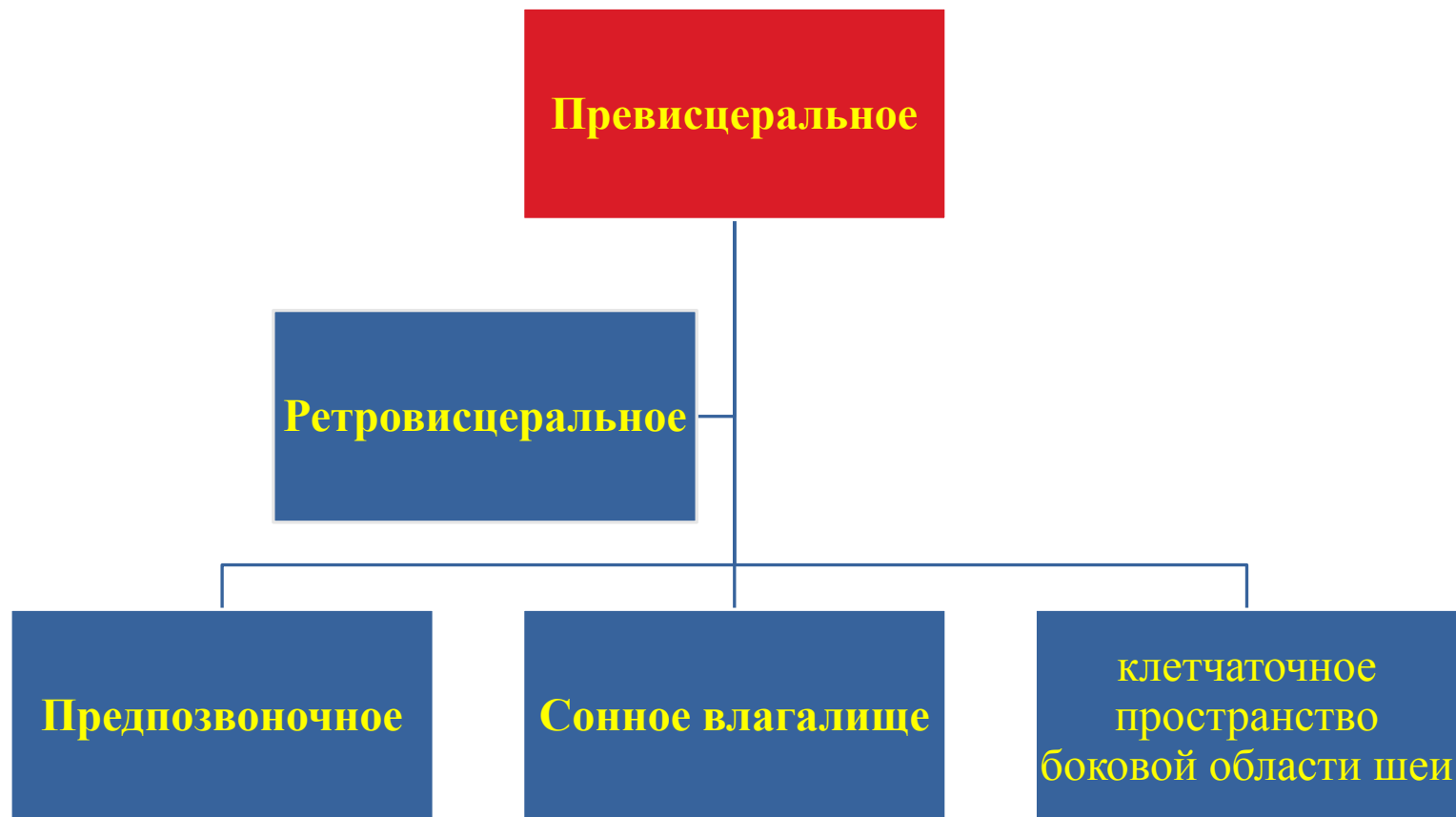


Футляр поднижнечелюстной железы – фасциальное вместилище, образованное расщеплением второй фасции шеи, один из листков которой прикрепляется к основанию челюсти, второй – к челюстно-подъязычной линии. Этот футляр содержит поднижнечелюстную слюнную железу, поднижнечелюстные лимфатические узлы, лицевую артерию и вену. Гнойные процессы (лимфадениты) обычно не распространяются в смежные области из-за плотности стенок фасциального футляра. Однако следует иметь в виду, что в заднем отделе футляра имеется слабое место, вследствие чего при задержке оперативного вмешательства прорыв гноя происходит в глубокое окологлоточное клетчаточное пространство.

Футляр грудино-ключично-сосцевидной мышцы также образован расщеплением второй фасции шеи. Для флегмон, развивающихся в пределах этого футляра, характерна форма инфильтрата, соответствующая контурам грудино-ключично-сосцевидной мышцы, а также ригидность мышцы, проявляющаяся кривошеей. Вследствие сдавления питающих мышцу сосудов возможен переход процесса в некротическую форму.

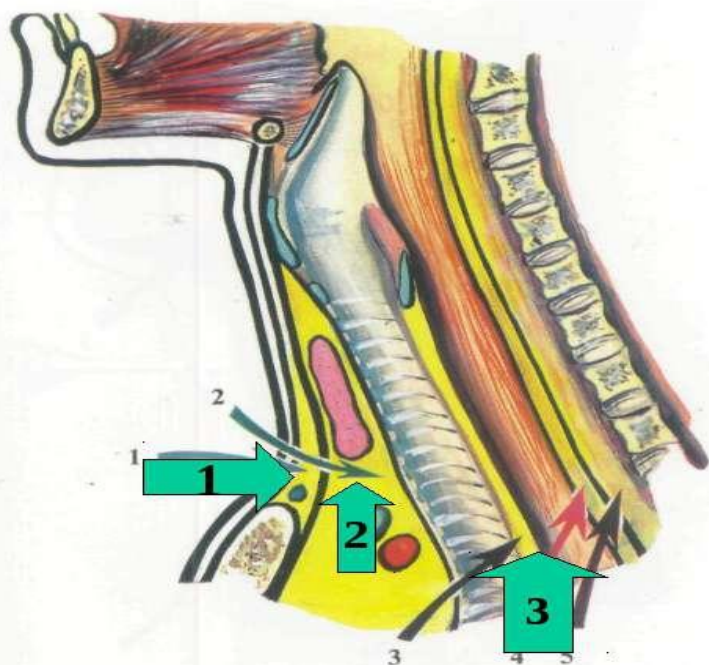


К незамкнутым клетчаточным пространствам шеи относятся:



Превисцеральное клетчаточное пространство расположено между париетальным и висцеральным листками четвертой фасции. Нижняя часть его, соответствующая трахее, носит название претрахеальной клетчаточной щели. В этом пространстве, кроме клетчатки, находятся непарное щитовидное венозное сплетение, лимфатические узлы и в 5-10% случаев низшая щитовидная артерия.

Межапоневротические клетчаточные пространства шеи и их сообщения



- 1.** Надгрудинное клетчаточное пространство (между 2 и 3 фасциями шеи) - сообщается со слепыми мешками Грубера.
- 2.** Spatium previscerale (между париетальным и висцеральным листками 4 фасции) - сообщается с передним средостением
- 3.** Spatium retroviscerale - (между 4 и 5 фасциями шеи) - сообщается с областью заднего средостения

Ретровисцеральное клетчаточное пространство находится между висцеральным листком четвертой фасции, окружающим глотку и пищевод, и предпозвоночной фасцией. Это пространство свободно сообщается сверху с заглоточным пространством, а снизу – с задним средостением. При ранении пищевода или прободении его стенки инородным телом инфекция проникает в ретровисцеральное пространство и, может спуститься в заднее средостение, с развитием заднего медиастинита. Гной, скапливающийся в пре- и ретровисцеральных клетчаточных пространствах, может перфорировать трахею, глотку, пищевод.

Предпозвоночное клетчаточное пространство –глубокое костно-фиброзное пространство, расположенное между шейными позвонками и предпозвоночной фасцией. В этом пространстве лежат длинные мышцы шеи и симпатический ствол. Абсцессы, развивающиеся под предпозвоночной фасцией, являются обычно следствием туберкулезного поражения шейных позвонков (натечные абсцессы) и могут распространяться вниз в позадиплевральную клетчатку. Разрушив листки предпозвоночной фасции, гной может проникать в боковую область шеи и далее по ходу подключичной артерии и плечевого сплетения достигать подмышечной впадины.

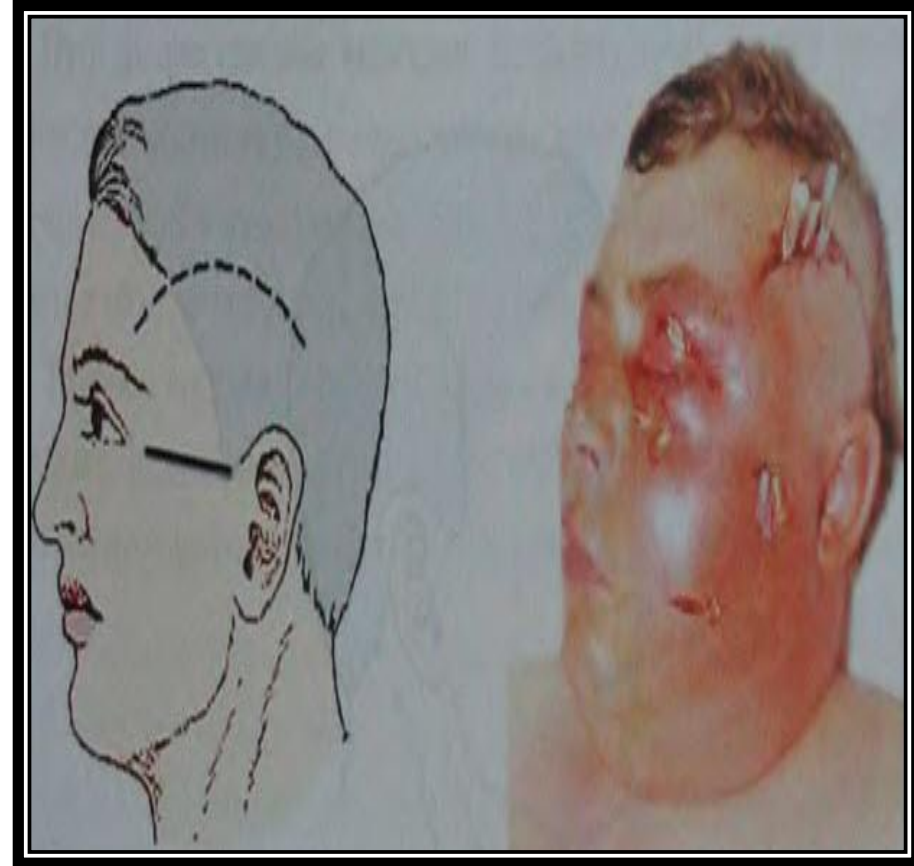
Клетчаточное пространство сосудисто-нервного пучка представляет собой мощный фасциальный футляр с большим количеством рыхлой соединительной ткани, окутывающий главный сосудисто-нервный пучок шеи (общая сонная артерия, внутренняя яремная вена и блуждающий нерв). Этот фасциальный футляр содержит лимфатические узлы и доходит сверху до основания черепа, а внизу переходит в переднее средостение. Флегмоны клетчаточного пространства сосудисто-нервного пучка обычно наблюдаются при переходе инфекции с соседних отделов шеи, чаще по лимфатическим сосудам, при этом распространение гноя происходит вверх и вниз по ходу сосудов и нервов. Тяжелым осложнением при этих флегмонах является расплавление стенки сосудов с последующим кровотечением.

Клетчаточное пространство боковой области шеи заключено между поверхностным листком собственной фасции и предпозвоночной фасцией, т.е. между второй и пятой фасциями по Шевкуненко (четвертой фасции в боковой области шеи нет, а третья находится лишь в пределах лопаточно-ключичного треугольника). Медиально это пространство ограничено сонным влагалищем, а латерально – краем трапециевидной мышцы. От подмышечной ямки оно отделено многочисленными перемышками, связывающими в области ключицы вторую фасцию шеи с пятой. Помимо жировой клетчатки, в боковом пространстве шеи находятся лимфатические узлы, кровеносные и лимфатические сосуды, нервы, по ходу которых это пространство сообщается с лопаточной и подмышечной областями и с глубокими отделами передней области шеи.

Флегмона височной области (глубокая).

Возникает первично, когда источником воспалительного процесса является фолликулит или фурункул височной области, и вторично, когда воспалительный процесс в височную область распространяется из подвисочного клетчаточного пространства и соседних областей.

Больные жалуются на интенсивные пульсирующего характера боли и припухлость височной области. Отмечается асимметрия лица за счет плотного резко болезненного воспалительного инфильтрата височной области, ограниченного линией прикрепления височного апоневроза. Кожа над ним не изменена, флюктуация не определяется. При таких флегмонах наблюдается ограниченное открывание рта вследствие воспалительной контрактуры височной мышцы.



Флегмона орбиты. Может возникнуть как следствие одонтогенной инфекции от клыка и малых коренных зубов верхней челюсти, при тромбозе угловой вены или при распространении воспалительного процесса через нижнеглазничную щель из крылонёбной ямки и подвисочного пространства, а также из верхнечелюстного синуса, решетчатого лабиринта, век и подглазничной области.

Больные предъявляют жалобы на сильную боль в области глаза, головную боль и нарушение зрения. Отмечается отек век, конъюнктивы глазного яблока (хемоз) и экзофтальм. При пальпации глазное яблоко напряжено, не смещается и болезненно. Острота зрения резко снижается. Очень часто в процесс вовлекается и противоположное глазное яблоко.



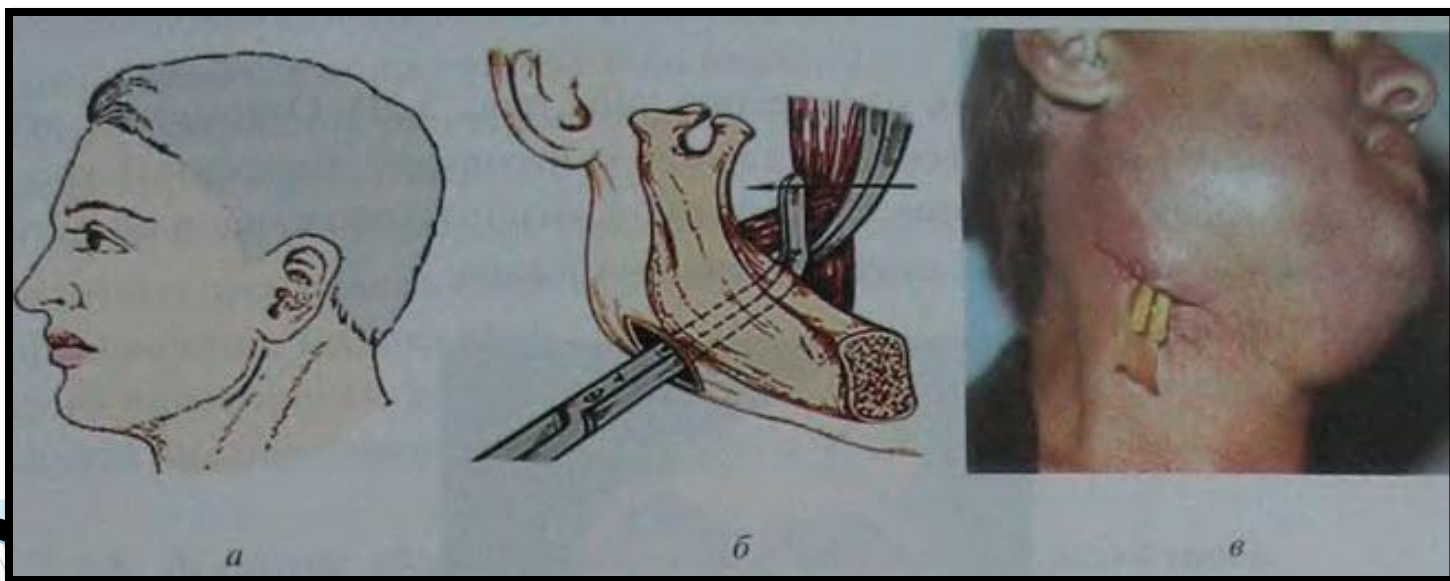
Флегмона подвисочного пространства и крылонёбной ямки. Эти флегмоны рассматриваются вместе потому, что имеют общую анатомическую границу — подвисочное пространство медиально открывается в крылонёбную ямку, а следовательно, воспалительный процесс, возникнув в одном из клетчаточных пространств, немедленно распространяется на другое, что клинически проявляется как единый процесс.

Первично флегмона подвисочного пространства и крылонёбной ямки может возникнуть от периапикальных воспалительных процессов больших коренных зубов верхней челюсти и после туберальной анестезии, а также повторно — в результате распространения воспалительного процесса из височной, околоушной областей и крылочелюстного пространства.



Флегмона крыловидно-челюстного пространства. Возникает при одонтогенной инфекции в области зубов мудрости (третьего моляра) нижней челюсти, включая их затрудненное прорезывание, реже — второго моляра и при инфицировании во время проведения мандибулярной (торусальной) анестезии.

Для данной флегмоны характерны следующие признаки: резко ограниченное и болезненное открывание рта, боли при глотании. Асимметрия лица не наблюдается. Больные открывают рот на 5—7 мм вследствие воспалительной контрактуры крыловидных мышц, испытывая при этом резкую боль. Отмечается воспалительный болезненный инфильтрат под углом нижней челюсти. Смещение ее средней линии при открывании рта и парестезия нижней губы и подбородка (симптом Венсана). В полости рта определяется гиперемированная, отечная, болезненная и инфильтрированная крыловидно-челюстная складка на стороне поражения. Воспалительный процесс также переходит на мягкое нёбо.



Флегмона околоушной области (подфасциальная) . Разлитое гнойное воспаление клетчатки, расположенной под околоушно- жевательной фасцией, образующей влагалище околоушной слюнной железы и жевательной мышцы, может возникнуть первично, вследствие одонтогенной инфекции в области больших коренных зубов верхней челюсти и инфицированных ран околоушной области или вторично — при распространении инфекции по протяжению из околоушной слюнной железы (острый и обострившийся хронический паротит), височной области, подвисочного и поджевательного пространства, а также вследствие поражения лимфатических узлов этой области (ложный паротит Герценберга).



Флегмона поджевательного

пространства. Воспалительный процесс при этом виде флегмоны развивается под собственно жевательной мышцей, чаще всего первично, вследствие одонтогенной инфекции в области нижних моляров, в том числе затрудненного прорезывания зуба мудрости, и вторично, что наблюдается редко, при распространении воспалительного процесса из околоушной и щечной областей, подвисочного пространства.



Флегмона дна полости рта представляет собой одно из наиболее тяжелых осложнений одонтогенного остеомиелита от больших и малых коренных зубов нижней челюсти. Воспалительный процесс может локализоваться над и под диафрагмой полости рта (челюстно-подъязычной мышцей) с развитием, соответственно, наддиафрагмальной и поддиафрагмальной флегмоны дна полости рта.

Для наддиафрагмальной флегмоны дна полости рта характерно общее тяжелое состояние больного, выраженная интоксикация, нарушение речи, глотания и охриплость голоса. Рот полуоткрыт, дно рта выбухает, подъязычные валики отечные, гиперемированы, покрыты фиброзным налетом и приподняты до уровня режущего края нижних резцов. Язык сухой, оттеснен кверху, движения его болезненны, но сам он мягкий, покрыт белым налетом. Под отечной и гиперемированной слизистой оболочкой подъязычной области определяется разлитой болезненный инфильтрат. Отмечается также отек мягких тканей поднижнечелюстной и подподбородочной областей, но их кожные покровы не изменены.



Спасибо за внимание!

