

РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ
НАРОДОВ
КАФЕДРА ХИРУРГИИ ПОЛОСТИ РТА

Абсцессы и флегмоны подглазничной,
скуловой, щечной областей.

• Топографическая анатомия

- **Границы подглазничной области:** верхняя — нижний край глазницы (*margo infraorbitalis*), нижняя — альвеолярный отросток верхней челюсти (*processus alveolaris maxillae*), внутренняя — край грушевидного отверстия (*apertura piriformis*), наружная — скулочелюстной шов (*sutura zygomatico-maxillaris*). Таким образом, положение этой области приблизительно соответствует «собачьей ямке» (*fossa canina*) верхней челюсти и передней стенке верхнечелюстного синуса (гайморовой пазухи).
- **Послойная структура.** В подкожной клетчатке вблизи внутреннего угла глаза проходят конечные ветви лицевой артерии и вены (*a. et v. angularis*), анастомозирующие с ветвями глазной артерии и вены (*a. et v. ophthalmica*). В клетчатке находятся также волокна мимических мышц — скуловой (*m. zygomaticus*), щечной (*m. buccinator*) и мышцы, поднимающей угол рта (*m. levator anguli oris*). На 0,5-1,0 см ниже края глазницы располагается выходное отверстие подглазничного канала (*foramen infraorbitale*), через которое проходит чувствительный подглазничный нерв (*n. infraorbitalis*) и одноименные вена и артерия. Иннервация мимических мышц обеспечивается ветвями лицевого нерва (*n. facialis*).

Основные источники и пути проникновения инфекции

Очаги одонтогенной инфекции в области 15 14 13 12 22 23 24 25
зубов, инфекционно-воспалительные поражения,
инфицированные раны кожи подглазничной области. Вторичное
поражение в результате распространения инфекции из щечной
области и бокового отдела носа.

Характерные местные признаки абсцесса, флегмоны подглазничной области

При глубокой локализации инфекционно-воспалительного процесса (абсцесс «собачьей ямки»): жалобы на сильную пульсирующую боль в подглазничной области, которая может иррадиировать в глаз, в зубы верхней челюсти.

Объективно: умеренно выраженная асимметрия лица за счет припухлости тканей подглазничной области, отека нижнего века. Свод преддверия рта в зоне так называемого «причинного зуба» сглажен за счет инфильтрации тканей, слизистая оболочка гиперемирована. Пальпация передней стенки верхней челюсти вызывает боль. Из-за отека нижнего века может быть затруднено раскрытие глазной щели. При поверхностной локализации инфекционно-воспалительного процесса в подкожножировой клетчатке): жалобы на боль в подглазничной области, нарушение бинокулярного зрения из-за смыкания и слипания опухших век. Резко выраженная асимметрия лица за счет инфильтрации тканей подглазничной области, отека век. Носогубная складка сглажена. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Пальпация вызывает боль, может определяться флюктуация. Свод преддверия рта сглажен из-за инфильтрации тканей, слизистая оболочка гиперемирована.

Пути дальнейшего распространения инфекции

Щечная область, скуловая область, подвисочная ямка, глазница. Наличие анастомозов между сосудами подглазничной области и сосудистым руслом глазницы, головного мозга, его оболочек определяет возможность распространения инфекционно-воспалительного процесса при тромбозе угловой вены (*v. angularis*) в глазницу с развитием тромбоза глазной вены, флегмоны ретробульбарной клетчатки, а в случае распространения в полость черепа — с развитием тромбоза пещеристого синуса (*sinus cavernosus*), менингита, энцефалита.

Методика операции вскрытия абсцесса, флегмоны подглазничной области

При глубокой локализации инфекционно-воспалительного процесса (в области «собачьей ямки»):

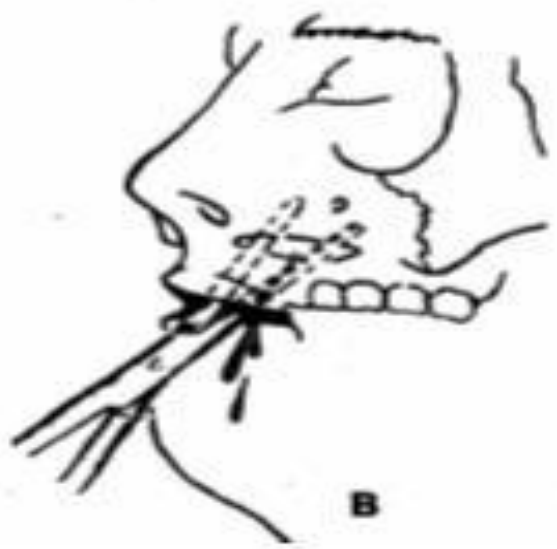
1. Обезболивание — местная инфильтрационная анестезия на фоне премедикации.
2. Разрез слизистой оболочки и надкостницы (десны) альвеолярного отростка верхней челюсти вдоль свода преддверия рта на протяжении всего воспалительного инфильтрата (рис. 24, А, Б).
3. Вскрытие гнойного очага в области «собачьей ямки» путем отслойки мягких тканей (включая надкостницу) с помощью распатора или кровоостанавливающего зажима от передней поверхности верхней челюсти по направлению к центру воспалительного инфильтрата (рис. 24, В).
4. Введение в область «собачьей ямки» ленточного дренажа из перчаточной резины или полиэтиленовой пленки (рис. 24, Г).



A



B



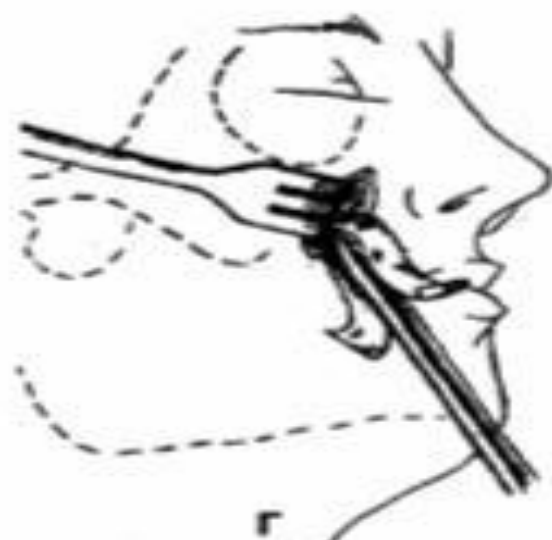
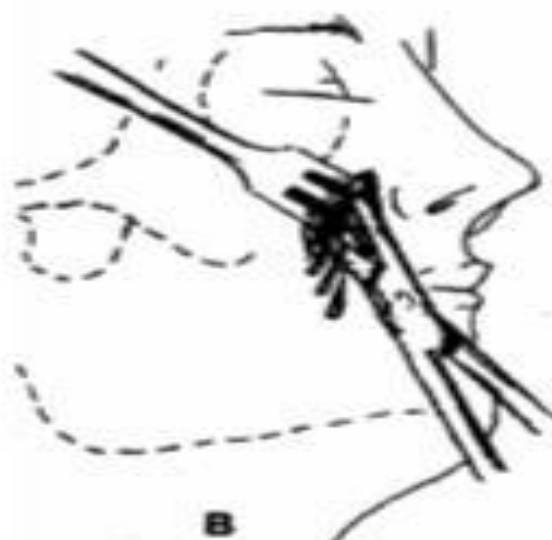
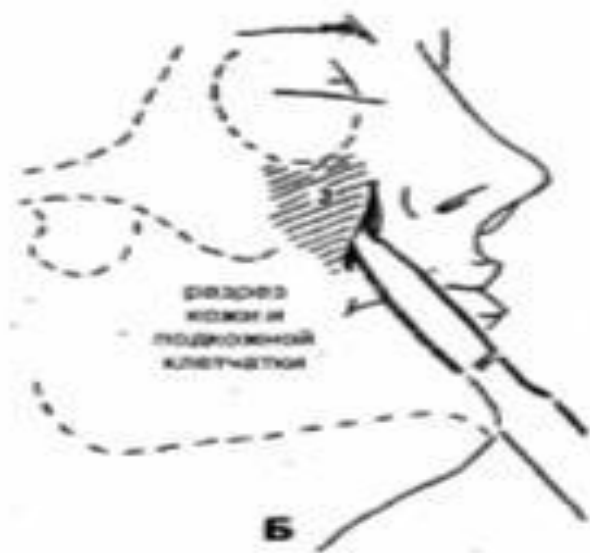
B



Г

При поверхностной локализации инфекционно-воспалительного процесса в подглазничной области:

1. Обезболивание — местная инфильтрационная анестезия на фоне премедикации.
2. Разрез кожи и подкожной клетчатки по ходу носогубной складки длиной 2,5-3 см (рис. 25, А, Б). Гемостаз.
3. Вскрытие гнойного очага в подглазничной области расслоением подкожножировой клетчатки с помощью кровоостанавливающего зажима по направлению к центру воспалительного инфильтрата (рис. 25, В).
4. Введение в клетчатку подглазничной области (в полость гнойного очага) через операционную рану ленточного дренажа из перчаточной резины или полиэтиленовой пленки (рис. 25, Г).
5. Наложение асептической повязки с гипертоническим раствором, антисептиками.



- **Топографическая анатомия скуловой области**
- **Границы области.** Скуловая область соответствует расположению скуловой кости (*os zygomaticum*), края которой являются границами области (рис. 43): верхняя — нижне-наружный край глазницы (выше и кзади располагается передненижний отдел височной области, выше и кпереди — глазница), нижняя — нижний край скуловой кости и ее височного отростка (ниже располагается щечная область), передняя — скулочелюстной шов (кпереди располагается подглазничная область), задняя граница соответствует височно-скуловому шву (кзади располагается околоушно-жевательная область). В подкожной клетчатке скуловой области прослеживаются начальные волокна скуловой мышцы (*m. zygomaticus*). Чувствительная иннервация обеспечивается ветвями *n. zygomaticus* (от второй ветви тройничного нерва), двигательная — одноименными ветвями лицевого нерва. Кровоснабжение осуществляется скулоглазничной артерией (*a. zygomaticoorbitalis*), отходящей от поперечной артерии лица.



Основные источники и пути проникновения инфекции

- Очаги одонтогенной инфекции в области 16 15 14 24 25 26 зубов, инфекционно-воспалительные поражения кожи, инфицированные раны скуловой области. Вторичное поражение в результате распространения инфекционно-воспалительного процесса из соседних областей: подглазничной, щечной, околоушно-жевательной, височной областей.

Характерные местные признаки абсцесса, флегмоны скуловой области

- **Жалобы** на боль в скуловой области.
- **Объективно.** Асимметрия лица за счет инфильтрации тканей. Кожа над инфильтратом напряжена, гиперемирована, пальпация вызывает боль. Может определяться флюктуация, а при распространении воспалительного процесса на m. masseter в месте прикрепления ее к скуловой кости — ограничение открывания рта.

Пути дальнейшего распространения инфекции

- Подглазничная, щечная, околоушно-жевательная, височная области, глазница.

Методика операции вскрытия абсцесса, флегмоны скуловой области

- Выбор оперативного доступа определяется локализацией инфекционно-воспалительного процесса, при поднадкостничном абсцессе скуловой области вскрытие гнойного очага осуществляют внутриворотным доступом, при флегмоне подкожно-жировой клетчатки используют оперативный доступ со стороны кожных покровов.

Методика операции вскрытия поднадкостничного абсцесса скуловой области внутриворотным доступом

- 1. Обезболивание — местная инфильтрационная анестезия на фоне премедикации.
- 2. Разрез слизистой оболочки и подлежащей надкостницы (десны) альвеолярного отростка верхней челюсти вдоль свода преддверия рта над 4, 5, 6 зубами (рис. 44, А, Б).
- 3. Отслойка надкостницы распатором в области скулоальвеолярного гребня (*crista zygomatico-alveolaris*) и кпереди от него.
- 4. Расслойка мягких тканей с помощью кровоостанавливающего зажима, продвигаемого вдоль передне наружной поверхности скуловой кости к центру воспалительного инфильтрата, вскрытие гнойного очага, эвакуация гноя (рис. 44, В).
- 5. Введение через рану в зону гнойно-воспалительного очага ленточного дренажа из перчаточной резины, полиэтиленовой пленки (рис. 44, Г) или так называемого полутрубчатого дренажа, изготавливаемого путем продольного рассечения на две половины резиновой (силиконовой) дренажной трубки.



A



Б



Б



Г

- ***Методика операции вскрытия флегмоны подкожной клетчатки скуловой области наружным доступом***
- 1. Обезболивание — местная инфильтрационная анестезия на фоне премедикации; наркоз (внутривенный, ингаляционный).
- 2. Разрез кожи и подкожной клетчатки вдоль нижнего края скуловой кости и ее височного отростка (рис. 45, А, Б). Гемостаз. Обнажение нижнего края скуловой кости (рис. 45, В).
- 3. Вскрытие гнойного очага расслоением мягких тканей над скуловой костью кровоостанавливающим зажимом, эвакуация гноя (рис. 45, Г).
- 4. Введение в рану ленточного дренажа из перчаточной резины или полиэтиленовой пленки (рис. 45, Д).
- 5. Наложение ватно-марлевой асептической повязки с гипертоническим раствором, антисептиками.

