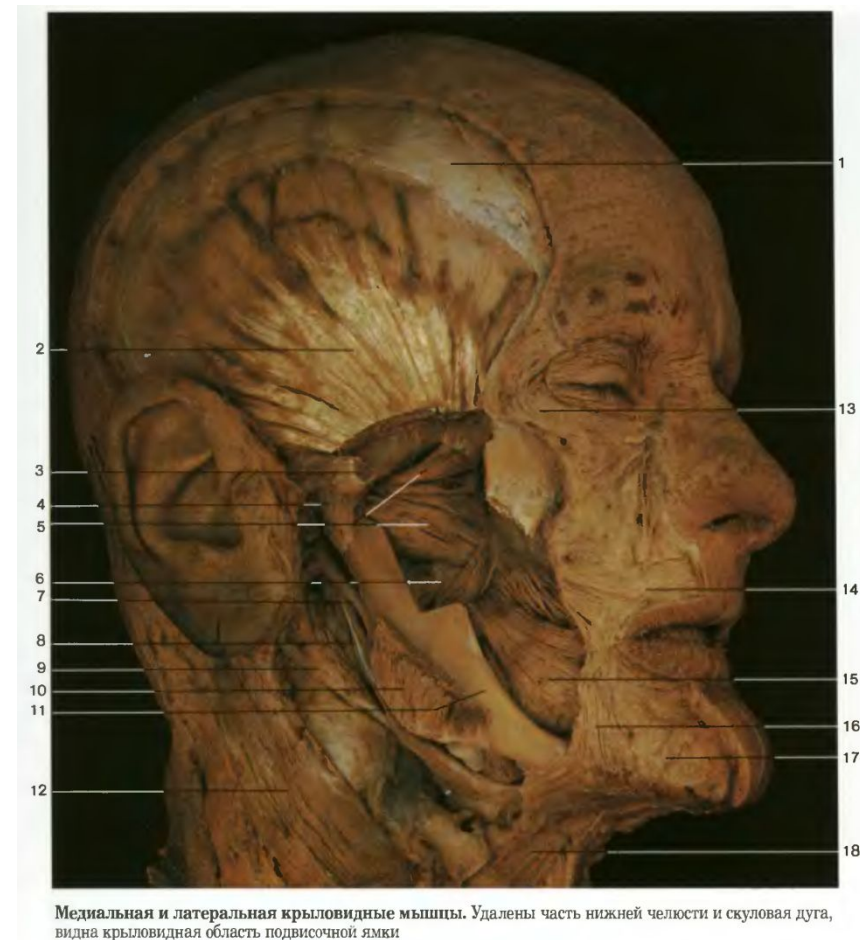
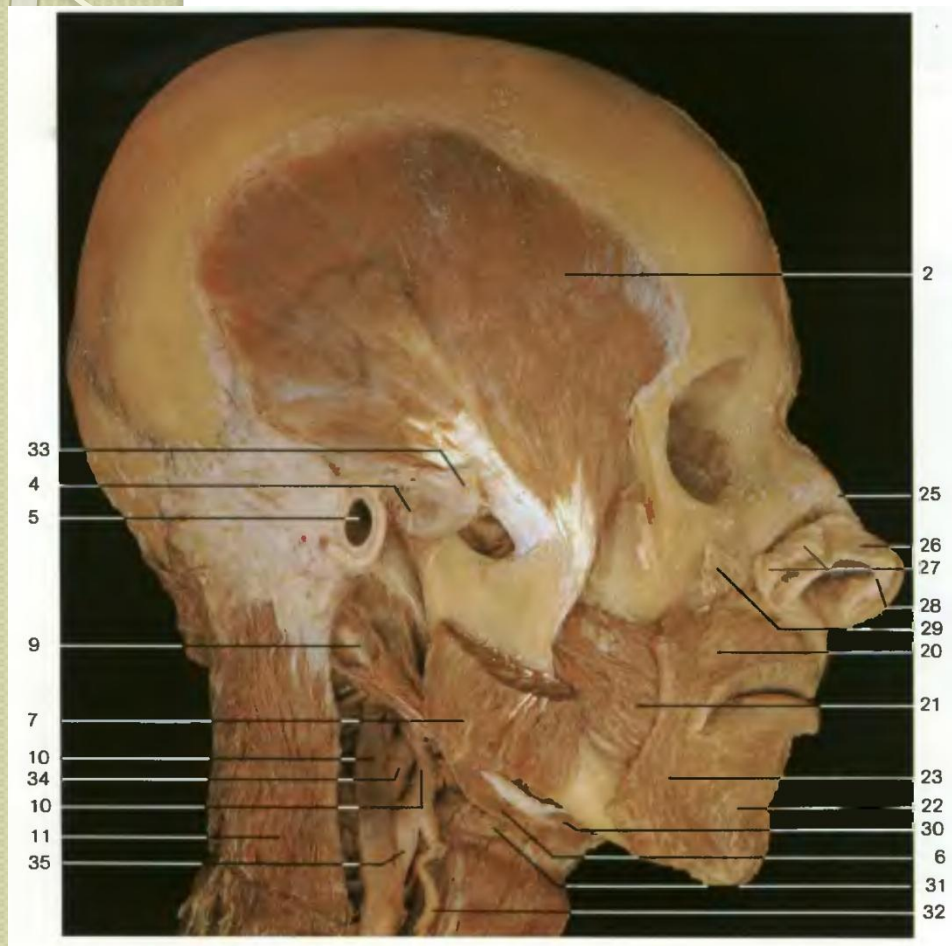
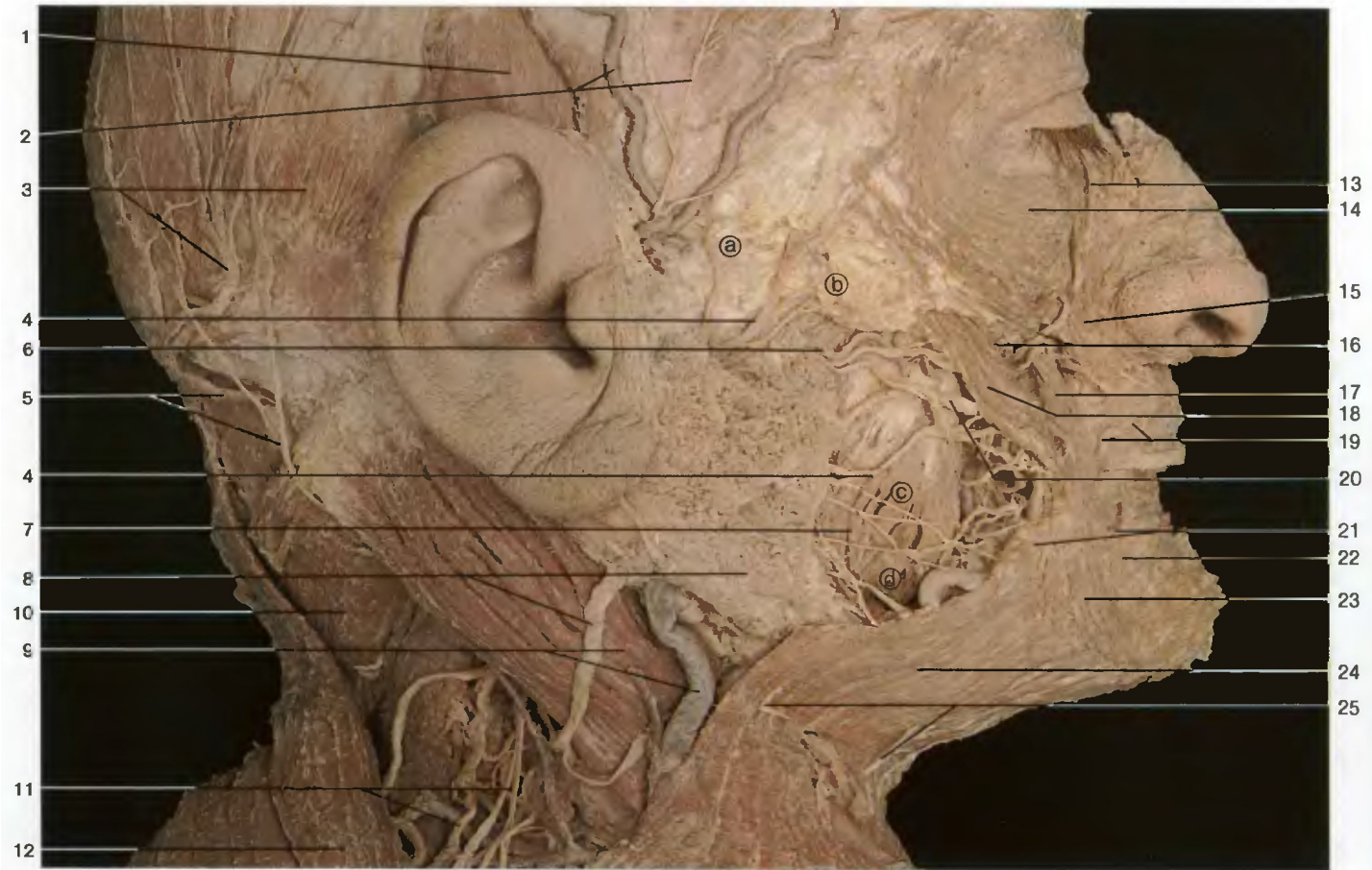




Клиническая анатомия боковой области лица

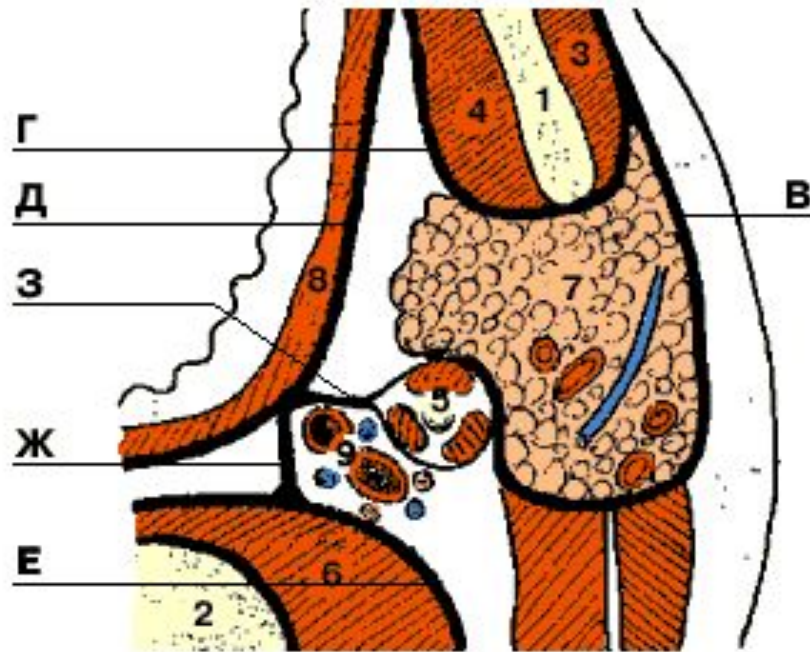
Боковая область лица



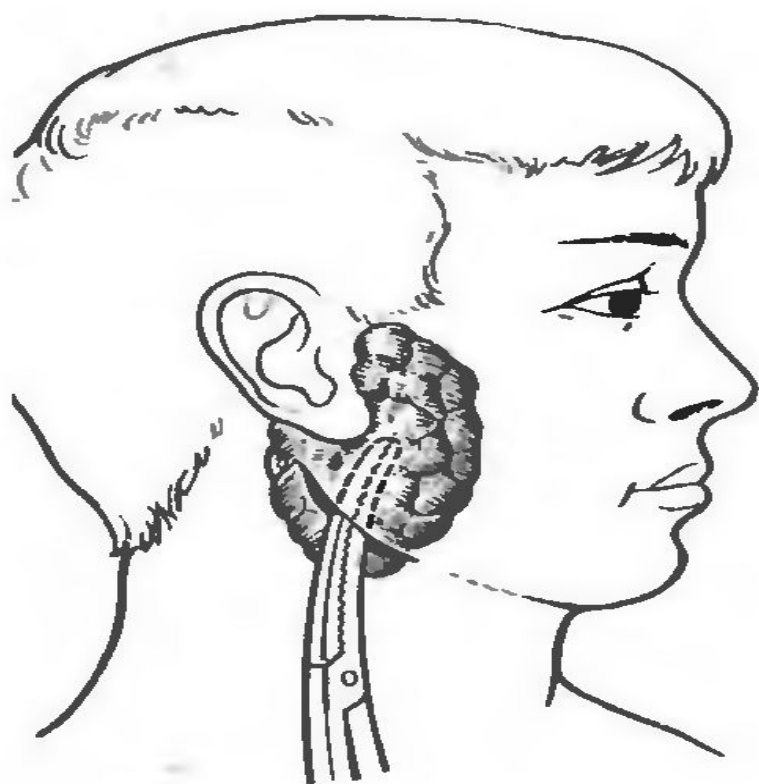


Боковая поверхность лица. Периферическое расположение лицевого нерва. а-в = ветви лицевого нерва: а = височная ветвь; в = скуловая ветвь; с = щечная ветвь; d = краевая нижнечелюстная ветвь

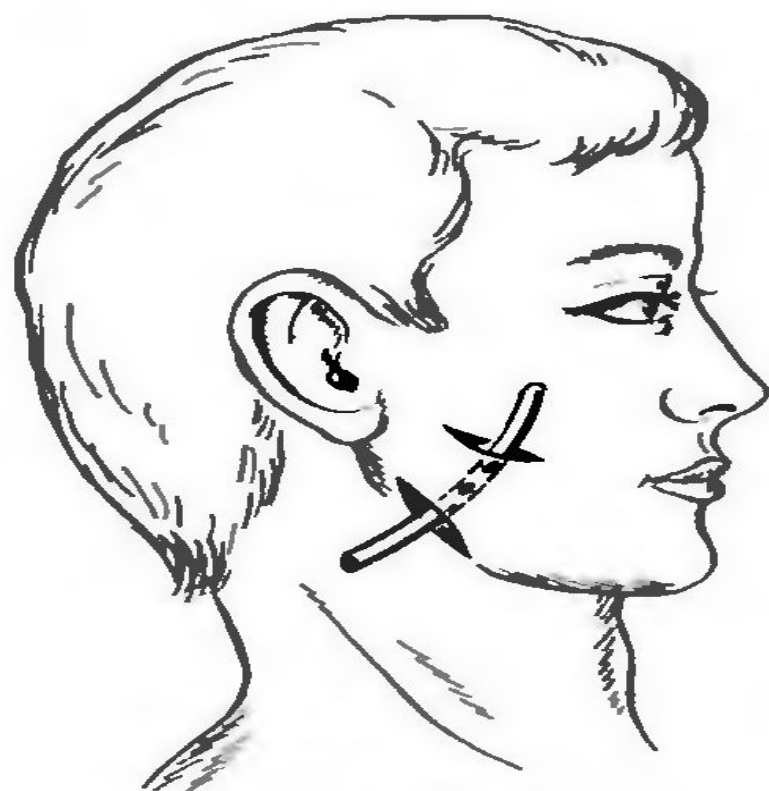
Горизонтальный распил лицевого отдела черепа



- 1 Ветвь нижней челюсти
- 2 Тело 2-го шейного позвонка
- 3 Жевательная мышца
- 4 Медиальная крыловидная мышца
- 5 Шиловидный отросток и мышечный пучок
- 6 Предпозвоночные мышцы
- 7 Околоушная слюнная железа
- 8 Глотка
- 9 сосудисто-нервный пучок (внутренняя сонная артерия, внутренняя яремная вена, блуждающий, языкоглоточный, подъязычный, добавочный нервы)
- В Околоушно-жевательная фасция
- Г Межкрыловидная фасция
- Д Окологлоточная фасция
- Е Предпозвоночная фасция
- Ж Глоточно-позвоночный отрог фасции
- З Шилоглоточный отрог фасции (шило-диафрагма)



а



б

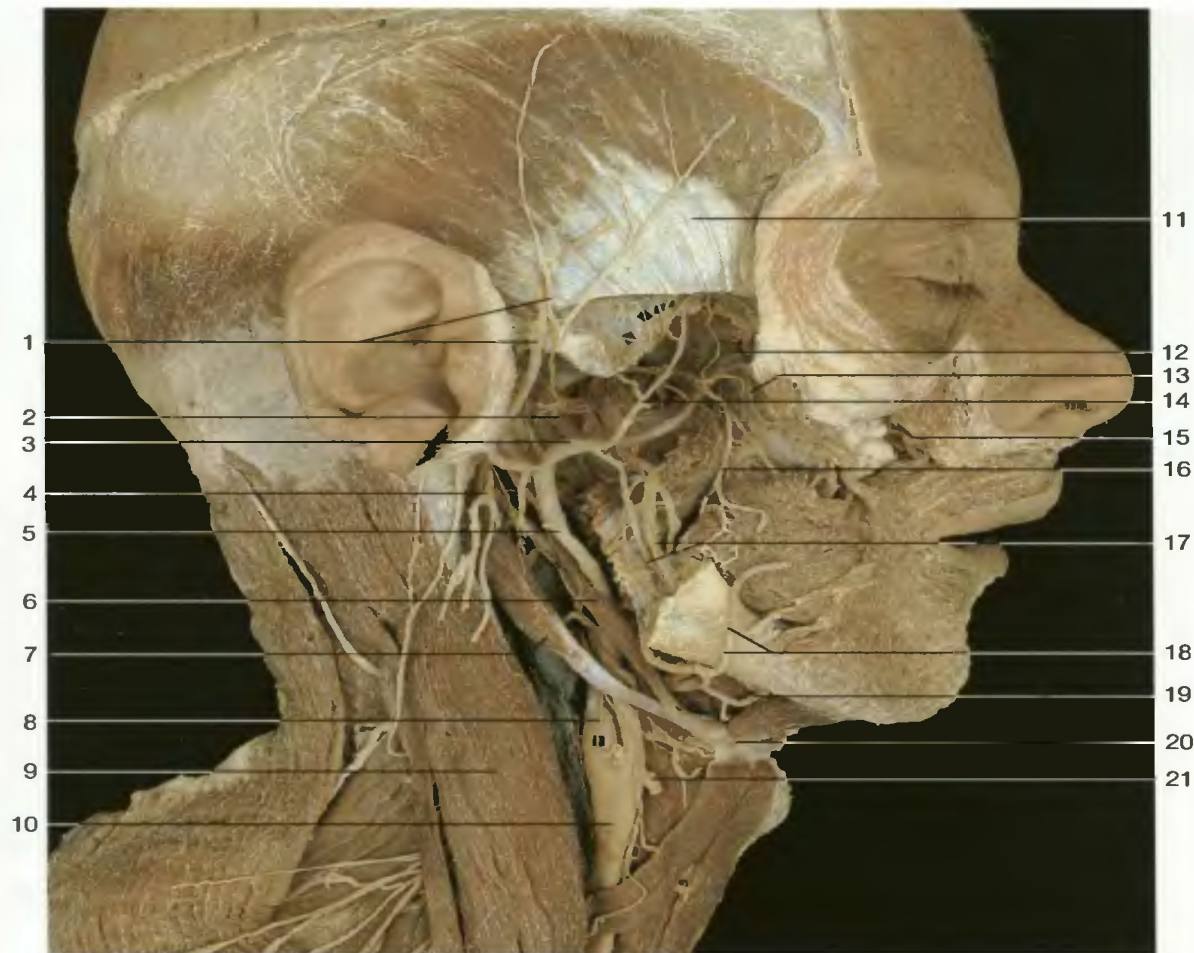
Рис. 6-52. Вскрытие абсцесса околоушной железы, а — вскрытие железы у её нижнего полюса одним разрезом, б — вскрытие железы у её нижнего полюса двумя разрезами, дренирование. (Из: Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)

Глубокая область лица



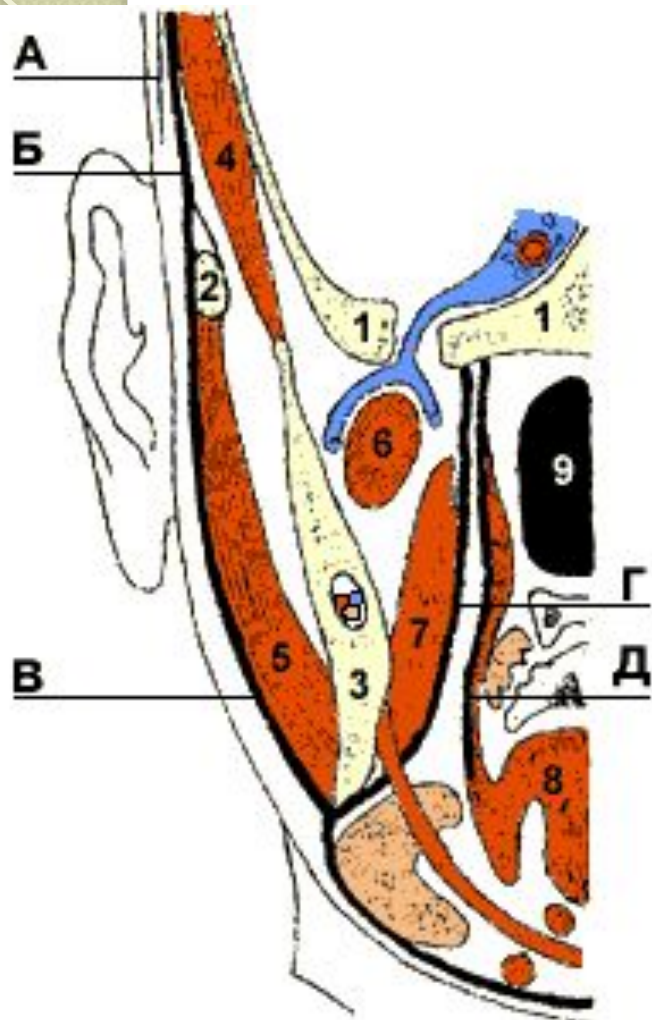
Крыловидная и нёбная мышцы (вид сзади)

Верхнечелюстная артерия



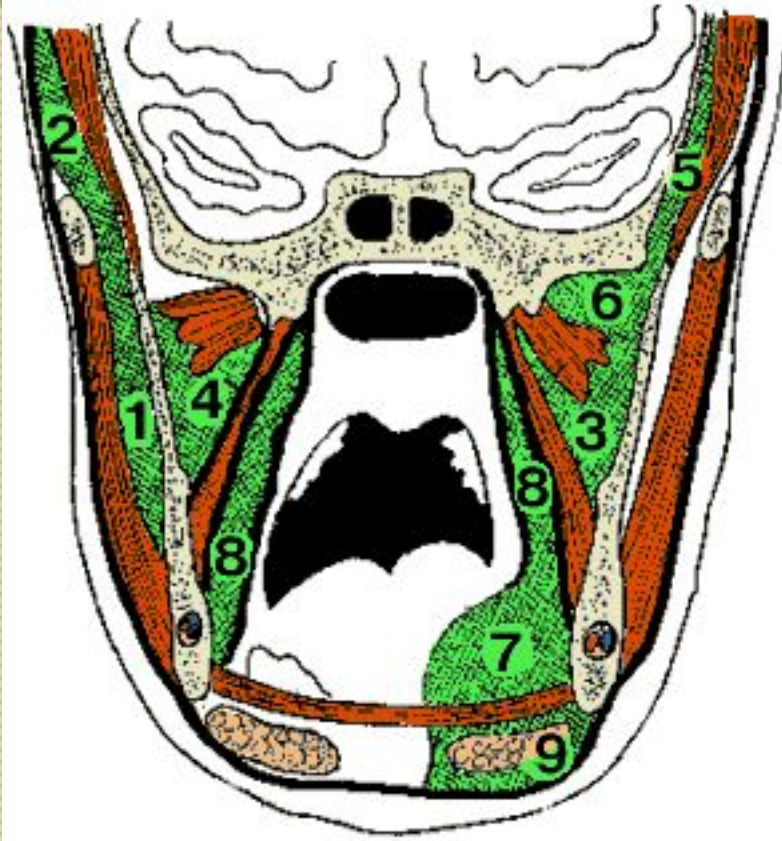
Рассечение челюстной артерии. Нижняя челюсть и латеральная крыловидная мышца частично удалены

Фронтальный распил лицевого отдела черепа



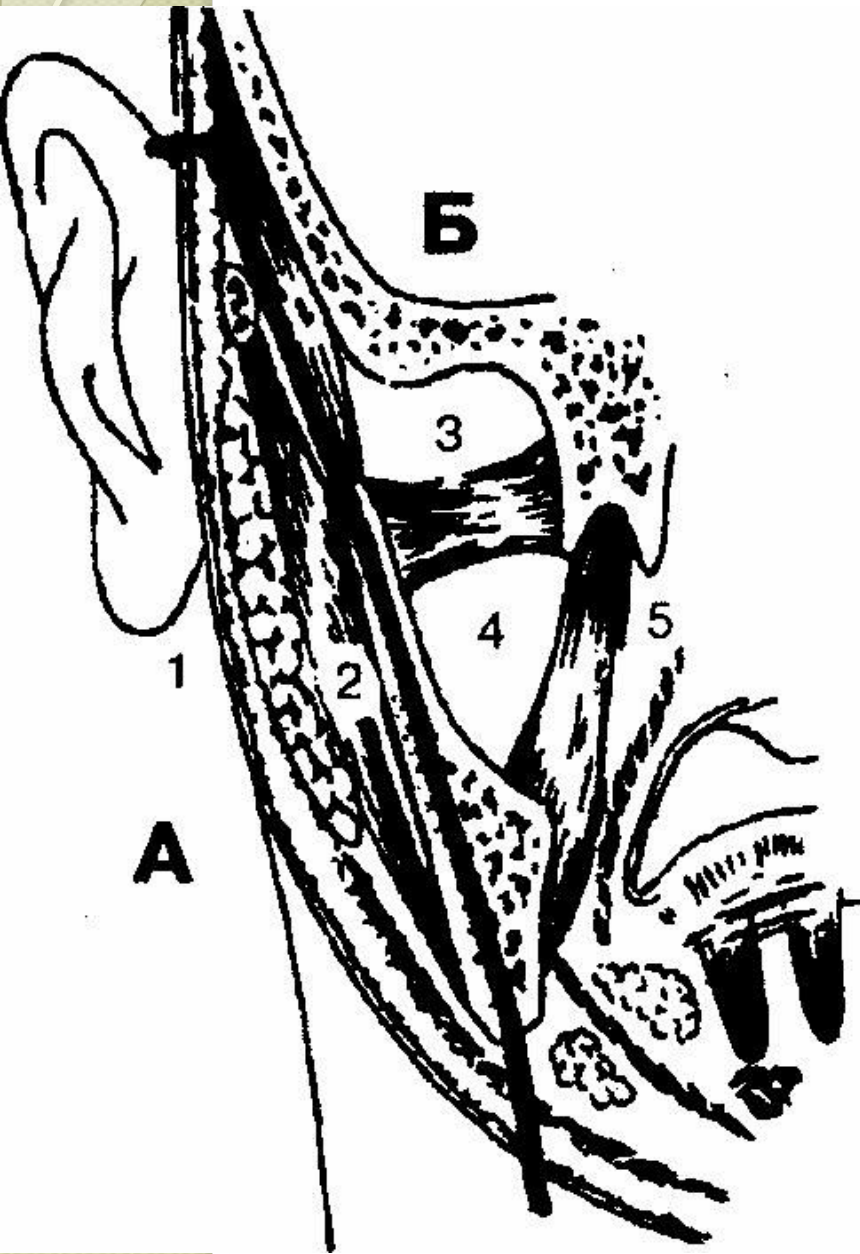
- 1 Кости основания черепа
- 2 Скуловая дуга
- 3 Ветвь нижней челюсти
- 4 Височная мышца
- 5 Жевательная мышца
- 6 Латеральная крыловидная мышца
- 7 Медиальная крыловидная мышца
- 8 Мышцы языка
- 9 Глотка
- 10 Подчелюстная слюнная железа
- А Поверхностная фасция височной области
- Б Височная фасция
- В Околоушножевательная фасция
- Г Межкрыловидная фасция
- Д Окологлоточная фасция

Флегмоны лица



- 1 Флегмоны жевательно-челюстной щели
- 2 Флегмоны подфасциальной щели височного клетчаточного пространства
- 3 Флегмона крыловидно-челюстной щели
- 4 Флегмона межкрыловидной щели
- 5 Флегмона глубокой щели височного клетчаточного пространства
- 6 Флегмона подвисочной ямки
- 7 Флегмона латеральной щели подъязычного клетчаточного пространства
- 8 Окологлоточная флегмона
- 9 Подчелюстная флегмона области шеи.

Локализация абсцессов (флегмон) в боковой области головы:

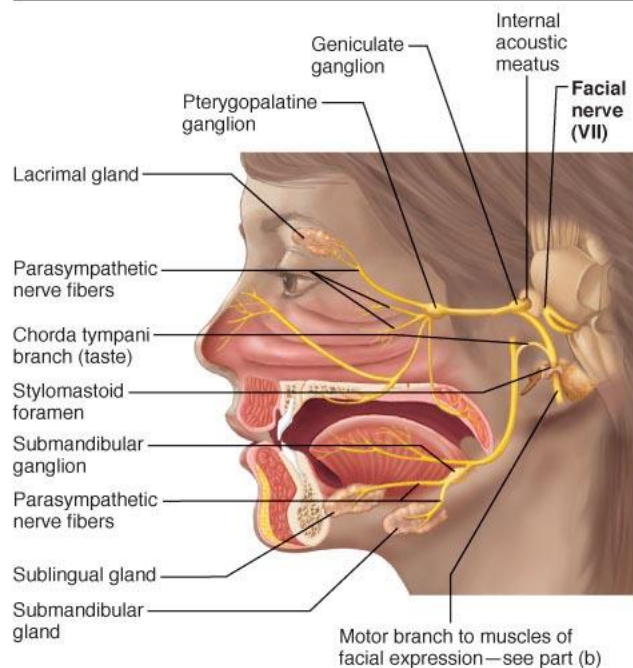


- А — поверхностная область:
- 1 — regio parotidea,
- 2 — spatium submassetericum;
- Б — глубокая область:
- 3 — fossa infratemporalis,
- 4 — spatium pterygomandibulare,
- 5 — spatium parapharyngeum

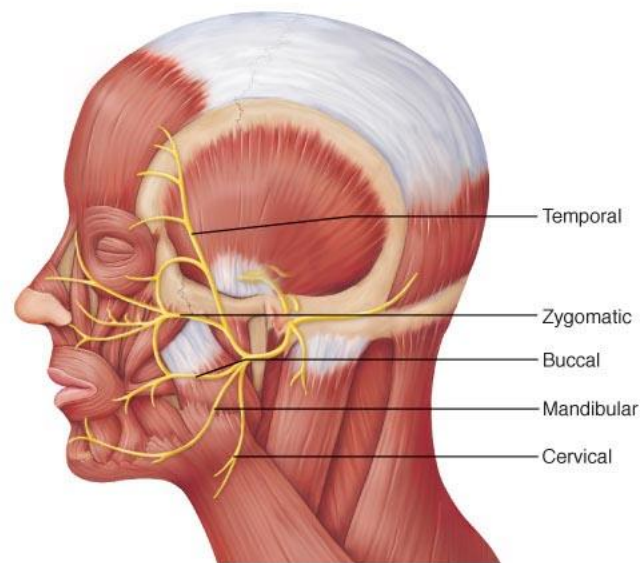
TABLE 13.2

Cranial Nerves (continued)

VII The Facial Nerves



(a) Parasympathetic efferents and sensory afferents

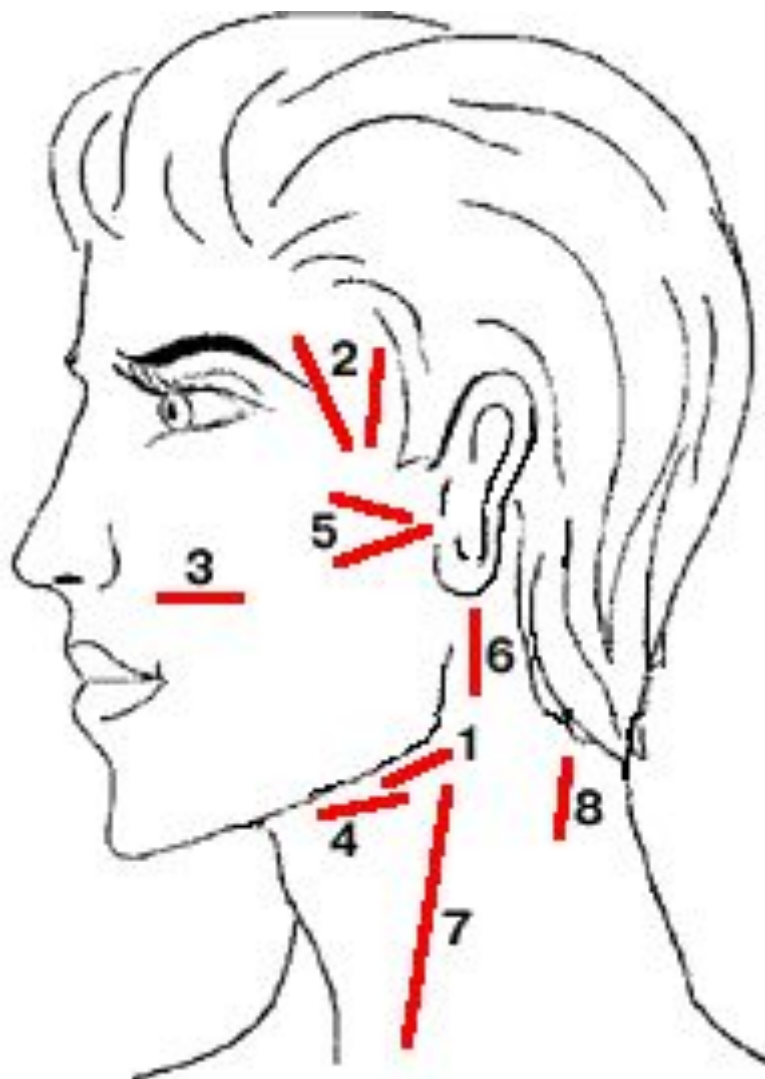


(b) Motor branches to muscles of facial expression and scalp muscles (see pp. 329–331)



(c) A simple method of remembering the courses of the five major motor branches of the facial nerve

Разрезы при флегмонах лица и шеи



Границы подвисочной ямки:

- — верхняя — нижний отдел височной поверхности большого крыла клиновидной кости (*facies temporalis ossis sphenoidalis*), расположенный ниже подвисочного гребня (*crista infratemporalis*),
- — передняя — бугор верхней челюсти (*tuber maxillae*), а также височная поверхность скуловой кости (*facies temporalis ossis zygomaticum*),
- — внутренняя — латеральная пластинка крыловидного отростка (*lamina lateralis ossis sphenoidalis*),
- — наружная — внутренняя поверхность ветви нижней челюсти (*ramus mandibulae*) и сухожилие височной мышцы,
- — задняя — шиловидный отросток (*processus styloideus*) височной кости с прикрепляющимися к нему мышцами (*mm. stylohyoideus, styloglossus, stylopharyngeus*),
- — снизу подвисочная ямка замыкается тонким листком щечноглоточной фасции (*fascia buccopharyngea*), а позади нее сообщается с клетчаткой крыловидно-челюстного пространства. Кроме того, через *fissura orbitalis inferior* подвисочная ямка сообщается с глазницей, а через *fissura pterygomaxillaris* — с крыловидно-небной ямкой.

Основные источники и пути проникновения инфекции

- Очаги одонтогенной инфекции в области 18 17 27 28 зубов,
- инфицирование во время проведения проводниковой анестезии у бугра верхней челюсти (так называемая туберальная анестезия).
- Вторичное поражение в результате распространения инфекции по протяжению из крыловидно-челюстного пространства, из височной, щечной, околоушно-жевательной областей.

Подвисочная ямка

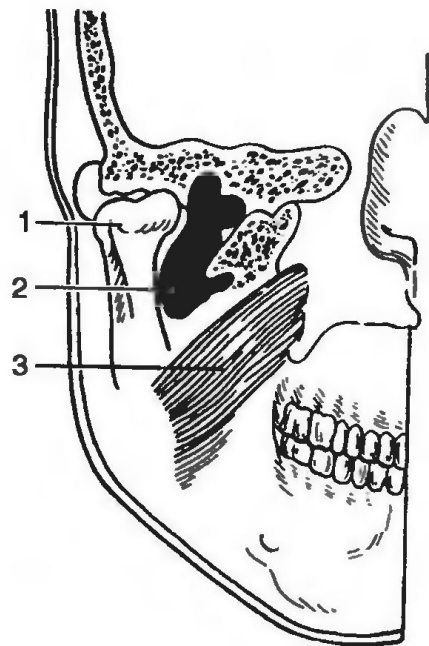


Рис. 6-46. Схема локализации флегмоны подвисочной крылонебной ямки. 1 — головка нижней челюсти, 2 — палительный инфильтрат, 3 — медиальная крыловидная мышца. (Из: Козлов В.А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь. — М., 1988.)

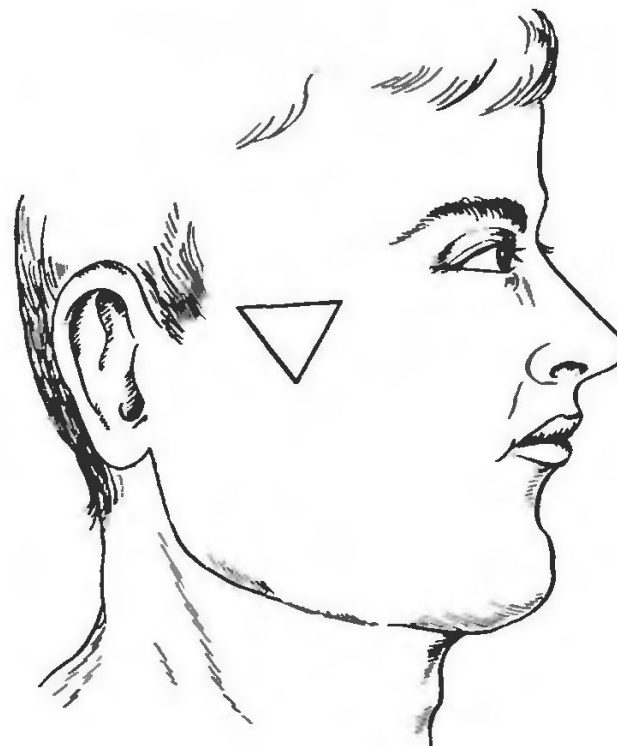


Рис. 6-45. Проекция крылонебной ямки на кожу. (Из: Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)

Характерные местные признаки абсцесса, флегмоны подвисочной области

- Жалобы на боль в глубине бокового отдела головы («за верхней челюстью») с широкой зоной иррадиации — височная область, глаз, зубы верхней челюсти.
- **Объективно.** Местные признаки воспаления выявляются при осмотре и обследовании со стороны полости рта в виде сглаженности заднего отдела свода преддверия рта, гиперемии слизистой оболочки. При пальпации определяется инфильтрат за бугром верхней челюсти, давление на него вызывает боль. Открывание рта умеренно ограничено.

Пути дальнейшего распространения инфекции

- Височная,
- околоушно-жевательная области,
- крыловидно-челюстное
- окологлоточное пространства,
- глазница,
- кости основания черепа
- (возможно дальнейшее распространение инфекционно-воспалительного процесса на оболочки головного мозга).

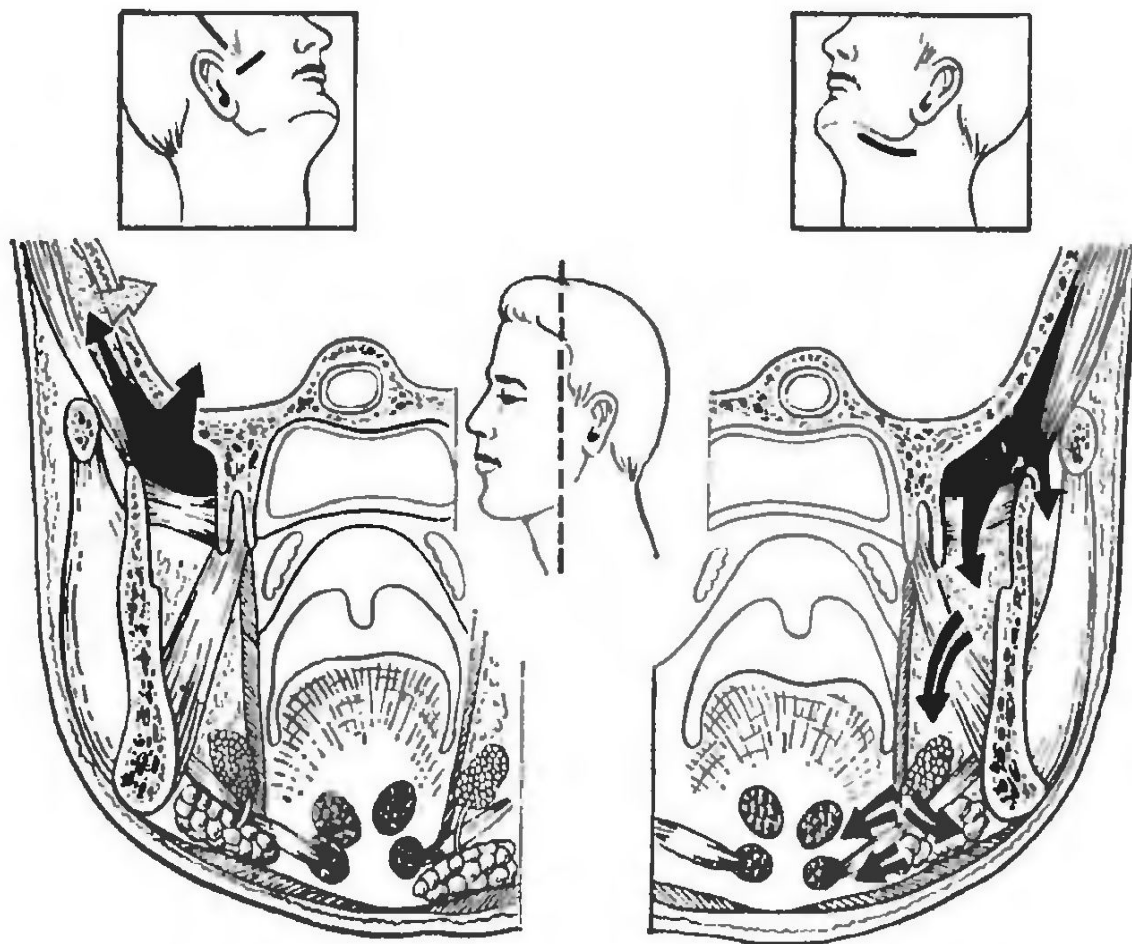
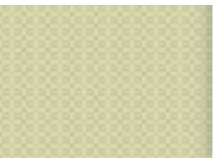


Рис. 6-47. Возможные пути распространения инфекционного воспалительного процесса из подвисочной ямки. (Из: Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи / Под ред. А.Г. Шаргородского. — М., 1985.)



Методика операции вскрытия абсцесса, флегмоны подвисочной ямки

• ВНУТРИРОТОВОЙ ДОСТУП.

- 1. Обезболивание — местная инфильтрационная анестезия на фоне премедикации.
- 2. Разрез слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти на 2-3 мм ниже переходной складки и параллельно ей над большими коренными зубами длиной 1,5-2 см.
- 3. Отслойка распатором верхнего края раны от бугра верхней челюсти на 1-1,5 см.
- 4. Ревизия подвисочного пространства путем расслоения клетчатки с помощью кровоостанавливающего зажима, вскрытие абсцесса, эвакуация гноя.
- 5. Введение ленточного резинового дренажа в подвисочное клетчаточное пространство через операционную рану во рту

Абсцесс, флегмона крыловидно-челюстного пространства (*spatium pterygomandibulare*)

Границы.

- **Крыловидно-челюстное пространство** расположено между внутренней поверхностью ветви нижней челюсти и крыловидными мышцами.
- **Оно имеет следующие границы:**
- **верхняя** — латеральная крыловидная мышца (*m. pterygoideus lateralis*) и межкрыловидная фасция,
- **нижняя** — верхняя линия прикрепления сухожилия внутренней крыловидной мышцы к ветви нижней челюсти (*m. pterygoideus medialis*),
- **наружная** — внутренняя поверхность ветви нижней челюсти (*ramus mandibulae*),
- **внутренняя** — задняя и наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы,
- **передняя** — щечно-глоточный шов (*raphe buccopharyngea*).

Сообщения крыловидно-челюстного пространства

- По направлению **кверху** крыловидно-челюстное пространство непосредственно соединяется с **межкрыловидным промежутком** (между наружной и внутренней крыловидными мышцами), а затем продолжается в **височно-крыловидный промежуток**, находящийся между наружной поверхностью латеральной крыловидной мышцы и конечным отделом височной мышцы (у места прикрепления ее к венечному отростку нижней челюсти).
- Вдоль внутренней поверхности височной мышцы височно-крыловидный промежуток сообщается с **глубоким (подмышечным) пространством височной области, с подвисочным клетчаточным пространством.**
- По направлению **кпереди** клетчатка крыловидно-челюстного пространства соприкасается с **жировым комком щеки** (corpus adiposum buccae), отделяясь от последнего сравнительно тонкой фасциальной пластинкой.
- Таким образом, крыловидно-челюстное пространство **не имеет** замкнутых границ в задневерхнем и переднем отделах.

Через височно-крыловидный и межкрыловидный промежутки проходят

- верхнечелюстная артерия (a. maxillaris), и ее ветви (в частности, нижняя альвеолярная артерия — a. alveolaris inferior, которая проходит в нижнюю челюсть через canalis mandibulae),
- ветви нижнечелюстного нерва (n. alveolaris inferior и n. lingualis)
- и многочисленные вены, из которых формируется крыловидное венозное сплетение (plexus pterygoideus).

Основные источники и пути проникновения инфекции

- Очаги одонтогенной инфекции в области нижних третьих моляров, в частности, при затрудненном прорезывании этих зубов, осложненном развитии перикоронарита,
- а также инфицирование во время выполнения проводниковой мандибулярной, торусальной анестезии (по М.М. Вейсбрему).

Характерные местные признаки абсцессов и флегмон крыловидно-челюстного пространства

- **Жалобы** на боль в горле, усиливающуюся при открывании рта, жевании, глотании; ограничение открывания рта.
- **Объективно.** Лицо симметричное, кожные покровы обычной окраски.
- Открывание рта резко ограничено из-за воспалительной контрактуры внутренней крыловидной мышцы,
- может наблюдаться уменьшение амплитуды бокового перемещения нижней челюсти в «здоровую» сторону.
- Слизистая оболочка в области крыловидно-челюстной складки (plica pterygomandibularis) отечна, гиперемирована.
- Пальпация этой зоны вызывает боль.

Пути дальнейшего распространения инфекции

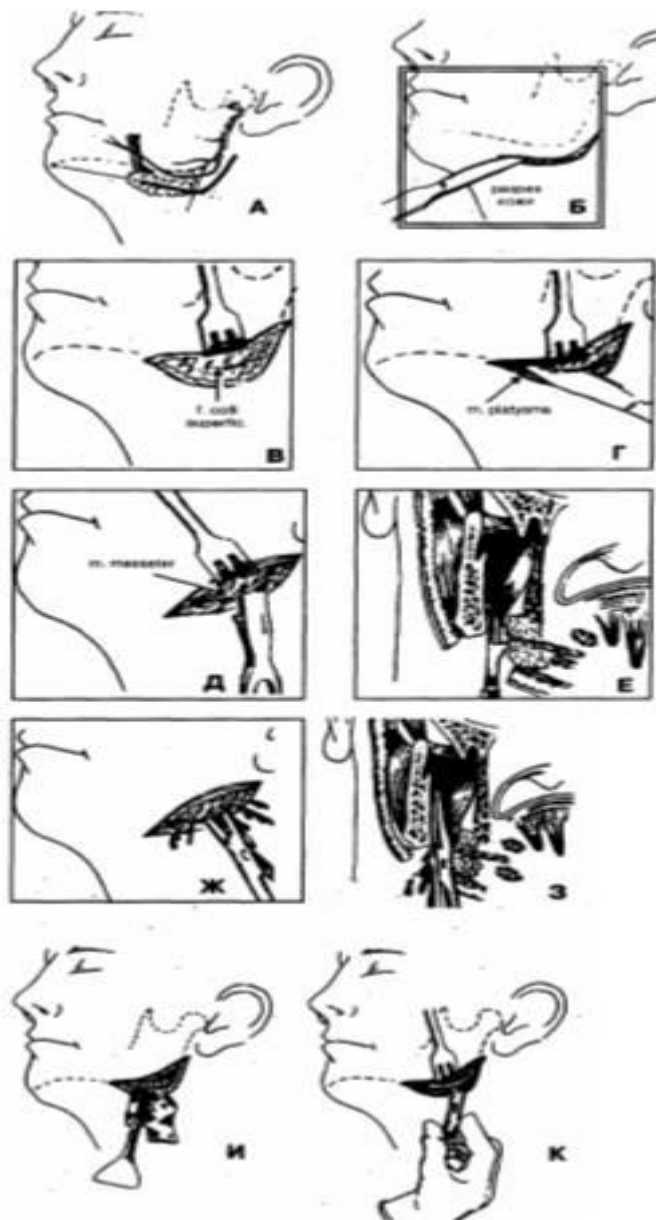
- Окологлоточное пространство
- позадичелюстное пространство,
- Щечная область
- поднижнечелюстная область,
- подвисочная ямка
- височная ямки

Методика операции вскрытия абсцесса крыловидно-челюстного пространства внутриротовым доступом

- При абсцессе крыловидно-челюстного пространства, нередко возникающего после проводниковой анестезии нижнего луночкового нерва вследствие нагноения гематомы, вскрытие гнойно-воспалительного очага обычно осуществляют внутриротовым доступом.
- 1. Обезболивание — местная инфильтрационная анестезия в области крыловидно-челюстной складки в сочетании с проводниковой анестезией по Берше-Дубову, В.М.Уварову на фоне премедикации.
- 2. Разрез слизистой оболочки вдоль наружного края крыловидно-челюстной складки длиной около 2,5-3 см.
- 3. Разведение краев раны с расслоением подслизистого слоя клетчатки и межкрыловидной фасции при помощи кровоостанавливающего зажима.
- 4. Вскрытие гнойного очага путем расслоения клетчатки крыловидно-челюстного пространства вдоль внутренней поверхности ветви нижней челюсти с помощью кровоостанавливающего зажима.
- 5. Введение через операционную рану ленточного дренажа из перчаточной резины или полиэтиленовой пленки в крыловидно-челюстное пространство. Для предупреждения смещения дренажа вглубь операционной раны его можно фиксировать швом к краю раны.

Методика операции вскрытия флегмоны крыловидно-челюстного пространства наружным поднижнечелюстным доступом

- 1. Обезболивание — наркоз (внутривенный, ингаляционный) или местная инфильтрационная анестезия в сочетании с проводниковой анестезией по Берше-Дубову, Уварову, А.В. Вишневскому на фоне премедикации.
- 2. Разрез кожи и подкожной клетчатки, окаймляющий угол нижней челюсти, отступя на 1,5-2 см книзу и кзади от края челюсти с целью предупреждения повреждения краевой ветви лицевого нерва (r. marginalis mandibulae).
- 3. Отслойка верхнего края раны от подкожной мышцы (m. platysma) и покрывающей ее поверхностной фасции шеи (fascia colli superficialis) с помощью куперовских ножниц, марлевого тампона до появления в ране угла нижней челюсти. При этом вместе с подкожно-жировой клетчаткой смещается вверх и краевая ветвь лицевого нерва.
- 4. Пересечение скальпелем подкожной мышцы шеи (m. platysma) в месте прикрепления ее к углу челюсти и части сухожилия внутренней крыловидной мышцы (m. pterygoideus medialis) в месте его прикрепления к нижней челюсти. Гемостаз.
- 5. Отслойка распатором сухожилия внутренней крыловидной мышцы (m. pterygoideus medialis) от внутренней поверхности нижней челюсти.
- 6. Вскрытие гнойного очага расслоением клетчатки крыловидно-челюстного пространства с помощью кровоостанавливающего зажима. Окончательный гемостаз.
- 7. Введение через операционную рану в крыловидно-челюстное пространство ленточного или трубчатого дренажа.
- 8. Наложение асептической ватно-марлевой повязки с гипертоническим раствором, антисептиками, а при использовании трубчатого дренажа — подключение аппаратуры (системы), обеспечивающей возможность проведения диализа и вакуумного дренирования раны без снятия повязки.



Методика
операции
вскрытия
флегмоны
крыловидно-
челюстного
пространства
наружным
поднижнечелю-
стным
доступом

spatium peripharyngeum

- Окологлоточное или **парафарингеальное пространство** (spatium peripharyngeum) располагается сзади и сбоку от глотки.
- В нем различают боковой отдел — **spatium lateropharyngeum** (его называют собственно парафарингеальным или окологлоточным)
- и задний отдел — spatium retropharyngeum (его называют ретрофарингеальным или позади глоточным пространством).
- Границу между ними образует соединительно-тканый листок, натянутый между предпозвоночной фасцией и собственной фасцией глотки — aponeurosis pharyngopraevertebralis.

парафарингеальное пространство имеет следующие границы

- внутренняя — стенка глотки с покрывающей ее фасцией, мышцы, поднимающие и натягивающие мягкое нёбо;
- наружная — глубокий листок капсулы околоушной слюнной железы и медиальная крыловидная мышца (m. pterygoideus medialis);
- верхняя — основание черепа; нижняя — m. hyoglossus;
- передняя — межкрыловидная, щечно-глоточная фасция и латеральная крыловидная мышца (m. pterygoideus lateralis);
- задняя — глоточно-предпоззоночный апоневроз.

топография

- К парафарингеальному пространству **медиально** примыкает небная миндалина,
- **латерально** — глоточный отросток околоушной слюнной железы (в промежутке между внутренней крыловидной мышцей и шиловидным отростком).
- На этом участке наблюдается истончение, а иногда и дефект капсулы околоушной железы.
- **По латеральной границе** парафарингеального пространства, ближе к предпозвоночной фасции, располагаются сосуды и нервы.
- Наиболее латеральное положение занимает внутренняя яремная вена.
- Кнутри от нее проходит внутренняя сонная артерия, а также нервы: n. glossopharyngeus, n. vagus, n. accessorius, n. hypoglossus,
- а на предпозвоночной фасции — truncus sympathicus.
- Здесь же располагается верхняя группа глубоких шейных лимфатических узлов.
- В переднем отделе парафарингеального пространства находятся ветви восходящей небной артерии с одноименными венами.

Основные источники и пути проникновения инфекции

- Очаги тонзиллогенной инфекции,
- инфицированные раны стенки глотки.
- Вторичное поражение в результате распространения инфекции из крыловидно-челюстного пространства, поднижнечелюстной и околоушно-жевательной областей.

Характерные местные признаки абсцесса, флегмоны окологлоточного пространства

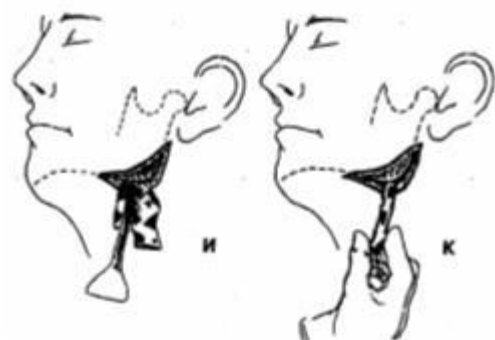
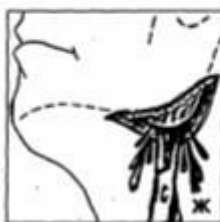
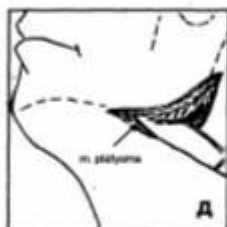
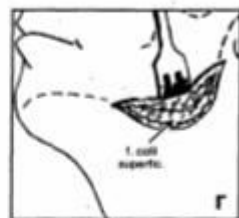
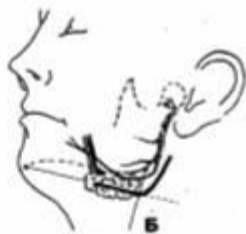
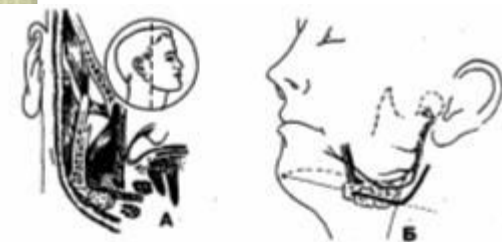
- Жалобы на боль при глотании, резко затрудняющую или исключаящую прием пищи, жидкости, проглатывание слюны.
- **Объективно.** Умеренно выраженная припухлость тканей верхнезаднего отдела поднижнечелюстной области.
- Кожные покровы обычной окраски.
- При глубокой пальпации под углом нижней челюсти определяется инфильтрат, давление на который вызывает боль.
- Может быть умеренное ограничение открывания рта за счет воспалительной контрактуры медиальной крыловидной мышцы.
- Боковая стенка глотки смещена к средней линии («выпячивается»), покрывающая ее слизистая оболочка гиперемирована.

Пути дальнейшего распространения инфекции

- Во влагалище основного сосудисто-нервного пучка шеи и далее по периваскулярной клетчатке в переднее средостение;
- вдоль боковой и задней стенок глотки в заднее средостение;
- в подъязычную и поднижнечелюстную области.

Методика операции вскрытия флегмоны окологлоточного пространства

- — обезболивание — наркоз (ингаляционный, внутривенный) или местная инфильтрационная анестезия в сочетании с проводниковой анестезией по Берше-Дубову, В.М.Уварову, А.В. Вишневскому на фоне премедикации.
- — разрез кожи и подкожной клетчатки длиной 4-5 см вдоль края нижней челюсти, отступя от него книзу на 2 см
- — отслойка верхнего края раны от подкожной шейной мышцы (*m. platysma*) и покрывающей ее поверхностной фасции шеи (*fascia colli superficialis*) с помощью кровоостанавливающего зажима, куперовских ножниц или марлевого тампона до появления в ране края нижней челюсти. При этом вместе с подкожножировой клетчаткой смещается вверх и краевая ветвь лицевого нерва.
- — пересечение подкожной мышцы шеи (*m. platysma*) в месте прикрепления ее к краю нижней челюсти (рис. 71, Д). Гемостаз (может потребоваться перевязка лицевой вены, а в тех случаях, когда для ревизии поднижнечелюстного пространства необходимо продлить разрез тканей кпереди, вскрыть капсулу поднижнечелюстной слюнной железы, — лицевой артерии), отведение верхнего полюса поднижнечелюстной слюнной железы от края нижней челюсти книзу
- — вскрытие гнойно-воспалительного очага в окологлоточном пространстве расслоением, клетчатки вдоль внутренней поверхности внутренней крыловидной мышцы (*m. pterygoideus medialis*) с помощью кровоостанавливающего зажима, эвакуация гноя
- — окончательный гемостаз.
- — введение через операционную рану в окологлоточное пространство ленточного или трубчатого дренажа
- — наложение асептической ватно-марлевой повязки с гипертоническим раствором, антисептиками, а при использовании трубчатого дренажа — подключение его к аппарату, системе, обеспечивающей возможность диализа и вакуумного дренирования раны без снятия повязки.



Методика операции
вскрытия флегмоны
окологлоточного
пространства