

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	6
Участники издания.....	7
Список сокращений.....	10
Глава 1. Организация специализированной помощи по челюстно-лицевой хирургии (В.Д. Вагнер, Л.Е. Смирнова, С.В. Тарасенко)® ⁺	
Глава 2. Обезболивание в челюстно-лицевой хирургии (С.А. Рабинович, Л.А. Заводиленко, А.С. Добродеев).....	12
2.1. Терминология.....	12
2.2. Оценка общего состояния пациента перед операцией.....	13
2.3. Классификации операционно-анестезиологического риска.....	13
2.4. Общая анестезия — методы и особенности.....	15
2.5. Премедикация и седация в челюстно-лицевой хирургии	16
2.6. Поддержание адекватной проходимости дыхательных путей	18
2.7. Кровосбережение при проведении оперативных вмешательств в челюстно-лицевой хирургии	27
2.8. Интраоперационный мониторинг	32
2.9. Особенности общей анестезии при вмешательствах на мягких тканях головы и шеи	32
2.10. Особенности общей анестезии при сосудистых мальформациях головы и шеи.....	35
2.11. Особенности общей анестезии при нейрофиброматозе	36
2.12. Особенности общей анестезии при костнопластических операциях в челюстно-лицевой области	38
2.13. Особенности общей анестезии при реконструктивных вмешательствах с аутотрансплантацией реvascularизированных свободных лоскутов, пересеживаемых в область головы и шеи	40
2.14. Особенности общей анестезии при urgentных заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области.....	42
2.15. Осложнения общей анестезии	44
Глава 3. Лучевая диагностика дефектов челюстно-лицевой области (А.П. Аржанцев)	50
3.1. Ортопантомография.....	50
3.2. Внутриротовая рентгенография	52
3.3. Внеротовая и панорамная рентгенография челюстей	54
3.4. Зонография и томография лицевого отдела черепа.....	55
3.5. Рентгенография лицевого отдела черепа.....	58
3.6. Рентгеновская компьютерная томография челюстно-лицевой области.....	59
3.7. Заключение.....	62
Глава 4. Повреждения челюстно-лицевой области (классификация, клиническая картина, диагностика и лечение) (В.А. Бельгенов, А.В. Лепилин, М.Ш. Мустафаев, И.М. Байриков, Г.Н. Рыбальгенов, А.М. Насибуллин, В.Н. Балин).....	64
4.1. Методы обследования больных.....	65
4.2. Неогнестрельные повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области. Диагностика и лечение	69
4.3. Травмы зубов.....	73
4.4. Перелом альвеолярного отростка челюстей	74
4.5. Вывих нижней челюсти (S03.0)	76
4.6. Перелом нижней челюсти.....	77
4.7. Перелом верхней челюсти	80
4.8. Лечение переломов челюстей.....	88
4.9. Переломы скуловой кости и дуги (S02.41).....	99
4.10. Переломы костей носа (S02.2)	104
4.11. Заключение.....	106
Глава 5. Воспалительные заболевания челюстной-лицевой области (под ред. Е.А. Дурново)	109
5.1. Периодонтит (Е.А. Дурново, Н.А. Беспалова)	109
5.2. Периостит (Е.А. Дурново, Н.А. Беспалова)	120
5.3. Одонтогенный остеомиелит челюстей (А.И. Яременко, М.М. Соловьев).....	126
5.4. Флегмоны и абсцессы челюстно-лицевой области (Е.А. Дурново, Н.Б. Рунова).....	143
5.5. Воспалительные заболевания лимфатической системы (Е.А. Дурново, Н.А. Беспалова)	194
5.6. Одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи (Е.А. Дурново)	201
5.7. Специфические воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (сифилис, актиномикоз, туберкулез) (Е.А. Дурново, А.М. Панин, Н.Б. Рунова, В.И. Чувицкий)	213

® — иллюстративный и текстовый материал доступен по ссылке:
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448533-PRIL.html>



5.8. Специфические воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (рожа, сибирская язва) (Е.А. Дурново, Н.Б. Рунова).....	225
5.9. Фурункул, карбункул лица и шеи (Е.А. Дурново).....	230
5.10. Диагностика и лечение осложнений острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи (Д.Ю. Харитонов, М.А. Губин, Ю.М. Харитонов, А.Л. Громов).....	232
Глава 6. Заболевания околоушной слюнной железы.....	259
6.1. Болезни и травмы слюнных желез (В.В. Афанасьев).....	259
6.2. Доброкачественные новообразования околоушной слюнной железы (Е.В. Вербо).....	273
Глава 7. Заболевания и повреждения височно-нижнечелюстного сустава (В.А. Сёмкин, П.Г. Сысолятин).....	283
7.1. Классификация заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.....	283
7.2. Принципы диагностики.....	284
7.3. Этиологические факторы, влияющие на развитие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.....	284
7.4. Основные клинические проявления, диагностика и методы лечения патологии височно-нижнечелюстного сустава, исходя из Международной классификации болезней 10-го пересмотра.....	284
7.5. Разработка классификации заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, диагностики и методов их лечения на основании собственного опыта.....	298
7.6. Диагностика и методы лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (согласно классификации отечественных авторов).....	299
Глава 8. Ортогнатическая хирургия (А.Ю. Дробышев).....	358
8.1. История развития ортогнатической хирургии.....	358
8.2. Задачи ортогнатической хирургии.....	359
8.3. Показания и сроки.....	360
8.4. Предоперационная подготовка.....	360
8.5. Анализ случая, диагностика и планирование лечения.....	367
8.6. Концепции и прогнозы ортогнатической хирургии.....	374
8.7. Наиболее распространенные ортогнатические операции.....	375
8.8. Осложнения после ортогнатической хирургии.....	386
8.9. Послеоперационное ведение пациента.....	387
Глава 9. Врожденные расщелины верхней губы, твердого и мягкого нёба (О.З. Топольницкий, Б.Н. Давыдов, С.Н. Бессонов, С.В. Чуйкин, Г.В. Гонгаков, Р.Н. Федотов, С.А. Ясонов, А.Л. Иванов, А.А. Мамедов).....	388
9.1. Врожденные расщелины лица.....	388
9.2. Врожденная расщелина альвеолярного отростка.....	390
9.3. Частота и распространенность врожденной расщелины верхней губы и нёба.....	391
9.4. Этиология врожденной расщелины верхней губы и нёба.....	391
9.5. Патогенез врожденной расщелины губы и нёба.....	393
9.6. Врожденная расщелина нёба.....	396
9.7. Односторонняя расщелина верхней губы.....	403
9.8. Хирургическое лечение врожденной расщелины верхней губы (хейлопластика).....	404
9.9. Пластика верхней губы при односторонней расщелине.....	405
9.10. Двусторонние расщелины верхней губы и альвеолярного отростка.....	405
9.11. Вторичная ринохейлопластика.....	412
9.12. Септопластика.....	417
9.13. Костная пластика расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти.....	425
9.14. Атипичные расщелины лица.....	428
9.15. Послеоперационное ведение пациентов.....	439
Глава 10. Краниосиностозы и синдромальные поражения мозгового и лицевого черепа (В.А. Бельгенко, А.В. Лопатин, С.А. Ясонов).....	443
10.1. Общие положения.....	443
10.2. Эпидемиология.....	444
10.3. Этиология.....	444
10.4. Патофизиология.....	444
10.5. Клиническая картина.....	445
10.6. Лучевая диагностика.....	447
10.7. Классификация краниосиностозов.....	450
10.8. Лечение.....	452
10.9. Прогноз.....	453
10.10. Заключение.....	454
Глава 11. Доброкачественные новообразования челюстно-лицевой области (Ю.И. Чергеиштов, А.Ю. Дробышев).....	457
11.1. Доброкачественные опухоли, исходящие из многослойного плоского эпителия.....	457
11.2. Одонтогенные опухоли, опухолеподобные поражения челюстей.....	457
11.3. Опухоли, опухолеподобные поражения фиброзной ткани.....	458
11.4. Опухоли и опухолеподобные поражения жировой ткани.....	459
11.5. Костеобразующие опухоли.....	460
11.6. Хрящеобразующие опухоли.....	460

Глава 12. Сосудистые поражения головы и шеи.....	462
12.1. Сосудистые поражения головы и шеи у детей (В.В. Рогинский, А.Г. Надтогий, А.С. Григорьян, Ю.Ю. Соколов, Ю.Л. Солдатский)	462
12.2. Сосудистые поражения головы и шеи у взрослых (А.И. Неробеев, М.Н. Большаков)	488
Глава 13. Нейрофиброматоз (А.И. Неробеев)	502
13.1. Техника проведения интерстициальной лазерной коагуляции.....	506
13.2. Эхографическая картина на разных этапах после интерстициальной лазерной коагуляции	508
13.3. Осложнения интерстициальной лазерной коагуляции	508
Глава 14. Лечение больных с параличами мимических мышц (А.И. Неробеев)	511
14.1. Понятие «паралич мимических мышц»	511
14.2. Анатомия лицевого нерва.....	512
14.3. Клинические проявления. Нарушения проводимости по лицевому нерву. Диагностика.....	514
14.4. Консервативное лечение.....	521
14.5. Хирургическое лечение.....	521
14.6. Транспозиция ветвей лицевого нерва	525
14.7. Перекрестно-лицевая трансплантация нервов (анастомоз VII x VII)	526
14.8. Использование тройничного нерва для восстановления проводимости лицевого нерва.....	527
14.9. Транспозиция мышц.....	533
14.10. Свободная трансплантация мышц	537
14.11. Проблема паралитического лагофталма	538
Глава 15. Принципы диагностики и лечения злокачественных опухолей головы и шеи (И.В. Решетов).....	542
15.1. Введение.....	542
15.2. Маршрутизация пациентов	545
15.3. Основоположники	547
15.4. Классификация опухолей органов головы и шеи.....	548
15.5. Морфология	548
15.6. Характеристики опухоли	549
15.7. Лимфатическая система головы и шеи	552
15.8. Методы диагностики.....	555
15.9. Лечение злокачественных опухолей головы и шеи	560
Глава 16. Особенности диагностических и лечебных мероприятий при остеонекрозах челюстей (Е.В. Вербо, Ю.А. Медведев).....	569
16.1. Эпидемиология	569
16.2. Классификация	569
16.3. Этиология и патогенез	570
16.4. Основные черты патологии.....	571
16.5. Клиническая картина.....	573
16.6. Алгоритм диагностических мероприятий.....	574
16.7. Дифференциальная диагностика.....	575
16.8. Принципы лечения.....	575
16.9. Особенности ведения больных в ближайшем послеоперационном периоде	577
16.10. Прогноз	577
Глава 17. Принципы восстановления тканей лица (А.И. Неробеев).....	579
Глава 18. Микрохирургическая аутотрансплантация тканей в челюстно-лицевой хирургии (Е.В. Вербо)	594
18.1. Введение.....	594
18.2. История и состояние проблемы пластического устранения комбинированных дефектов лица	595
18.3. Классификация комбинированных дефектов лица, подлежащих микрохирургической реконструкции	599
18.4. Методики формирования реваскуляризированных аутотрансплантатов для устранения комбинированных дефектов лица	603
18.5. Особенности моделирования реваскуляризированной кости для устранения дефектов лица	614
18.6. Предоперационное планирование и послеоперационная оценка результатов микрохирургических аутотрансплантаций у пациентов с комбинированными дефектами лица	617
18.7. Осложнения после микрохирургической аутотрансплантации тканей.....	626
18.8. Заключение.....	636
Глава 19. Особенности комплексного стоматологического лечения больных с дефектами лица и челюстей.....	642
19.1. Особенности ортопедического стоматологического лечения пациентов с приобретенными дефектами челюстей (Р.Ш. Гветадзе, С.Д. Арутюнов, Н.Б. Асташина, А.С. Арутюнов, С.В. Абрамян, Т.З. Чкадуа, Е.В. Вербо, С.Б. Буцан)	642
19.2. Основные виды протезов в структуре ортопедического стоматологического лечения пациентов с приобретенными дефектами челюстей, изготовленные с помощью современных стоматологических технологий (С.Д. Арутюнов, Р.Ш. Гветадзе, А.С. Арутюнов).....	649
19.3. Экстраоральное протезирование (эктопротезирование) (Т.З. Чкадуа, С.В. Абрамян)	672
19.4. Заключение.....	686
Предметный указатель.....	688

Механизмы развития внутричерепных осложнений гнойных заболеваний лица и шеи

Как показывают многочисленные клинические наблюдения, самые различные по характеру, локализации и распространенности острые воспалительные заболевания ЧЛО и шеи могут сопровождаться проникновением инфекции в полость черепа с развитием воспаления вещества мозга, его оболочек и синусов. Клинических примеров можно привести много и следует согласиться с тем, что внутричерепные осложнения могут развиваться у любого больного с гнойным заболеванием в области лица и шеи.

Анатомический материал, накопленный клиницистами за многие годы, принес большую пользу, объясняя строение и различие в расположении вен лица. Большое значение имеют формы и связи между венами лица и синусами твердой мозговой оболочки, играющие большую роль в распространении инфекции.

Наиболее полно эта проблема отражена в анатомических и экспериментальных исследованиях М.А. Сресели (1957), выделяющих три наиболее вероятных гематогенных пути распространения инфекции в полость черепа. Наиболее вероятным в практике ЧЛХ является первый вариант, когда воспалительный процесс локализуется в поверхностных отделах нижней челюсти или средней зоны лица, распространяется на стенку лицевой вены, анастомозирующей с угловой веной носа, имеющей прямую связь с венами орбиты и кавернозным синусом твердой мозговой оболочки. Второй путь связан с крылонёбным венозным сплетением, который через систему глазничных вен анастомозирует с кавернозным синусом. Третий путь носит контактный характер с вовлечением в процесс сосцевидного отростка, диплоэтических вен с последующим развитием воспалительного процесса в области мозговой оболочки или с развитием синустромбозов. Такой путь инфицирования характерен для отогенных внутричерепных осложнений.

Как показали наши наблюдения, внутричерепные осложнения возникали и развивались на фоне сепсиса. Однако общемозговые симптомы как бы затуше-

вывались, отходили на второй план и не исследовались лечащим врачом.

Таким образом, диагностика внутричерепных осложнений синхронизируется с необходимостью выявления сепсиса. При острых воспалительных заболеваниях лица и шеи, но на фоне сепсиса угроза развития внутричерепных осложнений резко повышается, что позволяет подобных больных отнести в группу риска.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

Среди многочисленных вторичных воспалительных заболеваний головного мозга, его оболочек, венозных синусов, у гнойных больных стоматологического профиля выявляются такие как токсико-инфекционный отек оболочек головного мозга, менингит и менингоэнцефалит, тромбоз кавернозного синуса, абсцесс головного мозга. Описание других форм вторичных внутричерепных процессов у больных с очагами одонтогенного инфицирования, фурункулами и карбункулами в доступной литературе нами не установлено. В силу этих причин мы останавливаемся на описании этих осложнений.

Токсико-инфекционный отек оболочек головного мозга у больных с гнойными заболеваниями лица и шеи

У большинства больных начало заболевания острое. Сознание ясное, часто наблюдаются возбуждение, беспокойство, реже заторможенность (Folley, 1959). Заболевание сопровождается сильной головной болью с преимущественной локализацией в области лба и висков (Куранов В.И., 1971). Возможны диплопия, судорожные состояния с потерей сознания (по типу эпилептических припадков). Менингеальный синдром не является при токсическом отеке оболочек головного мозга истинным, а носит характер менингизма (Дайняк Л.Б., 1975).

Под нашим наблюдением находились 28 больных с токсико-инфекционным отеком оболочек головного мозга. Токсический отек оболочек головного мозга чаще наблюдался при гнойничковых заболеваниях лица (39,2%), в меньшей степени — при околоушных флегмонах.

У всех больных отмечалось острое начало заболевания, они предъявляли жалобы на сильную головную боль с тенденцией к нарастанию. В 57% случаев на высоте головной боли отмечались нарушения сознания, рвота, тошнота, не связанная с приемом пищи. В некоторых случаях были судороги, менингеальные знаки. Изменения в неврологическом статусе проявлялись симптомом двоения вследствие пареза отводящего нерва. В некоторых случаях определялись анизорефлексия сухожильных рефлексов и односторонний симптом Бабинского. При проведении люмбальной пункции отмечалось повышение давления спинномозговой жидкости — 215–330 мм вод.ст. У некоторых больных наблюдалось снижение белка в ликворе до 0,15%. Число клеточных элементов оставалось в пределах нормы.

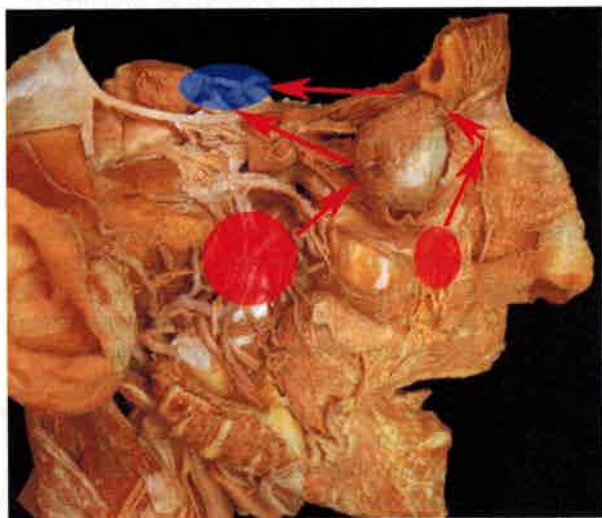


Рис. 5.103. Пути распространения инфекции в полость черепа

Все больные четко фиксировали внимание на стойкой головной боли, которая имела тенденцию к нарастанию, несмотря на проводимое лечение.

При проведении комплексного неврологического исследования у 30% больных ЭхоЭГ характеризовалось увеличением амплитуды эхосигнала, в некоторых случаях регистрировались дополнительные латеральные эхосигналы, отмечалось увеличение III желудочка.

Проведенные исследования гомеостаза установили явления умеренно выраженного гипердинамического режима кровообращения. Со стороны обменных процессов установлены диспротеинемия за счет снижения альбуминов и нарастание концентрации глобулинов при содержании белковых метаболитов на уровне верхней границы нормы.

Заболевание сопровождалось гиперкоагуляцией, отмечалось угнетение активности противомикробной защиты, что проявлялось наличием иммунодефицита.

Учитывая, что при сомнительной диагностике возможны варианты быстрого прогрессирования воспалительных изменений со стороны оболочек мозга, синусов и вещества головного мозга, за больными необходим тщательный клинический и комплексный лабораторный контроль.

Менингит и менингоэнцефалит

■ Больных с гнойными заболеваниями лица и шеи

Менингит — одно из наиболее грозных осложнений гнойных заболеваний лица и шеи (Попов Н.Г., 1971; Смольянинов А.В., 1972; Мациенко М.А., 1975; Mracha, 1977; Schlitz, 1980).

Часто гнойный менингит развивается как продолжение токсического отека оболочек головного мозга. Обычно при прогрессировании воспаления мозговых оболочек патологический процесс распространяется на вещество головного мозга с поражением черепных нервов (Благовещенская Н.С., 1972; Козлов М.Я., 1985).

Под нашим наблюдением находились 22 больных с менингитом и менингоэнцефалитом. Эти заболевания чаще отмечались при околочелюстных флегмонах, реже — при фурункулах и карбункулах лица.

Все больные предъявляли жалобы на сильную распирающую головную боль без четкой локализации. Кроме того, у больных отмечались рвота, слабость в конечностях, в некоторых случаях — возбуждение, светобоязнь. У всех больных наблюдалась лихорадка, сопровождавшаяся ознобом, тахикардией, менингеальными симптомами.

Проведенная люмбальная пункция отмечала повышенное ликворное давление.

При проведении ЭхоЭГ отмечалось увеличение амплитуды пульсаций эхосигнала, расширение III желудочка; РЭО-ЭГ — признаки диффузного нарушения кровенаполнения.

При исследовании основных показателей гомеостаза выявлены гипердинамический режим кровообращения, диспротеинемия, снижение содержания общего

белка, гиперкоагуляция, развитие компенсированного метаболического ацидоза, отмечался иммунодефицит II—III степени (по классификации А.М. Земского).

Таким образом, наличие жалоб на резкую головную боль, тошноту, нарушение сознания, поражение черепных нервов, наличие парезов, параличей, воспалительные изменения ликвора дают основание диагностировать менингит или менингоэнцефалит. Объективным фактором в диагностике является люмбальная пункция.

Тромбоз кавернозного синуса у больных с гнойными заболеваниями лица и шеи

К тяжелой форме внутричерепных осложнений гнойных заболеваний лицевой части головы относятся тромбозы синусов твердой мозговой оболочки (Курдова З.И., 1966; Неймарк Е.З., 1975; Rinal, 1960). В стоматологической практике обычно встречается тромбоз кавернозного синуса (Груздев Н.А., 1978; Козлов В.А., 1988, 1995). Клиническая картина тромбоза обусловлена сложными и неоднозначными сочетаниями проявлений сепсиса, местного гнойного очага, общемозговыми и очаговыми неврологическими симптомами.

Под нашим наблюдением находилось 10 больных с тромбозом кавернозного синуса, который чаще возникал при фурункулах и карбункулах лица, реже — при околочелюстных флегмонах.

Все больные предъявляли жалобы на головную боль разной интенсивности, отмечались тошнота, рвота, заторможенность, сонливость, определялись гипертермия, тахикардия. У некоторых больных отмечались менингеальные симптомы.

При осмотре наблюдались выраженный отек и застойная гиперемия кожи век и соседних тканей с расширением поверхностных вен, экзофтальм, нередко двусторонний.

Характерным было поражение глазодвигательных нервов, снижались чувствительность в области кожи лба и верхнего века, выраженные боли в глазничной и подглазничной областях.

Результаты люмбальной пункции отметили повышенное ликворное давление.

При проведении ЭхоЭГ отмечались увеличение эхосигнала, расширение III желудочка.

Определялся гипердинамический режим кровообращения, снижалось общее количество белка, повышались коагулирующий потенциал крови и депрессия фибринолитической картины крови, развивался компенсированный метаболический ацидоз.

Таким образом, окончательный диагноз «тромбоз кавернозного синуса», в том числе осложненный менингоэнцефалитом, устанавливается в соответствии с результатами комплексного клинико-лабораторного исследования. Наиболее характерными признаками служат экзофтальм, птоз, хемоз, поражение глазодвигательных нервов.

Лабораторными критериями подтверждения диагноза являются данные электрофизиологического исследования. Люмбальная пункция менее информативна.

В последние годы мы успешно проводили КТ-исследование у больных с подозрением на тромбоз кавернозного синуса.

Абсцесс головного мозга у больных с гнойными заболеваниями лица и шеи

К наиболее редким и тяжелым внутричерепным осложнениям гнойных заболеваний лица и шеи относится абсцесс головного мозга (Калина В.О., 1957; Курдова З.И., 1966; Hollin, Gross et al., 1975).

В литературе описаны единичные случаи наблюдения абсцессов головного мозга одонтогенного происхождения, и убедительных данных об их частоте и локализации на настоящий момент нет. Э.П. Харитонova (1969) описывает развитие множественных абсцессов, М.В. Уваров (1925), С.И. Шуб (1940) описывают единичные случаи возникновения абсцессов головного мозга. Другие авторы (Карандашов В.И., Федотов М.В., 1973; Барчуков М.П., Колонкин А.В., 1973; Колмакова А.А., 1981) высказываются о сложностях диагностики абсцессов головного мозга одонтогенного происхождения, которые часто диагностировались только на аутопсии.

Мы наблюдали четырех больных с абсцессом головного мозга одонтогенного происхождения. В основном эти осложнения развивались у больных с околочелюстными флегмонами, спустя 1,5–2 нед от момента поступления в специализированный стационар. Состояние больных расценивалось как средней тяжести, больные жаловались на нерезко выраженную головную боль, слабость. При осмотре отмечались заторможенность и функционирование первичного гнойного очага в височной области или в крыло-нёбной и подвисочной ямке. Проведенные электроэнцефалометрические исследования патологии не выявили, и только выполненная ЯМРТ позволила визуализировать воспалительный процесс в области структур головного мозга.

Таким образом, абсцесс головного мозга одонтогенного происхождения характеризуется большим полиморфизмом клинических проявлений, зависящих от локализации и распространенности процесса в тех или иных зонах мозга и динамичностью развития заболевания, с присущей фазностью течения. Характерен комплекс очаговых мозговых симптомов, зависящих также от локализации и размеров патологического очага. Наиболее информативным методом исследования является КТ, позволяющая визуализировать патологический процесс, оценить размеры абсцесса, сделать заключение о возможности оперативного лечения и разумно спланировать его стратегию.

Диагностика внутричерепных осложнений одонтогенной инфекции

В условиях прогрессирующей гнойной инфекции, нередко принимающей генерализованный характер, решающее и принципиальное значение имеет максимально раннее прогнозирование реальной возможно-

сти развития внутричерепных осложнений гнойных заболеваний лица и шеи. Первичная диагностика вторичных внутричерепных осложнений должна проводиться амбулаторными стоматологами и неврологами, дежурными врачами челюстно-лицевого стационара. В особой степени это относится к врачам неспециализированных клиник и периферийных лечебных учреждений. Опыт большинства врачей в диагностике вторичных внутричерепных осложнений невелик или его вообще нет.

Как показал наш опыт наблюдения и лечения за 64 пациентами с вторичными внутричерепными осложнениями, при направлении на стационарное лечение ни у одного из больных диагноз «внутричерепное осложнение» не фигурировал. Все это предопределило необходимость совершенствования и унифицирования диагностической программы, выполнение которой было бы доступно широкому кругу практических врачей.

Диагностический процесс прогнозирования, раннего выявления и дифференциальной диагностики включает получение информации и анализ результатов клинического, биохимического, иммунологического, специального электрофизиологического и иных исследований.

Установленные у больных характерные изменения со стороны жалоб, местных проявлений заболевания, на фоне изменений сознания и психики реально свидетельствовали о возможном развитии у данных больных вторичных внутричерепных осложнений. Полученные данные предопределяли тактику последующих диагностических действий, которые включали проведение следующих диагностических мероприятий (табл. 5.16).

Таблица 5.16. Основные клинические показатели, прогнозирующие возможность развития вторичных внутричерепных осложнений у больных с гнойными заболеваниями лица и шеи

1. Изменения сознания (сонливость, заторможенность, оглушенность, галлюцинации, бред, сопор, кома)
2. Изменение психики (возбуждение, раздражительность, эйфория, подавленность, депрессия)
3. Жалобы
3.1. Появление нарастающей по своей интенсивности головной боли, часто носящей диффузный характер.
3.2. Головокружение.
3.3. Тошнота и рвота, не связанные с приемом пищи.
3.4. Нарушение зрения (диплопия, снижение зрения).
3.5. Слезотечение.
3.6. Судороги.
3.7. Светобоязнь
4. Местные проявления
4.1. Анизокория.
4.2. Отек век.
4.3. Птоз.
4.4. Хемоз.
4.5. Экзофтальм.
4.6. Ригидность глазного яблока.
4.7. Ограничение движения глазного яблока.
4.8. Расширение, извитость и уплотнение подкожных вен в области лица.
4.9. Слабость или снижение чувствительности правых или левых конечностей

Внедрение в практику диагностической программы (табл. 5.17) существенно повысило эффективность ранней и окончательной диагностики, послужило основанием целесообразности ее использования в повседневной клинической практике.

Таблица 5.17. Программа направленного комплексного диагностического исследования

1. Консультация невролога, отоневролога, нейроофтальмолога.
2. Полное параклиническое обследование
 - Комплексное исследование состояния основных обменных процессов, кровообращения и иммунитета.
 - Специальные электрофизиологические исследования: ЭхоЭГ, РЭО-ЭГ, ЭЭГ.
 - КТ или ЯМРТ.
 - Люмбальная пункция

Лечение осложнений одонтогенной гнойной инфекции

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ИНФЕКЦИИ

Лечение хирургического сепсиса, несмотря на все достижения современной медицины, остается одной из трудных проблем. Это подтверждается высокими цифрами летальности при сепсисе, которые не имеют заметной тенденции к снижению за последние 15 лет.

Учитывая сложность патофизиологических нарушений при сепсисе, многие исследователи подчеркивают необходимость комплексного лечения этого заболевания (Кузин М.И., Костюченко Б.М., 1980; Бочоришвили В.Г. и др., 1981; Белокуров Ю.Н., 1983; Мишин Г.И., Боженков Ю.Г., Мохов В.А., Заднепровский В.Н., 1994; Мороз В.В. и др., 2004; Федоров В.Д., 2005; Гостищев В.К., 2007; Савельев В.С., 2010; Губин М.А. и др., 2011; Taylor W., 1984). Проведение хирургического вмешательства с ревизией всех вовлеченных в воспалительный процесс клетчаточных пространств ЧЛО и шеи у больных с осложненным течением гнойной инфекции является одним из наиболее важных и ответственных компонентов комплексного лечения (Груздев Н.А., 1979; Бернадский Ю. и др., 1979, 1980; Атясов Н.И. и др., 1982; Thoma, 1982 и др.).

Правильное и рациональное использование антибиотиков должно основываться на идентификации возбудителя и выявления его чувствительности (Кольцова Л.А. и др., 1985; Чепулис С.П. и др., 1985; Сургуладзе Б.В., 1992; Канцалиев Л.Б. и др., 1994; Гринев М.В. и др., 1996; Скала Л.З., 2004; Малицкая Е.В., 2016; Stupesky et al., 1983; Simmen H., Largiadet F., 1989).

Методы интенсивной терапии также находят широкое применение в лечении больных с распространенными воспалительными заболеваниями ЧЛО, шеи и их осложнениями (Молчанова К.А. и др., 1981, 1982; Дунаевский В.А. и др., 1982).

В последнее время появилось много работ, в которых авторы уделяют особое внимание лечению тяжелых форм гнойной инфекции, экстракорпоральным методам детоксикации (Лопухин Ю.М. и др., 1977,

1981; Алексеев А.А. и др., 1981; 1983; Губин М.А. и др., 2011 и др.).

Однако следует отметить, что коррекция нарушений белкового обмена с помощью препаратов крови, парентерального питания, использование эквивалентов наборов аминокислот, жировых эмульсий находят ограниченное применение у больных с осложнениями одонтогенной инфекции.

Существует необходимость использования средств коррекции нарушений белково-аминокислотного состава крови у больных с тяжелой формой гнойной инфекции в ЧЛО, с учетом фазы заболевания и показателей гомеостаза.

Нарушения КОС и электролитного состава крови определяют проведение корректирующей терапии.

Для больных сепсисом характерны выраженные изменения в системе гемостаза: гипер- и гипокоагуляция, фибринолиз, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС), требующие постоянной коррекции (Трегубенко И.А., 1980, 1983; Сопов Г.А. и др., 1983 и др.).

На наш взгляд, коррекция гемокоагуляционных нарушений при тяжелой форме гнойной инфекции должна проводиться с учетом состояния всех звеньев нарушенного гемостаза и включает в себя применение не только гепарина, но и дезагрегантов, фибринолизина и других препаратов.

У больных сепсисом наблюдаются нарушения иммунологической реактивности, которые определяют показания к использованию методов иммунотерапии в комплексном лечении этого грозного заболевания (Соловьев М.М. и др., 1979, 1983; Олейник И.И. и др., 1984; Виноградов В.В., Спас В.В., 1994; Шендель И. и др., 1996; Малиновский Н.Н., Решетников Е.А., 1997).

Высокий уровень летальности (48–62% и более) предопределяет настоятельную необходимость совершенствования лечения сепсиса у больных с прогрессирующими воспалительными заболеваниями ЧЛО и шеи.

Опыт работы специализированного отделения на базе Воронежской областной клинической больницы с 1998 по 2012 г. позволил сформулировать и определить программу лечения больных одонтогенным сепсисом.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

В основу лечения положен принцип комплексного, патогенетически обоснованного воздействия на возбудителя инфекции, нарушенные звенья гомеостаза, устранение интоксикации и проведение иммунотерапии с обязательной хирургической санацией первичного гнойного очага.

Выбор методов и средств лечения определяли в соответствии с клинической картиной и фазой заболевания, состоянием кровообращения и обменных процессов.

В комплексном лечении выделяли следующие этапы: предоперационную подготовку, хирургическое вмешательство и послеоперационную терапию.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ МЫШЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СУСТАВНОГО ДИСКА И СВЯЗОЧНО-КАПУЛЯРНОГО АППАРАТА

С этой целью мы используем предложенный нами предушно-ушной доступ (авторское свидетельство № 1296123, БИ 15.03.87 № 10) [66]. Производится разрез кожи дугообразной формы в височной области (рис. 7.46) и углубляется до поверхностной височной фасции. Кожный лоскут, покрывающий ее, отпрепаровывается, чем достигается возможность взятия пластического материала (фасции для реконструкции сустава). Затем разрез продолжается вниз через переднюю вырезку ушной раковины без повреждения ее хрящей между кожно-хрящевым и костными отделами наружного слухового прохода и углубляется непосредственно до капсулы сустава. На уровне скулового отростка височной кости разрез углубляется до надкостницы и продолжается до основания суставного бугорка. Со стороны разреза между кожно-хрящевым и костными отделами наружного слухового прохода тупым путем вне ветвей лицевого нерва единым блоком отслаиваются мягкие ткани и выделяется наружный отдел капсулы сустава. Вскрытие капсулы производится угловым или трапециевидным разрезом под увеличением с одномоментным освежением краев дефекта или иссечением ее рубцово-измененного участка. Полость сустава обследуется с помощью волоконной оптики.

После идентификации суставного диска производится его вправление вместе с головкой нижней челюсти или ее фрагментом. При несвежих (позднее 7–10 сут после травмы) переломах возникает необходимость освобождения диска от спаек и рубцов. Кроме того, в подобных случаях для успешной репозиции требуется частичное отсечение верхней головки наружной крыловидной мышцы. После придания головке нижней челюсти правильного положения в суставной ямке производится ее фиксация

одним из известных способов. В зависимости от степени повреждения биламинарной зоны применяются различные подходы. Установлено, что разрыв задних связок не всегда сопровождается образованием сквозного дефекта, т.е. перфорации. В таких случаях производится пластика путем раздельной препаровки задних внутрисуставных связок, иссечения тканей, мобилизации лоскутов и ушивания. После репозиции оторванного и смещенного диска и фиксации его к задним внутрисуставным связкам производится освежение его краев в месте отрыва от наружного отдела капсулы, края суставной капсулы подворачиваются на освеженные края суставного диска и фиксируются П-образными швами. На внутрисуставные связки, диск и капсулу накладываются 3–4–0-викриловые швы (рис. 7.47).

При сквозных дефектах производится иссечение всех поврежденных отделов биламинарной зоны с одномоментной пластикой местными тканями, а при невозможности ее осуществления — трансплантатом на питающей сосудистой ножке, взятым в височной области. Этим же трансплантатом устраняются дефекты капсулы, образовавшиеся после иссечения ее рубцово-измененного наружного отдела.

Методика операции

Начиная выше на 5–6 см от верхнего края скуловой дуги, по направлению к верху выкраивается фасциальный лоскут с включением в него поверхностной височной артерии и вены. Лоскут, содержащий подкожную жировую клетчатку, поверхностную височную артерию, вену и апоневроз, отпрепаровывают от височной мышцы (рис. 7.48, а). У основания лоскута тупым путем формируется туннель в мягких тканях над скуловым отростком височной кости, через который лоскут перемещается вниз к капсуле сустава. После репозиции суставного диска в правильное положение трансплантат помещается между отпрепарованными внутрисуставными связками и межсвязочной соединительной тканью таким образом, чтобы его нижняя часть располагалась в биламинар-



Рис. 7.46. Предушно-ушной доступ к височно-нижнечелюстному суставу

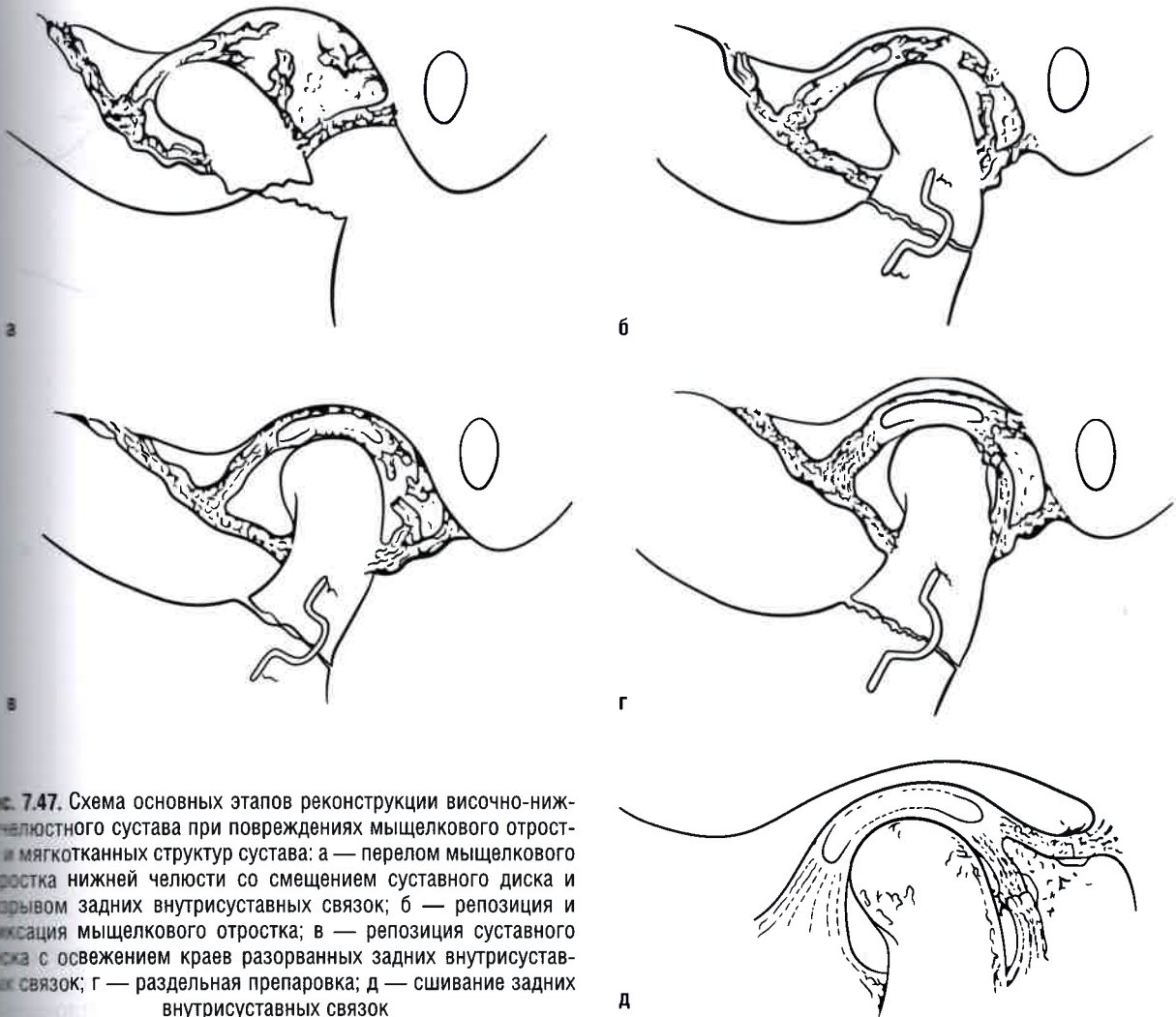


Рис. 7.47. Схема основных этапов реконструкции височно-нижнечелюстного сустава при повреждениях мыщелкового отростка и мягкотканых структур сустава: а — перелом мыщелкового отростка нижней челюсти со смещением суставного диска и разрывом задних внутрисуставных связок; б — репозиция и фиксация мыщелкового отростка; в — репозиция суставного диска с освежением краев разорванных задних внутрисуставных связок; г — раздельная препаровка; д — сшивание задних внутрисуставных связок

ной зоне сустава и полностью перекрывала ее дефект, а верхняя часть прилежала к наружной поверхности капсулы (рис. 7.48, б). Суставной диск фиксируется в правильном положении к трансплантату, и к нему же подшивается капсула сустава (рис. 7.48, в). Таким образом, трансплантат удерживает суставной диск в правильном положении, устраняет дефект в области биламинарной зоны и наружного отдела капсулы.

При некоторых повреждениях мыщелкового отростка нижней челюсти восстановление функции сустава может быть достигнуто только путем кондилэктомии с одномоментной артропластикой суставного конца нижней челюсти. Артропластика показана при оскольчатых переломах головки; при внутрисуставных переломах, когда фиксация головки технически не возможна или при остеосинтезе, наступило ее раздробление; при неправильно сросшихся суставных переломах, сопровождающихся нарушением прикуса или функции сустава; застарелых переломах с вывихом головки, сопровождающихся рассасыванием или деформацией головки; при переломах мыщелкового отростка, осложненных выраженным травматическим артрозом или анкилозом ВНЧС.

Для артропластики ВНЧС в настоящее время используются костно-хрящевые аутооттрансплантаты из

ребра, ортотопические консервированные аллотрансплантаты из нижней челюсти, а также производится эндопротезирование сустава.

Методика аллопластики ВНЧС по Н.А. Плотникову [67] при внутрисуставных переломах мыщелкового отростка нижней челюсти (рис. 7.49). Под общим или местным обезболиванием типичным подчелюстным доступом послойно рассекают мягкие ткани и обнажают нижний и задний края нижней челюсти в области угла. По краю челюсти, начиная от середины прикрепления переднего края жевательной мышцы, рассекают сухожилие и надкостницу, затем наружную кортикальную пластинку с помощью циркулярной пилки и острого широкого тонкого долота отделяют вместе с жевательной мышцей. Жевательную мышцу отделяют частично, только задние пучки примерно до середины ширины ветви. Затем по заднему краю мыщелкового отростка рассекают суставную капсулу и надкостницу. Последние острым распатором вместе со связками отделяются от кости. Капсула прошивается тремя лигатурами из капроновой или лавсановой нити и отводится вперед. Ветвь челюсти оттягивается книзу. После этого находят головку нижней челюсти, которая чаще всего располагается на внутренней поверхности мыщелкового отростка или под сустав-

ным операциям, требующим специальной подготовки хирурга, обеспечения соответствующего анестезиологического пособия и послеоперационного ухода. Эти операции проводят только в условиях специализированных детских челюстно-лицевых стационаров.

Все виды пластики верхней губы выполняются в один этап. Однако при наличии широкой расщелины и невозможности по каким-то причинам провести раннюю ортодонтическую коррекцию хейлопластике может предшествовать губная адгезия (Губина Л.К., 2002), которая положительно влияет на расположение расщепленного альвеолярного отростка верхней челюсти, создает лучшие условия вскармливания ребенка.

9.9. ПЛАСТИКА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ

Для восстановления правильной анатомической формы и полноценной функции верхней губы необходимо:

- 1) устранить расщелину;
- 2) удлинить верхнюю губу;
- 3) исправить форму кожно-хрящевого отдела носа.

Методы пластики губы, которыми пользуются челюстно-лицевые хирурги, разделяют на три группы в зависимости от формы разрезов на коже губы.

К первой группе относятся так называемые линейные методы Милларда (1958), А.А. Лимберга (1963), А.И. Евдокимова (1964), различающиеся способом формирования преддверия носа при полной расщелине верхней губы. Чаще из линейных методов применяют метод Милларда (рис. 9.30), при котором используются дугообразные разрезы, позволяющие максимально сохранить ткани и все элементы верхней губы и носа и получить хорошие эстетические и функциональные результаты. Иначе он называется методом ротации и движения. Ключевым моментом метода Милларда являются мобилизация и передвижение верхнелатерального отдела круговой мышцы и прикрепление его нерассасывающимся шовным материалом к атрофированной мышце на укороченной половине филтрума под основанием перегородки носа. Несмотря на кажущуюся простоту метода Милларда, при его выполнении нельзя допускать небрежности и шаблона. Относительным противопоказанием к применению этого метода служат слишком широкая расщелина и значительный дефект тканей на латеральном фрагменте расщелины по вертикали и горизонтали. При выраженном недостатке тканей на боковом фрагменте расщелины (т.е. когда высота кожного отдела губы от наружной ограничивающей точки на кожно-слизистой линии до дна преддверия носа меньше, чем соответствующая высота на здоровой стороне) можно применить всевозможные варианты пластики симметричными и асимметричными лоскутами в верхнем или нижнем отделах губы.

Во вторую группу объединены предложенные С.В. Tennison (1952) (рис. 9.31) и Л.В. Обуховой (1955) методы, в основу которых положено перемещение на нижней трети губы треугольных кожно-мышечных лоскутов с различной величиной углов;

они позволяют удлинить губу, восстановить миодинамическое равновесие мышечного слоя верхней губы, сместить в более правильное положение крыло носа.

К третьей группе относят методы Хагедорна (1884) и Ле Мезурье (1962), при которых удлинение губы достигается перемещением четырехугольного лоскута, выкраиваемого на малом фрагменте губы.

Все описанные выше методы хейлопластики позволяют сформировать верхнюю губу, сопоставить мышцы в положение миодинамического равновесия, сформировать верхний свод преддверия полости рта, но не предусматривают исправления кожно-хрящевого отдела носа, что откладывается до возраста 13–15 лет.

Первичная хейлоринопластика патогенетически обоснована и разработана Р.Д. Новоселовым (рис. 9.32). В основу этой операции положены все элементы устранения расщелины верхней губы, при этом расширен объем коррекции положения носовых мышц, щадящего исправления положения хрящевой носа без нарушения целостности носового крыльцевого хряща. При этой операции тщательно отделяют круговую мышцу на всех участках, что в процессе ушивания тканей позволяет создать правильную форму крыльев и кончика носа, устранить дефицит слизистой оболочки и сформировать дно носа и носовой ход, анатомически точно сопоставить ткани губы.

9.10. ДВУСТОРОННИЕ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

Классификация по МКБ-10

- Q37.0 Расщелина твердого неба и губы двусторонняя
- Q37.2 Расщелина мягкого неба и губы двусторонняя
- Q37.4 Расщелина твердого и мягкого неба и губы двусторонняя
- Q37.8 Двусторонняя расщелина неба и губы неуточненная

Врожденные двусторонние расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и неба являются одним из тяжелых врожденных пороков развития лица. Двусторонние расщелины верхней губы могут быть как изолированными пороками, так и входить в различные синдромы. Альвеолярный отросток верхней челюсти и верхняя губа разделены на три части, кончик носа уплощен, колумелла укорочена, основания крыльев носа расширены, преддверие полости рта — мелкое. Выстоящая вперед межчелюстная кость создает определенные трудности для восстановления верхней губы и круговой мышцы рта (В.В. Рогинский, В.М. Безруков, В.П. Ипполитов). В настоящее время общепризнано, что оперативная репозиция премаксиллы или вмешательства на сошнике в раннем детском возрасте приводят к последующему нарушению роста и развития среднего отдела лица.

Большинство современных хирургов считают, что хирургическое лечение врожденной расщелины губы

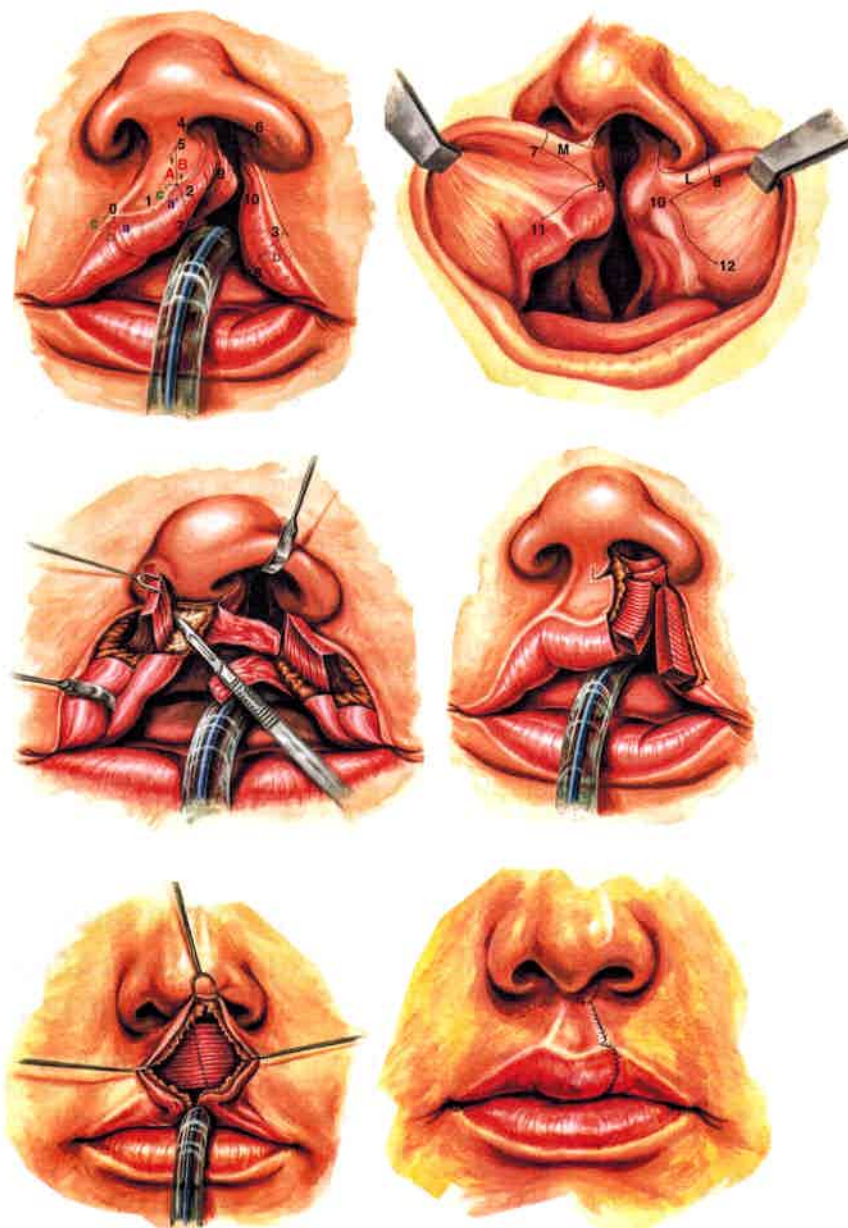


Рис. 9.30. Первичная хейлоринопластика методом Милларда: 0, 2, 3 — точки соединения колонок филтруса с красной каймой; 1 — средняя точка красной каймы; 5 — верхняя колонка филтруса на стороне расщелины; 4, 6 — границы разреза в области носовых ходов для формирования внутренней выстилки дна носового хода опрокидывающимися лоскутами; 7–12 — границы разрезов слизистой оболочки губы для формирования преддверия полости рта

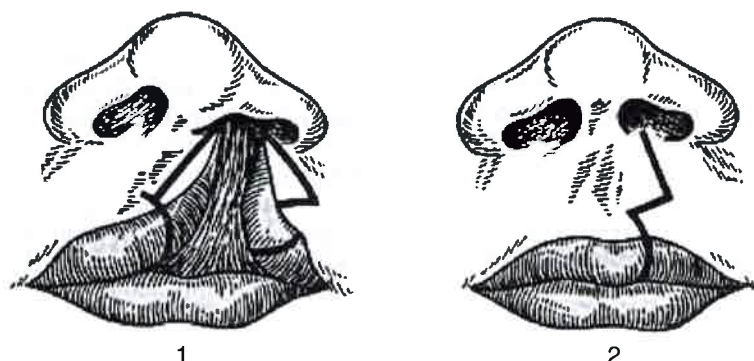


Рис. 9.31. Первичная хейлоринопластика методом Теннисона: 1 — линии разрезов для выкраивания лоскутов; 2 — сформированная верхняя губа

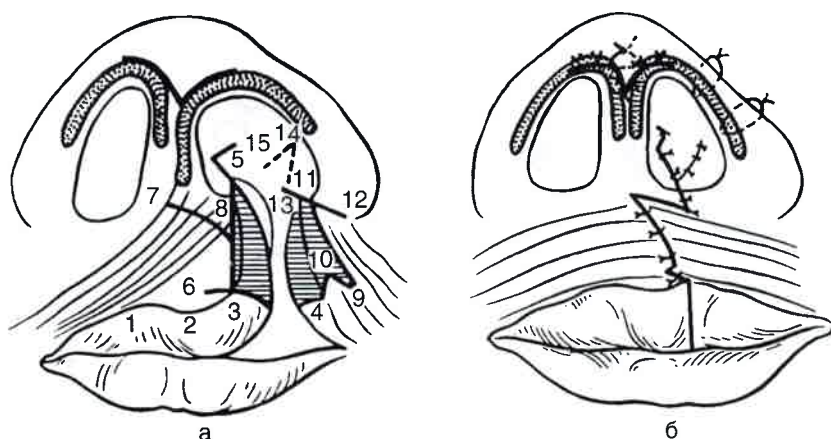


Рис. 9.32. Первичная хейлоринопластика методом Новоселова: 1–3 — точки изгиба линии «лука Купидона»; 5, 8, 7 — рассечение тканей для доступа к перегородке носа, перемещения перегородки и крыла; 4, 10, 9 — определение и образование треугольного лоскута; 3, 6 — место введения лоскута 4, 10, 9; 11–15 — разрезы для выкраивания лоскутов, формирующих овал уплотненного крыла носа; а — перемещение перегородки и крыла носа в правильное положение; б — ушивание раны с учетом миодинамического равновесия

должно быть выполнено в возрасте 3–8 мес (С.Н. Бессонов, Б.Н. Давыдов, З.Д. Новоселов, Д.Е. Джонс, Ч.Л. Нельсон, Э.М. Сэдоу, Д. Дин, В.В. Рогинский, В.М. Безруков, В.П. Ипполитов). До и послеоперационное ортодонтическое лечение при широких расщелинах верхней губы и альвеолярного отростка значительно облегчали проведение оперативных вмешательств и позволяли улучшить косметические и функциональные результаты лечения (Д.Е. Джонс, Ч.Л. Нельсон, Э.М. Сэдоу, Д. Дин, Т.В. Шарова, Г.И. Ротонжников).

Современные способы хирургического лечения врожденных двусторонних расщелин верхней губы предусматривают использование пролябиума для формирования центрального отдела губы:

- а) с использованием принципов Z-пластики: в нижней трети губы, верхней трети губы или верхней и нижней трети губы;
- б) с получением прямолинейных рубцов по краям пролябиума;
- в) перемещением четырехугольных лоскутов с боковых фрагментов губы.

И.А. Козин (1996), обобщая данные литературы и собственный многолетний опыт реконструктивных операций после устранения двусторонних расщелин различными способами, пришел к выводам, основанным из которых являются следующие.

1. Следует максимально сохранять все ткани и элементы верхней губы и носа.
2. Пролябиум должен составлять полную вертикальную длину средней части губы с вертикальными или дугообразными рубцами по краям.
3. Волокна круговой мышцы рта должны быть сшиты по средней линии или образовывать функционирующее кольцо в нижней трети губы.
4. Вестибулярное пространство верхней губы после операции должно быть достаточной глубины.
5. Формирование носовых ходов следует осуществлять так, чтобы создать оптимальные условия для последующей ринопластики.

По способу использования тканей центрального отдела губы можно выделить методы W. Manchester (1965) и D.R. Millard (1977). W. Manchester предложил сохранять красную кайму и белый валик пролябиума, создавая внутреннюю поверхность губы слизисто-мышечными лоскутами с латеральных фрагментов губы (рис. 9.33). Дизэпителизированные ткани по краям пролябиума дублировали под центральным фрагментом красной каймы, чтобы избежать формирования «свистящего дефекта» [12].

D.R. Millard использовал красную кайму пролябиума для углубления вестибулярного пространства верхней губы, сшивая лоскуты с боковых фрагментов, содержащие красную кайму и белый валик, по средней линии (рис. 9.34). Большое значение придается восстановлению непрерывности круговой мышцы рта, культя которой мобилизовали и сшивали по средней линии под отслоенным от межчелюстной кости пролябиумом. Кожные лоскуты, выкроенные по краям пролябиума, «банкировались» в области дна носовых ходов для удлинения колумеллы вторым этапом.

V. Spina и соавт. (1978) выкраивали и мобилизовали ткани пролябиума, включающие полоску кожи и треугольный лоскут красной каймы со слизистой оболочкой, затем производил линейные разрезы на коже, красной кайме и слизистой оболочке латеральных фрагментов губы, мобилизуя их и основания крыльев носа от верхней челюсти (рис. 9.35). Выделяли культя круговой мышцы рта, выкраивали небольшие мышечные лоскуты в нижнем отделе губы. Сшивали слизистую оболочку боковых фрагментов губы по средней линии, формируя преддверие полости рта. Восстанавливали непрерывность круговой мышцы рта по всей высоте губы, фиксируя треугольные лоскуты мышцы в нижнем отделе губы для увеличения ее объема и предупреждения возникновения свистящего дефекта. Операцию завершали наложением швов на кожу, красную кайму и слизистую оболочку (V. Spina, L. Kamakura, F. Lapa).