

Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области

Руководство по клинической стоматологии

Под редакцией профессора **А. К. Иорданишвили**

Санкт-Петербург
СпецЛит
2007

УДК 613.3
З 12

Рецензенты:

Соловьев М. М. — заслуженный деятель науки РФ, д-р. мед. наук, профессор

Образцов Ю. Л. — заслуженный врач РФ, д-р. мед. наук, профессор

Зеновский В. П. — заслуженный врач РФ, д-р. мед. наук, профессор

З 12 **Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области** : руководство по клинической стоматологии / под ред. профессора А. К. Иорданишвили. — СПб. : СпецЛит, 2007. — 496 с.
ISBN

В руководстве отражены современные представления об основных заболеваниях, повреждениях и опухолях челюстно-лицевой области, их диагностике, методах лечения и профилактики.

Предназначено для врачей-стоматологов, челюстно-лицевых хирургов, курсантов академий последипломного и дополнительного образования, клинических ординаторов, стоматологов-интернов, студентов стоматологических факультетов медицинских вузов и врачей-интернов.

УДК 613.3

Содержание

Условные сокращения	7
Предисловие	9
Глава 1. Гнойно-воспалительные заболевания	
челюстно-лицевой области (А. С. Гук)	11
Периостит	14
Перикоронит	15
Одонтогенный остеомиелит челюстей	16
Одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области	19
Лимфадениты и аденофлегмоны	33
Одонтогенная подкожная гранулема (Т. Д. Федосенко)	44
Фурункулы челюстно-лицевой области (Т. Д. Федосенко)	46
Специфические воспалительные заболевания	
челюстно-лицевой области (Е. Г. Криволицкая)	49
Глава 2. Одонтогенные верхнечелюстные синуситы	
(В. Р. Гофман)	59
Верхнечелюстные синуситы, ассоциированные с хламидийной	
инфекцией (Л. А. Глазников, А. Л. Позняк, С. Н. Пониделко)	82
Глава 3. Кисты челюстно-лицевой области и шеи	97
Кисты челюстей (А. К. Иорданишвили)	97
Врожденные кисты лица и шеи	111
Глава 4. Осложненное прорезывание зубов	
(А. Р. Андрищев, Т. Д. Федосенко, Е. Г. Криволицкая)	115
Глава 5. Хроническая стоматогенная инфекция	
и интоксикации организма. Методы устранения	
периапикальных и пародонтальных воспалительных	
процессов (А. К. Иорданишвили)	147
Хирургические методы устранения периапикальных очагов	
одонтогенной инфекции	156

<i>Глава 6. Заболевания и опухоли слюнных желез</i> (<i>В. Н. Матина</i>)	202
Методы исследования больных с патологией слюнных желез	204
Классификация заболеваний слюнных желез	209
Специфические сиалоадениты	226
Сиалоаденопатии	229
Слюнно-каменная болезнь (сиалолитиаз)	236
Повреждение слюнных желез	241
Кисты слюнных желез	243
Опухоли слюнных желез	246
 <i>Глава 7. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц</i> (<i>А. К. Иорданишвили</i>)	255
Обследование больных с патологией височно-нижнечелюстного сустава	255
Вывихи и подвывихи нижней челюсти	260
Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава	264
Синдром соединительнотканной дисплазии височно-нижнечелюстного сустава	268
Височно-нижнечелюстные артриты	272
Артрозы	276
Анкилозы височно-нижнечелюстного сустава	281
Опухоли височно-нижнечелюстного сустава	288
Контрактура нижней челюсти (сведение челюстей)	289
Парафункции жевательных и мимических мышц	291
 <i>Глава 8. Инфекционные поражения челюстно-лицевой области</i> (<i>К. Ю. Жданов</i>)	295
Ангина	295
Скарлатина	301
Дифтерия	306
Острые респираторные заболевания	311
Энтеровирусные болезни	313

Герпетическая инфекция	315
Ветряная оспа	320
Инфекционный мононуклеоз	323
Корь	327
Ящур	330
Кандидозы	332
Рожистое воспаление (рожа)	334
ВИЧ-инфекция	337
 <i>Глава 9. Травмы челюстно-лицевой области</i>	
<i>(В. А. Малышев, А. К. Иорданишвили)</i>	347
Первая помощь пострадавшим с повреждениями челюстно-лицевой области на месте происшествия	348
Доврачебная помощь пострадавшим с повреждениями челюстно-лицевой области	349
Первая врачебная помощь пострадавшим с повреждениями челюстно-лицевой области	351
Квалифицированная хирургическая помощь пострадавшим с повреждениями челюстно-лицевой области	352
Специализированная помощь и лечение пострадавших с повреждениями челюстно-лицевой области	354
Амбулаторное долечивание пострадавших с повреждениями челюстно-лицевой области	359
 <i>Глава 10. Термические поражения лица</i>	
<i>(С. Х. Кигемасов, Ю. Р. Скворцов)</i>	369
Ожоги лица	369
Отморожения лица	378
 <i>Глава 11. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области (В. С. Аганов)</i>	
Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования кожи лица, головы и шеи	384

Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта	401
Доброкачественные костные опухоли и опухолеподобные образования альвеолярных отростков челюстей	417
<i>Глава 12. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области (Е. А. Васьков)</i>	<i>424</i>
Предопухолевые заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ	425
Профилактика и своевременная диагностика злокачественных опухолей челюстно-лицевой области ..	432
TNM классификация злокачественных опухолей	438
Злокачественные опухоли кожи	454
Злокачественные опухоли челюстей	471
Ортопедические мероприятия при лечении опухолей челюстно-лицевой области	475
Литература.....	493

Условные сокращения

АОС	— антиоксидантная система
АПВ	— актиномицетная поливалентная вакцина
АТ	— антитела
ВНЧС	— височно-нижнечелюстной сустав
ВЧП	— верхнечелюстная пазуха
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ВТМ	— верхний третий моляр
ГВЗ ЧЛО	— гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области
ДСТ	— дисплазия соединительной ткани
ИБ	— иммунный блотинг
ИН	— индекс нагрузки
ИФА	— иммуноферментный анализ
ИЭ	— инфекционный эндокардит
КМ	— культура клеток
КТ	— компьютерная томография
ЛФК	— лечебная физкультура
МРТ	— магнитно-резонансная томография
НТМ	— нижний третий моляр
ОГЗ ЧЛО	— одонтогенные гнойные заболевания челюстно-лицевой области
ОКИ	— кетопрофеновая соль лизина со вспомогательным веществом
ОПГ	— одонтогенная подкожная гранулема
ОРЗ	— острые респираторные заболевания
ПИФ метод	— прямой иммунофлюоресцентный метод
ПКГПР	— профессиональная контролируемая гигиена полости рта
ПХВ-трубка	— полихлорвиниловая трубка
ПЦР	— полимеразная цепная реакция
РБТЛ	— реакция бласттрансформации Т-лимфоцитов
РНИФ	— реакция непрямой иммунофлюоресценции
РТ	— ретикулярные тельца хламидий
РТМЛ	— реакция торможения миграции лейкоцитов
СОПР	— слизистая оболочка полости рта
СОЭ	— скорость оседания эритроцитов
ТМО	— твердая мозговая оболочка
УВЧ-терапия	— ультравысокочастотная терапия
УЗИ	— ультразвуковое исследование
ХСОИ	— хронические стоматогенные очаги инфекции

ЧЛО	— челюстно-лицевая область
ЧСС	— частота сердечных сокращений
ц-АМФ	— цис-аминофосфатная кислота
ЦИК	— циркулирующие иммунные комплексы
ЦНС	— центральная нервная система
ЭОМ	— электромиография
ЭТ	— элементарные тельца хламидий
ЧЛО	— челюстно-лицевая область
TNM	— клиническая классификация злокачественных опухолей: T — распространенность первичной опухоли; N — отсутствие или наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах и степень их поражения; M — отсутствие или наличие отдаленных метастазов
pTNM	— патологическая классификация злокачественных опухолей

ПРЕДИСЛОВИЕ

Издание руководства по клинической стоматологии, посвящено вопросам клиники, диагностики, лечения и профилактики основных заболеваний, повреждений и опухолей челюстно-лицевой области, вполне оправдано. Рассматриваемая в книге патология составляет значительный и очень важный раздел терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии для врачей поликлинического звена. Даже опытные стоматологи иногда испытывают большие трудности в раннем и точном диагностировании, выборе оптимальных методов лечения больных с рассматриваемой патологией, а также их реабилитации.

Стремление объединить рассмотрение указанных заболеваний на страницах одного руководства объясняется не только анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области, но и клиническими причинами. Многие из рассматриваемых заболеваний часто сочетаются, что значительно усложняет составление правильного комплекса лечебно-профилактических мероприятий и ограничивает возможности в проведении эффективной терапии.

В настоящее время имеется общая задача для врачей при лечении стоматологических больных — повышение эффективности лечебно-диагностических, профилактических и реабилитационных мероприятий, а также улучшение качества оказываемой больным медицинской помощи. Для этих целей к написанию руководства были привлечены известные специалисты в области челюстно-лицевой хирургии, онкостоматологии, оториноларингологии, инфекционных болезней и других специальностей, что на наш взгляд позволило успешно справиться авторскому коллективу с поставленной перед ним задачей.

Профессор А. К. Иорданишвили

Авторы:

- Агапов Виталий Сергеевич* – д-р. мед. наук, профессор, Москва
Андреищев Андрей Русланович – канд. мед. наук, Санкт-Петербург
Васьков Евгений Алексеевич – канд. мед. наук, доцент, Санкт-Петербург
Гук Алексей Степанович – д-р. мед. наук, доцент, Санкт-Петербург
Гофман Виктор Робертович – д-р. мед. наук, профессор, Санкт-Петербург
Глазников Лев Александрович – д-р. мед. наук, профессор, Санкт-Петербург
Жданов Константин Юрьевич – д-р. мед. наук, профессор, Санкт-Петербург
Ивасенко Петр Иванович – д-р. мед. наук, профессор, Омск
Иорданишвили Андрей Константинович – д-р. мед. наук, профессор, Санкт-Петербург
Криволуцкая Елена Григорьевна – д-р. мед. наук, доцент, Санкт-Петербург
Кигемасов Сямуила Ханяфьевич – д-р. мед. наук, профессор, Санкт-Петербург
Мальшев Василий Алексеевич – д-р. мед. наук, профессор, Санкт-Петербург
Матина Вера Николаевна – канд. мед. наук, доцент, Санкт-Петербург
Позняк Алексей Леонидович – д-р. мед. наук, доцент, Санкт-Петербург
Понидилко Сергей Николаевич – канд. мед. наук, Санкт-Петербург
Савзенко Роман Кириллович – канд. мед. наук, Омск
Скворцов Юрий Радиевич – д-р. мед. наук, профессор, Санкт-Петербург
Титова Антонина Тихоновна – д-р. мед. наук, профессор, Санкт-Петербург
Федосенко Татьяна Дмитриевна – канд. мед. наук, доцент, Санкт-Петербург

Глава 1

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении данной патологии в последние годы, не потеряли своей научно-практической значимости и остаются одной из ведущих проблем челюстно-лицевой хирургии. Это обусловлено возрастанием числа больных с одонтогенными гнойными заболеваниями челюстно-лицевой области (ОГЗ ЧЛО), количество которых в челюстно-лицевых стационарах достигает более 50 %, изменением клинического течения патологического процесса и увеличением тяжелых форм и распространенности на смежные клетчаточные пространства, а также угрожающих жизни осложнений: контактный медиастинит, сепсис, тромбоз кавернозного синуса, абсцесс головного мозга и т. п., поражением органов уха, горла и носа (ЛОР-органов), глазницы, приводящих в тяжелых случаях к потере зрения и даже летальным исходам. В связи с этим диагностика гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ГВЗ ЧЛО) выходит за рамки компетенции челюстно-лицевого хирурга и приобретает значимость для общих и торакальных хирургов, офтальмологов, оториноларингологов и нейрохирургов.

Возрастание числа случаев ОГЗ ЧЛО обусловлено значительным снижением качества жизни населения, материально-бытовых условий, ухудшением питания, отсутствием плановой санации, снижением уровня и качества личной гигиены, которые способствуют понижению общей резистентности и неспецифического иммунитета и нарастанию уровня стоматологической заболеваемости и случаев хронической одонтогенной инфекции.

Классификация. Наибольшее распространение с учетом клинических проявлений и топографической анатомии получила классификация флегмон А. И. Евдокимова (1964), согласно которой различают флегмоны лица, окологлазничные флегмоны, флегмоны дна полости рта, языка и шеи. ГВЗ ЧЛО были систематизированы в трудах В. Ф. Войно-Ясенецкого (1956), В. С. Дмитриевой (1969), В. И. Лукьяненко, В. А. Козлова (1988), М. М. Соловьева и О. П. Большакова (1997).

В обобщенном виде классификацию ГВЗ ЧЛО можно представить следующим образом:

По этиологии:

- неспецифические;
- анаэробные;

- анаэробно-аэробные;
- аэробные;
- специфические: актиномикоз, сифилис.

По происхождению:

- одонтогенные;
- неодонтогенные: травматические, гематогенные, лимфогенные, ятрогенные.

По поражению тканей:

- костных тканей: периодонтит, периостит, перикоронит, пародонтит, остит, остеомиелит;
- мягких тканей: абсцесс, флегмона, аденофлегмона, одонтогенная подкожная гранулема.

По характеру поражения тканей:

- целлюлит;
- фасциит;
- миозит (мионекроз).

По распространенности:

- ограниченные;
- разлитые (полифлегмоны).

По глубине поражения:

- поверхностные;
- глубокие.

По топографии:

- верхняя зона лица;
- средняя зона лица;
- нижняя зона лица;
- латеральные зоны лица;
- органы и ткани полости рта;
- шея.

Этиология и патогенез. Характерной особенностью современных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области является их полиэтиологичность. Видовой состав микроорганизмов из очагов воспаления при одонтогенном, травматическом остеомиелите, аденофлегмонах разнообразен, представлен представителями биоценоза полости рта и может изменяться под влиянием целого ряда внешних и внутренних факторов.

При различных воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области в 90 % случаев обнаруживаются облигатные анаэробы, причем в 25–30 % случаев — ассоциации облигатных анаэробов, в 60–65 % случаев — ассоциации анаэробов и аэробов и в 10 % случаев — аэробы.

В 1960–1970-е гг. основное внимание как возбудителям ГВЗ ЧЛО придавали эпидермальным и золотистым стафилококкам и гемолитическим стрептококкам. В 1980-е гг. применение строгой анаэроб-

ной техники позволило выявить представителей облигатных неспорообразующих анаэробов: бактериоидов, фузобактерий, пептококков, пептострептококков, анаэробных стрептококков, веиллонелл, волинелл, причастных к развитию гнойно-некротических поражений челюстно-лицевой области.

В патогенезе различных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области имеют место различные пути проникновения микрофлоры в очаг воспаления. Так, при одонтогенных остеомиелитах и флегмонах входными воротами инфекции являются зубы, при травматическом остеомиелите — разрывы слизистой оболочки при переломе костей челюстей, а при аденофлегмонах — лимфогенный путь. Облигатные анаэробы в процессе жизнедеятельности вырабатывают токсины и ферменты «агрессивности», способствующие ползучему инфильтрирующему распространению инфекции с первичного очага на смежные области, где аэробы колонизируют уже некротизированные ткани. Гнойно-некротические поражения тканей в 66,7 % случаев протекают по типу целлюлита, в 12,5 % — по типу фасциита и в 20,8 % — мионекроза.

Следовательно, проникновению анаэробов в ткани челюстно-лицевой области способствуют пораженные осложненным кариесом зубы, травмы, а также инструментальные манипуляции, хирургические вмешательства, местные изменения тканей.

О патогенезе гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области существует ряд теорий: *эмболигическая теория* А. А. Боброва (1889) и Лексера (1894), объясняющая распространение инфекции в эмболах и тромбирование капилляров; *аллергическая теория* С. М. Дерижанова (1940), Я. М. Снежко (1951), определяющая ведущую роль сенсibilизации организма на основе феномена Артюса — Сахарова; *рефлекторная теория* Г. И. Семенченко (1958), подчеркивающая значение нервной системы в развитии нейротрофических нарушений, приводящих к развитию воспалительного процесса.

За последние годы были внесены существенные дополнения в развитие патогенеза ГВЗ ЧЛО. Рядом авторов были выявлены существенные изменения в системе гемостаза, приводящие к повышению гиперкоагуляционного синдрома, качественным изменениям фибриногена, выпадению его в виде фибрина, что способствует внутрисосудистому свертыванию и нарушению микроциркуляции с последующим некрозом тканей и их гнойным расплавлением (Груздев Н. А., 1978; Балин В. Н., 1987 и др.). В последние десятилетия существенное значение в развитии ГВЗ ЧЛО отводится снижению общей и местной резистентности организма человека и развитию вторичного иммунодефицита (Соловьев М. М., 1971; Робустова Т. Г., 1990; Шаргородский А. Г., 2004). Снижение неспецифических защитных механизмов организма связывают с переохлаждением, переутомлением,

стрессовыми ситуациями, перенесенными вирусными и другими инфекциями, сопутствующими и фоновыми заболеваниями: диабет, заболевания крови, печени, почек, ревматизм, онкологические заболевания и т. п.; химиотерапией. В последние годы большое значение в развитии ГВЗ ЧЛО придается состоянию антиоксидантной системы (АОС) организма, нарушения звеньев которой приводит к изменениям важнейших физиологических функций организма.

ПЕРИОСТИТ

Под *периоститом* понимают ограниченный воспалительный процесс надкостницы альвеолярного отростка на протяжении нескольких зубов, развивающийся как осложнение острого периодонтита или пародонтита с формированием поднадкостничного абсцесса.

Заболевание развивается постепенно в течение 1—2 дней с распространением боли в области зуба на челюсть, ухудшением общего самочувствия, появлением слабости, разбитости, повышением температуры тела, появлением головной боли, нарушением аппетита и сна.

Больные предъявляют жалобы на нестерпимые боли в челюсти, иррадиирующие по ветвям тройничного нерва в ухо, висок, глаз, шею или ноющего характера. При осмотре определяется асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей, локализация которой зависит от расположения зуба, явившегося источником инфекции. Кожа в области очага воспаления напряжена, в цвете не изменена, с трудом собирается в складку. При пальпации мягких тканей определяется выраженный отек, распространяющийся на соседние ткани и вниз по клетчатке. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны. При осмотре полости рта обращает на себя внимание гиперемия и отек десны, слизистой оболочки переходной складки и прилежащих участков щеки на протяжении нескольких зубов, на которой отмечаются их отпечатки. При этом слизистая оболочка покрыта налетом. Переходная складка сглажена. При пальпации в ее толще определяется плотный, резко болезненный инфильтрат. При переходе воспалительного процесса в гнойную форму под надкостницей альвеолярного отростка по переходной складке пальпируется валикообразное выпячивание с участком флюктуации. «Причинный» зуб, как правило, разрушен, его полость и каналы заполнены гнилым распадом. Иногда этот зуб бывает запломбированным, а в ряде случаев у шейки или корня определяется глубокий патологический зубодесневой карман. Перкуссия зуба при этом слабо болезненна или отрицательная.

На рентгенограмме альвеолярного отростка и тела челюсти изменения отсутствуют. Температура тела повышается до субфебрильных цифр.

В анализе крови отмечается увеличение лейкоцитов до $10-12 \cdot 10^9/\text{л}$ и постепенное нарастание СОЭ, а в лейкоцитарной формуле — увеличение палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов.

Лечение периоститов должно быть комплексным, включающим оперативное вмешательство, медикаментозную и физиотерапию.

Вскрытие гнойного очага осуществляют под местной (проводниковой и инфильтрационной) анестезией 2 % раствором лидокаина или артикаина. У ряда больных при наличии показаний оперативное вмешательство может быть выполнено под общей анестезией. При этом производят удаление «причинного» зуба. Разрез при периостите выполняют по переходной складке длиной 2—3 см, рассекая слизистую оболочку и надкостницу на всю глубину тканей до кости. Затем при помощи серповидной гладилки или распатора отслаивают надкостницу. В ране оставляют перчаточный выпускник до прекращения гнойного отделяемого. Больным назначают теплое полоскание растворами антисептиков, соды, борной кислоты. Хороший эффект в это время оказывает излучение гелий-неонового или светодиодного лазера, а также ультравысокочастотная терапия (УВЧ-терапия) в дозах малой мощности. Больным назначают анальгетики, десенсибилизирующие и противовоспалительные препараты. При тяжелом течении патологического процесса больным показаны антибактериальные препараты широкого спектра действия.

ПЕРИКОРНИТ

Прорезывание зубов мудрости, преимущественно нижних, часто сопровождается воспалительным процессом — перикоронитом. Прорезываясь, зуб мудрости долго остается большей частью своей коронки под слоем слизистой оболочки («капюшоном»). Сзади коронки зуба под «капюшоном» образуется поддесневой карман, который является ретенционным пунктом, где создаются благоприятные условия для задержки пищевых остатков и скопления микроорганизмов. Во время приема пищи поддесневой карман травмируется и становится постоянным очагом воспаления.

Больные жалуются на боли в области зуба мудрости, ограничение открывания рта. Для перикоронита характерны боли при глотании, так называемая «дентальная ангина», что заставляет больных обращаться к врачу.

Клиническим признаком перикоронита является рефлекторная контрактура жевательных мышц. Затем развивается перикоронарный абсцесс, боли становятся интенсивными, иррадирующими в ухо, усиливаются при глотании, что сопровождается расстройствами общего

Учебное издание

**ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПОВРЕЖДЕНИЯ И ОПУХОЛИ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Ответственный редактор *В. Н. Александров*

Редактор *О. Ю. Гуршева*

Техническое редактирование и верстка *О. А. Филько*

Корректор *Т. В. Тетерюкова*

Подписано в печать 20.10.06. Формат 60×88 ¹/₁₆. Усл. печ. л. 31. Тираж экз.
Заказ
ООО «Издательство „СпецЛит”». 190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр.,
29, тел./факс: (812) 251-66-54, 251-16-94. <http://www.speclit.spb.ru>.
Типография ...