



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Руководства по скорой медицинской помощи

## **Скорая медицинская помощь при инфекционно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области**

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМП105**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

**Авторы:** сотрудники кафедры стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова - Яременко А.И., Журавлев И.В., Иванов Ю.В., Науменко Г.В., Петросян А.С., Петров Н.Л.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
K10.2	Воспалительные заболевания челюстей
L03.2	Флегмона лица
L04.0	Острый лимфаденит лица, головы и шеи

**Классификация.** Острые воспалительные заболевания челюстно-лицевой области встречаются весьма часто. Они подразделяются на одонтогенные и неодонтогенные.

К одонтогенным относят инфекционно - воспалительные процессы, при которых входными воротами для инфекции являются дефекты твердых тканей зуба, зубодесневого прикрепления или десны над прорезывающимся зубом: периодонтит, периостит челюсти, остеомиелит челюсти, абсцессы, флегмоны, лимфаденит.

К неодонтогенным относят воспалительные заболевания кожи (фурункулы, карбункулы, рожистое воспаление, стрептодермия, нагноившиеся раны и т.д.), слизистой оболочки полости рта и языка (стоматиты, глосситы и т.д.).

## **ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

### **Клиническая картина.**

**Периодонтит** - инфекционно-воспалительный процесс в пределах пародонта одного зуба. Проявляется болезненностью при надкусывании на зуб, незначительным отеком окружающей десны. Асимметрии лица, изменения окраски кожи, ограничения открывания рта не наблюдается. Требуется госпитализации только в случае серьезных сопутствующих заболеваний: геморрагических диатезов, аллергии на местные анестетики, декомпенсированных заболеваний внутренних органов и т.д. На

догоспитальном этапе помощи не требует, введение анальгетиков нежелательно вследствие изменения клинической картины.

**Периостит** челюсти внешне проявляется умеренной асимметрией лица за счет отека мягких тканей, цвет кожи при этом не меняется, пальпация мягких тканей безболезненна, инфильтрации их не выявляется. Чаще периостит встречается на нижней челюсти, особенно в области моляров. При периостите нижней челюсти отек обычно расположен в щечной области, в области угла челюсти, реже в области подбородка и нижней губы. При периостите верхней челюсти отек обычно расположен в подглазничной или скуловой областях, возможен отек нижнего века. В отличие от периодонтита, часто имеются общие симптомы (лихорадка, недомогание и т.д.), обычно умеренно выраженные. Жалобы на боли в пораженной челюсти, при локализации процесса в области нижнего 8 зуба возможно незначительное ограничение открывания рта. Может быть региональный лимфаденит. При осмотре имеется гиперемия, отек слизистой вокруг «причинного» зуба, иногда выбухание слизистой над сформированным периостальным абсцессом.

Периостит челюсти нередко требует госпитализации, желательно доставить больного в специализированный стационар. На догоспитальном этапе помощи обычно не требуется.

**Перекоронит** наиболее часто наблюдается в области третьих моляров (8 зуб), преимущественно на нижней челюсти. Воспаление развивается вокруг частично прорезавшейся коронки 8 зуба, под которой скапливаются частицы пищи, обычно после травмы (жевательная нагрузка) или переохлаждения. Встречается в основном у лиц 18-30 лет, однако, может быть и у пожилых людей на фоне ношения съемных протезов. Внешне перекоронит проявляется умеренным отеком мягких тканей в области угла нижней челюсти, ограничением открывания рта, иногда болями при глотании. Нередко имеются указания в анамнезе на предшествующие

эпизоды воспаления в области 8 зуба. При осмотре часть коронки 8 зуба обычно прикрыта слизистым «капюшоном», из под которого имеется гнойное отделяемое, слизистая оболочка в области 8 зуба и крыловидно-челюстной складки гиперемирована, отечна. Может быть умеренная асимметрия зева за счет отека паратонзиллярной области.

При перекороните от нижнего 8 зуба возможно формирование одонтогенного паратонзиллита. В этом случае необходима дифференциальная диагностика его с тонзилогенным абсцессом. Это имеет существенное значение: при тонзилогенном абсцессе пациент должен доставляться в инфекционный стационар, а при абсцессе, связанным с перекоронитом – в отделение челюстно – лицевой хирургии.

Для тонзилогенного паратонзиллярного абсцесса характерно указание в анамнезе на перенесенную ангину: заболевание с фебрильной температурой, продолжавшееся несколько дней и сопровождавшееся болями в горле с обеих сторон. При осмотре обычно имеется гиперемия небных дужек с обеих сторон, иногда содержимое лакунах миндалин (пробки). Локализуется абсцесс обычно в зоне, примыкающей к области верхнего полюса небной миндалины. При паратонзиллярном абсцессе, осложнившим перекоронит, обычно имеются указания в анамнезе на предшествующие воспаления в области прорезывающегося зуба, боли в горле односторонние с самого начала заболевания, рано отмечается ограничение открывания рта. Локализуется такой абсцесс обычно более латерально в зоне примыкающей к крыловидно-челюстной складке на уровне «причинного» зуба.

**Одонтогенные флегмоны и абсцессы** развиваются вследствие распространения воспалительного процесса в окологлазничные, а затем и в отдаленные от челюстей мягкие ткани. Началом заболевания часто является обострение хронического воспалительного процесса в зубе или стоматологические манипуляции: лечение или удаление зуба. Обычно от этого момента до развития воспаления в мягких тканях проходит 3-5 дней,

однако временной интервал может варьировать от одних суток до недели и более. Клиническая картина складывается из общих и местных симптомов. К общим симптомам относится недомогание, в разной степени выраженное нарушение общего состояния, лихорадка, ухудшение сна и аппетита. Обычно при флегмонах и абсцессах преобладает местная симптоматика: боли, нарушение жевания, глотания, подвижности шеи и т.д.

При поверхностно расположенных флегмонах и абсцессах отмечается заметная асимметрия лица за счет отека соответствующей области, возможно появление гиперемии кожи над пораженной зоной. Пальпаторно определяется инфильтрация мягких тканей. В отличие от отека (например, при периостите челюсти) при котором ткани легко сжимаются, инфильтрированные ткани несжимаемые, плотные, болезненные при пальпации.

При глубоких флегмонах и абсцессах существенной асимметрии лица может не быть, более типичны жалобы на боли в горле при глотании, ограничение открывания рта, боли при движениях головой. При таких флегмонах гораздо выше риск развития нарушений дыхания за счет отека и сдавления дыхательных путей. На догоспитальном этапе у таких больных необходимо оценивать функцию внешнего дыхания и, при необходимости, проводить мероприятия по нормализации проходимости дыхательных путей: введение противоотечных средств, интубацию или трахеотомию.

Течение обширных флегмон и абсцессов может осложняться инфекционно-токсическим шоком. При нарушении общего состояния больного необходимо оценивать гемодинамические показатели, и, при необходимости начинать инфузионную терапию на догоспитальном этапе. Необходимость в инфузионной терапии может быть обусловлена и дегидратацией, возникающей у больных при длительно существующих нарушениях глотания.

Проведение топической диагностики флегмон и абсцессов на догоспитальном этапе не имеет практического смысла. Гораздо важнее

дифференцировать этиологию воспалительного процесса. Это имеет значение для решения вопроса о стационаре, в который должен быть доставлен больной: при тонзиллогенной этиологии – в ЛОР стационар, при одонтогенной – в отделении ЧЛХ, при подозрении на специфический характер процесса – в инфекционный.

Для тонзиллогенной природы воспаления характерно указание в анамнезе на начало заболевания с двусторонних болей в горле, часто после или на фоне простуды, вне связи с заболеваниями зубов или стоматологическими манипуляциями. При осмотре определяется воспалительная реакция в зеве, а не в полости рта.

При одонтогенной природе процесса типично указание в анамнезе на боли в зубах и/или стоматологические манипуляции (лечение или удаление зубов), предшествовавшие развитию воспаления. При осмотре часто имеется воспалительная реакция в полости рта в области «причинного» зуба.

Из инфекционных заболеваний, которые могут симулировать воспаление мягких тканей шеи, необходимо помнить о дифтерии. При токсической форме дифтерии возможно развитие отека мягких тканей с распространением до уровня ключиц и ниже. Токсическая дифтерия зева чаще начинается бурно, с подъемом температуры до 39—40, явлений интоксикации. В зеве наблюдается резкая отечность, на миндалинах определяются пленчатые налеты, которые могут распространяться за пределы миндалин. Налеты плотные, трудно снимаются, оставляя кровоточащую поверхность. При малейшем подозрении на дифтерию необходимо госпитализировать пациента в инфекционный стационар.

### **Советы позвонившему.**

При нормальной температуре тела, удовлетворительном общем состоянии и отсутствии коллатерального отёка для облегчения самочувствия пациенту следует рекомендовать прием НПВС (кетопрофен, кеторолак, лорноксикам, парацетамол, ревалгин, солпадеин, ибупрофен, индометацин и

др.), с немедленным обращением к стоматологу-хирургу дежурной поликлиники.

При повышенной температуре тела и наличии коллатерального отёка тканей необходимо срочно обратиться в медицинскую организацию, оказывающую стоматологическую помощь в неотложной форме, к врачу-стоматологу-хирургу.

При высокой температуре тела, выраженной интоксикации, ознобе, отёке лица и шеи, увеличении регионарных лимфатических узлов необходима срочная доставка пациента в профильное хирургическое отделение.

Обязательные вопросы, которые следует задать на вызове скорой медицинской помощи:

- Как себя чувствует пациент?
- Какая температура тела?
- Как давно болит зуб?
- Были ли приступы острой боли в зубе ранее?
- Не затруднён ли приём пищи?
- Имеются ли функциональные нарушения зубочелюстной системы (открывание рта, разговор и др.)?
- Нет ли припухлости мягких тканях, инфильтратов или выделения гноя?
- Не беспокоит ли общая слабость?
- Не повышалась ли температура тела?
- Не беспокоит ли озноб?
- Как открывается рот?
- Не затруднено ли глотание?
- Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
- Купируется ли боль применяемыми лекарственными средствами (НПВС)?



### **Осмотр и физикальное обследование.**

1. Оценка общего состояния пациента (при описанных выше флегмонах общее состояние средней степени тяжести или тяжёлое).
2. Определить степень открывания рта (открывание рта меньше 1 см между центральными зубами - один из основных признаков серьёзного одонтогенного воспаления с вовлечением в процесс жевательных мышц)
3. Затруднённый приём пищи (боли при глотании) характерны для флегмоны окологлоточного пространства
4. Оценить припухлость мягких тканей верхней трети шеи (от нижнего края нижней челюсти).
5. При наличии симметричного отека подчелюстных областей и подподбородочной области наиболее вероятна флегмона дна рта.
6. При отсутствии отёка или незначительном отёке под углом нижней челюсти, выраженных односторонних болях в горле при глотании и ограничении открывания рта вероятнее всего имеет место флегмона окологлоточного пространства.

Для поверхностных флегмон характерно наличие значительной асимметрии лица и плотного, разлитого, резко болезненного при пальпации инфильтрата без четких границ, иногда покрытого гиперемированной, не берущейся в складку кожей. При глубоких флегмонах реакция кожи не характерна, асимметрия лица может быть выражена незначительно, в клинической картине превалируют функциональные нарушения прежде всего страдают открывание рта и глотание.

### **Показания к доставке в стационар**

При подозрении на наличие одонтогенной флегмоны необходима срочная доставка больного в стационар, имеющий специализирующееся на гнойной хирургии челюстно-лицевое отделение. Заболевания требуют

срочного оперативного лечения и угрожают жизни больного. При отсутствии хирургического пособия - смертность 100%.

### **Лечение (D,4)**

При оценке общего состояния больного и принятии решения по лечебной тактике следует иметь ввиду, что нередко пациенты длительное время не питаются и не принимают воду через рот.

Лечебные мероприятия складываются из следующих действий:

1. Проведение дезинтоксикационной терапии (растворы NaCl 0,9%, глюкозы 5 % - до 1 литра внутривенно капельно).
2. Транспортировка больных в положении сидя (для профилактики асфиксии).
3. При выраженной дыхательной недостаточности и длительной транспортировке больного целесообразно восстановление проходимости дыхательных путей путем интубация трахеи.

Часто встречающиеся ошибки.

- Доставка пациента в непрофильный стационар: тонзиллогенные воспаления. В частности, паратонзиллярные абсцессы неodontогенной этиологии, должны доставляться в инфекционный стационар.
- Недостаточно полный сбор анамнеза.
- Неправильная оценка распространённости и тяжести воспалительного процесса.
- Неправильно проведённая дифференциальная диагностика, приводящая к ошибкам в постановке диагноза и тактике лечения.
- Назначение лекарственных средств без учёта соматического состояния и применяемой пациентом лекарственной терапии.
- Необоснованное назначение антибактериальных лекарственных средств и глюкокортикоидов.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА  
ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ  
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СГОСМП)**

**Диагностика (D,4)**

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови;
- общий анализ мочи;
- рентгенография челюстей, шеи и грудной клетки

**Лечение (D,4)**

- консультация врача-челюстно-лицевого хирурга,
- консультация врача-терапевта,
- осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом (по показаниям),
- осмотр врачом-оториноларингологом (по показаниям),
- осмотр врачом-торакальным хирургом (по показаниям, при подозрении на медиастинит),
- осмотр врачом-неврологом (по показаниям при подозрении на внутричерепные осложнения),
- осмотр врачом-офтальмологом (по показаниям при подозрении на орбитальные осложнения).

**Показания для госпитализации в профильное отделение**

- обострение хронического периодонтита у пациента с сопутствующими заболеваниями (соматическими и психиатрическими);
- перекоронит с выраженной воспалительной реакцией или нарушении общего состояния;
- острый периостит челюсти при наличии сопутствующей патологии или нарушении общего состояния;

- острый лимфаденит челюстно-лицевой области наличия сопутствующей патологии или нарушении общего состояния;
- острый остеомиелит челюсти;
- флегмона (абсцесс) челюстно-лицевой области.

#### **Показания для госпитализации на койки краткосрочного пребывания**

- обострение хронического периодонтита у пациента с сопутствующими заболеваниями;
- острый периостит челюсти;
- перекоронит.

#### **Показания для направления на лечение в амбулаторных условиях**

- обострение хронического периодонтита после хирургического лечения при отсутствии осложнений и удовлетворительном состоянии пациента;
- острый периостит челюсти после хирургического лечения при отсутствии осложнений и удовлетворительном состоянии пациента;
- перекоронит после хирургического лечения при отсутствии осложнений и удовлетворительном состоянии пациента.

### **Приложение**

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

#### **Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)**

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок

1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

#### Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
А	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов

В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+