

COMPREHENSIVE SURGICAL APPROACH FOR DIFFERENT PHLEGMONS OF THE MAXILLOFACIAL REGION

Ibragimov D.D., Yunusov F.A., Khalilov I.K.,
Suvonov B.U., Lapasov S.T.

Samarkand State Medical Institute, Department of Maxillofacial Surgery and
General Surgery, Samarkand City Medical Association

Актуальность проблемы. На протяжении последних лет самой распространенной формой гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО) являлись одонтогенные флегмоны. При этом многие авторы отмечают увеличение количества больных с данной патологией, указывая на тяжесть течения заболевания, рост частоты атипичных форм, в том числе характеризующихся молниеносным течением, с большим процентом осложнений и летальных исходов.

Лечение осложненных форм флегмон челюстно-лицевой области и шеи до сих пор является проблематичной и чрезвычайно актуальной задачей. Следует отметить неисчислимые публикации в мировой медицинской литературе, многочисленные, неоднократные обсуждения на всевозможных отечественных и зарубежных медицинских съездах и форумах по данной тематике. В основном первопричиной подобного рода флегмон является одонтогенная инфекция.

Высокой значимостью со степенью опасности и критических результатов обладают разлитые флегмоны дна полости рта и шеи. От общего количества хирургических больных пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями различного расположения составляют от 35 до 55%, их количество из года в год не проявляет тенденции к уменьшению. А число хирургических больных челюстно-лицевого стационара с острыми воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи насчитывает 68,5–61,3%.

Следует отметить увеличение удельного веса пациентов с прогрессирующими тяжелыми формами гнойно-воспалительных заболеваний – флегмонами дна полости рта, осложненными сепсисом, медиастинитом, тромбозом, кавернозным синус тромбозом, тромбофлебитом, часто приводящими к летальным исходам. Проведенными исследованиями доказано, что прогрессирующая гнойная инфекция, нередко являющаяся причиной различных гнойных заболеваний полости рта, а также заболеваний зубов, обусловлена воздействием неблагоприятных причин в полости рта, частыми проявлениями устойчивости патогенных заболеваний к антибиотикам, изменением иммунологической реактивности организма. Обширные флегмоны дна полости рта и шеи чреваты неблагоприятными исходами. Чтобы минимизировать подобное, важным моментом представляются качественная диагностика и правильное хирургическое лечение. Радикальность хирургического вмешательства зависит от степени развития гнойно-воспалительного процесса, а также от характера вызвавшего его микробного агента (аэробы и анаэробы). Актуальный момент онтогенеза в гнойно-септической хирургии отмечается ранее определенными принципами лечения гнойно-воспалительных заболеваний и осложнений. Таким образом, обширные флегмоны дна полости рта и шеи нуждаются в качественной диагностике и адекватном хирургическом лечении.

Цель исследования. Представление клинического наблюдения переднего медиастинита, закончившегося выздоровлением после вскрытия одонтогенной гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта и глубоких пространств шеи с дренированием переднего средостения.

Пациент Т., 1991 г.р., обратился в Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФРНЦЭМП) в тяжелом состоянии, после осмотра хирургов приемного покоя. Было принято решение вызвать челюстно-лицевого хирурга по линии санитарной авиации. На момент осмотра больной предъявлял жалобы на боли и припухлость в области дна полости рта, затрудненное болезненное глотание, ограничение открывания рта. Отмечал общую слабость, недомогание, нарушение сна, повышение температуры тела до 38,5 °С. Со слов пациента, был болен в течение 4 суток. Начало заболевания связывал с переохлаждением, когда заболел зуб. Никуда не обращался, занимался самолечением. Постепенно состояние ухудшилось, появились вышеперечисленные жалобы. При госпитализации общее состояние средней тяжести. Кожные покровы, дыхательная и сердечно-сосудистая система без особенностей. Лицо бледное, отек мягких тканей подчелюстных областей справа и слева и подподбородочной области. Инфильтрат не имел отчетливых границ и захватывал всю толщу дна полости рта. Кожа над ним была гиперемизирована, отечна, пальпаторно резко болезненна, в складку не собиралась. Рот полуоткрыт, открывание его ограничено до 2,5 см, болезненное. Глотание затруднено. Слизистая оболочка подъязычной области выбухала в виде валика выше коронок зубов, покрыта фибринозным налетом. Изо рта - зловонный запах. Зуб 38 (левый нижний 3-й моляр) на 90% разрушен, перкуссия зуба резко болезненная. Прикус ортогнатический. Имелось поражение кариесом остальных зубов. Поставлен клинический диагноз: «одонтогенная гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта от 38 зуба».

Произведена операция вскрытие флегмоны дна полости рта, удаление 38 зуба, раны промыты в большом количестве антисептиками растворами таких как, 3% перекиси водорода, раствор декасана, между разрезами создана контрапертура, выполнена рыхлая тампонада трунда, резиновой дренажу с гипертоническим раствором и был госпитализирован в отделение реанимации СФРНЦЭМП. На 5-й день заболевания больного в состоянии средней тяжести был переведен в отделение челюстно-лицевой хирургии городского медицинского объединения центральной больницы города Самарканда. 04.01.2021 г. в 13:55 с диагнозом: «обострение хронического периодонтита 38 зуба, одонтогенная гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта» состояние после вскрытия флегмоны.

В анализе крови от 04.01.2021 г. - лейкоцитоз ($17 \times 10^9/\text{л}$) с палочкоядерным сдвигом (25 %), ускорение СОЭ до 34 мм/час.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (цефотроксон, метрид). Для улучшения микроциркуляции вводился реополиглюкин, анальгетики и димедрол - по показаниям. Состояние пациента расценивается как соответствующее тяжести перенесенной операции. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки - усиление и деформация легочного рисунка за счет хронического бронхита, утолщение медиастинальной плевры справа.

08.01.2021 г. состояние больного ухудшилось: появились гиперемия и отек боковой поверхности шеи слева. Диагностирован передний медиастинит слева и в тот же день проведен консилиум с участием общих хирургов, торакальных хирургов, врача реаниматологов и было принято решение провести операцию вскрытия левой глубокой шейной флегмонозной очага с односторонней медиастинотомии по Разумовскому. Проведена операция под общим эндотрахеальным наркозом с участием челюстно-лицевых хирургов, общих хирургов, торакальных хирургов и реаниматологов. Получено обильный гной с ихорозным запахом из области глубокой межмышечной, межфасциальной пространства шеи слева и из предтрахеального пространства.



Рис. Пациент Т. после вскрытия одонтогенной гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта: дренировано дно полости рта, глубокие пространства шеи.

До 12.01.2021 г. пациент находился в отделении реанимации и интенсивной терапии, где проводилось комплексное (местное, общее) лечебное мероприятие. Проводилось антибактериальное, заместительное и симптоматическое лечение. Для коррекции гипопроотеинемии и анемии неоднократно переливалась одногруппная плазматрансфузия. Проводились ежедневное, двухкратное перевязки, лечебно-санационная бронхоскопия. Картина крови (от 11.01.2021 г.): НБ – 98 г/л, эр. - $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $12 \times 10^9/л$ (эоз. - 0 %, п/я - 6 %, с/я - 84 %, лимф. - 7 %, мон. - 2 %). После стабилизации состояния переведен в отделение гнойной хирургии. На контрольных рентгенограммах отмечено расправление левого легкого, уменьшение тени средостения. Плевра оставалась утолщенной на всем протяжении. В последующие дни заболевания клиническая картина заболевания пошло в хорошую сторону. В динамике рентгенологическая картина улучшалась и к 25.01.2021 г. на контрольной обзорной рентгенограмме органов грудной клетки левого легкое расправилось, в верхних отделах инфильтрация уменьшилась как по интенсивности, так и по размерам. В нижних отделах сохранилось утолщение плевры и небольшое количество жидкости слева.

По заживлению ран на шее, при отсутствии гнойного отделяемого выполнялось сближение краев ран, произведена операция наложение вторичного шва. Объем выделений из дренажных трубок постепенно уменьшался. 07.02.2021 г. выписан в удовлетворительном состоянии с дренажной трубкой под наблюдение хирурга и челюстно-лицевого хирурга по месту жительства.

Вывод. Не смотря на медицинское знание населения по проведению широких стоматологических профилактических мероприятий таких форм флегмон челюстно-лицевой области как гнилостные некротические флегмоны дна полости рта встречаются, и эти флегмоны нуждаются в своевременном диагностировании и хирургическом лечении, чтобы предотвратить различных, сложных осложнений и летального исхода.

Литература

1. Александров М.Т., Бажанов Н.Н., Титова С.Н Экспресс-метод оценки эффективности лечения гнойной раны на основе применения лазерно-флюоресцентной фотометрии// Стоматология для всех. 2002. №2. С.14-16.

2. Бажанов Н.Н., Александров М.Т., Черкесов И.В. Применение мирамистина для лечения больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области //Стоматология. 2006. №3. С.24-26.
3. Бернадский Ю.Н. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. М.: Медицинская литература, 2000. 416 с.
4. Воложин А.И., Порядин Г.В. Патофизиология. М.: Академия, 2006. Т.1. 271 с.
5. Гюнтер В.Э., Дамбаев Г.Ц., Сысолятин П.Г. и др. Медицинские материалы и имплантаты с памятью формы. Томск, 1998. 490 с.
6. Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Исхакова З.Ш., Рустамова Г., Усмонов Р.Ф. Основные свойства препарата «лорамор» в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. //Материалы IV Международной научно – практической конференции молодых ученых и студентов, IV Форума медицинских и фармацевтических ВУЗов России «За качественное образование» 10 - 12 апреля 2019 г. Екатеринбург.
7. Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Ахмедов Б.С. Эффективность препарата бактизева в комплексном лечении воспалительных процессов челюстно-лицевой области. //Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов 2019г. Республика Таджикистан.
8. Ибрагимов Д. Д., Гаффаров У. Б., Валиева Ф. С., Усманов Р.Ф. Применение препарата «отвара аниса» в комплексной терапии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. //II Международной научно-практической on-line конференции Актуальные вопросы медицинской науки в XXI веке Ташкент 2019г.
9. Егорова О.А., Козлов В.А., Шульман Ф.И. Особенности клинического течения одонтогенного медиастинита // Материалы 6-ой международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. СПб, 2001. С. 42
10. Кравченко, В.В., Лещенко И.Г. Диагностика и лечение гнойной стоматологической инфекции. Самара: Перспектива, 2003. 248 с.
11. Мирзоев М.Ш. Дилатационный метод дренирования ран в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области: автореф. дисс... к.м.н. Самара, 2008. 35 с.
12. Робустова Т.Г. Одонтогенные воспалительные заболевания. М.: Медицина, 2006. 662 с.
13. Тер-Асатуров ГП. Некоторые вопросы патогенеза одонтогенных флегмон// Стоматология. 2005. Т. 84, №1. С.20-27.
14. Шаргородский А.Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи. М: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 235 с.