

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ДНА ПОЛОСТИ РТА И ШЕИ

В этой статье изложены литературный обзор современное состояние вопроса этиологии, патогенеза и лечения флегмон дна полости рта и шеи.

Ключевые слова: этиология, патогенез, флегмоны челюстно-лицевого отдела

Abdullaeva Svetlana Abdulchakovna
«Dentistry Biodon C»

MODERN CONDITION OF THE PROBLEM OF ETIOLOGY, PATHOGENESIS AND TREATMENT OF THE FLEGMON OF THE LOWER PART OF THE MOUTH AND NECK (REVIEW OF LITERATURE)

This article presents a literature review of the current state of the issue of etiology, pathogenesis and treatment of phlegm on in the bottom of the mouth and neck.

Key words: etiology, pathogenesis, phlegm on.

Чрезвычайно актуальной задачей, до настоящего времени, является проблема лечения тяжелых, осложненных форм флегмон челюстно - лицевой области и шеи. Ей посвящены многочисленные публикации в мировой медицинской литературе, отмечаются многочисленные, неоднократные обсуждения на различных отечественных и зарубежных медицинских форумах. Основной прижана моючиной развития таких флегмон является одонтогенная инфекция полости рта [1]. Особую значимость, с точки зрения тяжести и неблагоприятных исходов, имеют обширные флегмоны дна полости рта и шеи.

По данным различных авторов, несмотря на достижения медицины, летальность среди данной категории больных стабильно высокая и составляет от 20 до 60% [2, 3]. По данным исследований Т.Х. Робустовой причинами распространения инфекции окологлазничных флегмон служат инфекции из апикальных очагов при обострении хронического периодонтита, реже при остром периодонтите, а также при затрудненном прорезывании нижнего зуба мудрости, нагноившейся радикулярной кисте, инфицировании лунки удаленного зуба, обострении болезней пародонта. Кроме того, толчком к развитию флегмон челюстно-лицевой области и шеи могут послужить острый и хронический одонтогенный остеомиелит и острый периостит челюсти.

По возрастному цензу среди больных ведущее место занимает распространение флегмон у наиболее молодых людей в возрасте от 20 до 30 лет, что связано с наибольшей интенсивностью поражения зубов кариесом, затрудненным прорезыванием нижнего восьмого моляра. Но за последние годы увеличилось и количество пожилых пациентов, страдающих сахарным диабетом, на фоне которого чаще наблюдаются обширность и генерализация гнойно-воспалительного процесса [4].

Разные авторы отмечают ухудшение стоматологической помощи в отдаленных районах и сельской местности, что зачастую приводит к запущенности и распространенности флегмон в области лица и шеи. Это связано с плохой профилактикой и просветительной работой с населением, а так же увеличением доли больных с иммуно-дефицитным состоянием, данные категории больных в основном

лечатся консервативным методом с использованием антибиотиков в надежде на быстрое выздоровление

Одонтогенная природа флегмон челюстно - лицевой области, как ранее отмечалось по данным литературы, составляет 80-95%. Помимо инфекций полости рта причинами развития флегмон могут быть и тонзиллогенные источники, а именно гнойно-воспалительные процессы в небных миндалинах; травмы головы и шеи с повреждением мягких тканей и костей; повреждения глотки, пищевода и гортани, в том числе ятрогенные [5,6].

Редкими источниками развития флегмон могут быть фурункулы и карбункулы, гнойный трахеостенит, гнойные отогенные и риногенные заболевания, а также пост инъекционные нагноения у наркоманов [8]. При тяжелых течениях флегмон челюстно-лицевой области и шеи возможно осложнение развитием медиастенита и сепсиса.

Кроме основных источников гнойно-воспалительного процесса также необходимо отметить и наличие фоновой патологии у больного, оказывающей своё негативное влияние на течение процесса. По данным [18] хирургический сепсис чаще развивался у больных с отягощенным анамнезом, наличием сопутствующих заболеваний. Среди 283 больных, описанных этим автором, в 55,2% случаев хирургический сепсис имел одонтогенную природу, у 22,5% больных были аденофлегмоны, у 12,4% - осложненные инфицированные раны головы и шеи и у 9,9% - осложненные фурункулы и карбункулы лица.

Эволюция микрофлоры возбудителей флегмон дна полости рта и шеи прослеживается в литературе в зависимости от года публикации и используемых авторами микробиологических методик [7] отмечает, что раньше «первенство» среди возбудителей около - челюстных флегмон принадлежала стафилококкам, удельный вес которых достигал 69%. Далее чаще высевались стрептококки, кишечная и синегнойная палочки, и другие микроорганизмы, а также их ассоциации..

В последние годы, при исследовании этиологии хирургических инфекций вообще и гнойно-воспалительных поражений головы и шеи в частности, все большее внимание уделяется анаэробам [9]. Давно известно, что главное место обитания анаэробов - пищеварительный канал, где вообще нет стерильных отделов, значительна доля анаэробов в микробном пейзаже хирургических инфекций, этиологически и анатомически связанных с дном полости рта и шеей.

Поражается преимущественно рыхлая соединительная ткань в подкожной межфасциальной межмышечной, паравазальной и параневральной клетчатке, а также вокруг органов полости рта и шеи. Относительно свободное сообщение пространств дна полости рта и шеи между собой, топографии фасций, сосудов и нервов, обуславливают анатомическую предрасположенность к распространению инфекции контактным нисходящим путем вплоть до средостения с развитием медиастенита, а особенности кровоснабжения и структурные взаимосвязи челюстно-лицевой области и головного мозга определяют возможность восходящего распространения гнойно-воспалительного процесса с переходом в гнойно-септический тромбофлебит вен лица, синус - тромбоз, гнойный менингитный энцефалитивнутричерепной абсцесс [10, 11].

На основании проведенных топографо-анатомических исследований установили тесную связь областей лица с зубочелюстными сегментами и лунками зубов, а также поверхностных клетчаточных пространств лица и шеи. Это способствует распространению инфекции от зубов в около челюстные мягкие ткани и далее в соседние области пространства головы и шеи контактным путем. Кроме того, возможно гематогенное продвижение инфекции, которое, по мнению [12] является преимущественным при локализации гнойного очага в пространствах дна полости рта.

Указанные клиничко-анатомические особенности флегмон дна полости рта и шеи, отчасти объясняют быстроту их развития и прогрессирования, а также трудности диагностики, что влечет за собой генерализацию инфекционного процесса. По данным

ряда авторов [13, 14] распространение флегмоны на шею осложняется сепсисом в среднем в 26% случаев, септическим шоком - в 12%, медиастенитом - в 13%. Эти осложнения в основном и определяют летальность.

На основании имеющегося опыта отечественной и зарубежной хирургии и достижений биологических наук авторы отметили, что раны любого генеза и характера заживают по единым биологическим законам. Это позволило сделать вывод о том, что единство биологических законов течения раневого процесса обуславливает общность принципов лечения любых ран (свежих и гнойных), а успех лечения может быть достигнут только одним способом - радикальной хирургической обработкой гнойного очага с последующим ранним закрытием раневого дефекта местными тканями или посредством аутогемопластичных. Авторы подчеркнули, что именно в радикальности хирургической обработки раны, подразумевающей полное удаление мертвых и нежизнеспособных тканей, заложена суть метода, определяющая возможность широкого применения его при разнообразных гнойных заболеваниях и перспективу раннего закрытия раны [15].

При этом подчеркивается, что основным и самым ответственным этапом хирургической обработки раны является иссечение, то есть удаление нежизнеспособных тканей в направлении от поверхностных слоев к глубоким. Рассечение надо рассматривать как оперативный доступ (разрез), необходимый для ревизии раны и выполнения основного этапа хирургической обработки. Исчерпывающая хирургическая обработка гнойного очага позволяет закрыть операционный раневой дефект в наиболее короткие сроки и получить быстрое и полное заживление раны и, следовательно, создать условия для выздоровления больного.

При распространении процесса от дна полости рта и шеи в средостение выполняется шейная медиастинотомия, которая должна обеспечить дренирование верхнего средостения, при нижних медиастинитах практикуются трансторакальные вмешательства [11, 12, 13]. В последние годы появились публикации, в которых авторы предлагают максимально реализовать современные принципы гнойной хирургии применительно к лечению гнойных заболеваний черепно-челюстно-лицевой области и шеи.

Авторы рассматривают срединный разрез на шее как вынужденный и используют его при комбинированных доступах в случае обширных флегмон, захватывающих всю передно-боковую поверхность шеи с распространением в соседние области. В источнике особо подчеркивается необходимость выполнения тщательного анатомически и клинически обоснованного оперативного приема, основанного на глубоком знании топографии соответствующих областей, а также путей распространения инфекционного процесса. По разработанным принципам авторами прооперировано 70 больных с обширными флегмонами челюстно-лицевой области и шеи одонтогенного и неодонтогенного происхождения, При этом наложение трахеостомы потребовалось в 7 (10%) случаях, а полное заживление операционных ран достигнуто у 65 (92,9%) больных. Летальность составила 2.9% (2 больных).

Приведенные данные вскрывают один важный аспект, связанный с клиникой и хирургическим лечением обширных флегмон дна полости рта и шеи, а именно обеспечение адекватного дыхания. В этой связи хирурги и анестезиологи сталкиваются с необходимостью решения вопроса о наложении трахеостомы. Ряд авторов используют трахеостомию часто, мотивируя это наличием исходной дыхательной недостаточности, вызванной отеком верхних дыхательных путей, медиастинитом и сепсисом, а также созданием условий для производства операции в спокойной обстановке [16,17,18].

Однако многие хирурги и анестезиологи считают, что обеспечение проходимости трахеобронхиального дерева следует начинать с интубации трахеи тем или иным способом экстренная трахеостомия сопряжена с опасностью кровотечения,

пневмоторакса, эмфиземы средостения, остановки дыхания, а в более позднем периоде - аррозинного кровотечения, подкожной эмфиземы, инфекционных осложнений, а также вторичного стеноза гортани и трахеи и невозможности нормализации. Кроме того, наличие квалифицированных кадров, эндоскопической поддержки, современных интубационных трубок и дыхательной аппаратуры позволяют сузить показания для трахеостомии.

Таким образом, анализ доступной литературы показывает, что, несмотря на достижения современной гнойной хирургии, имеется существенный дисбаланс между частотой и тяжестью встречающихся в практике обширных флегмон дна полости рта и шеи и четкими технологическими критериями их оптимального хирургического лечения. С одной стороны, не вызывает сомнений необходимость радикальной ликвидации «злокачественного» гнойно-воспалительного процесса. С другой стороны, большинство имеющихся хирургических способов и рекомендаций зачастую не позволяют спасти больного, что поддерживает высокую летальность или влечет за собой длительное и осложненное выздоровление, приводя к неудовлетворительным анатомо-функциональным результатам и стойкой инвалидизации. Такая ситуация побудила нас к выполнению настоящего исследования, направленного на разработку новой стандартизированной хирургической технологии, основанной на активной хирургической тактике и восстановительной клинико-анатомо-функциональной концепции гнойной хирургии этих областей.

Литература:

1. **Аверьянов, С.В.** Изучение микроциркуляции в области ретенированных зубов при их перемещении под влиянием лазерного света [Текст] / С.В. Аверьянов, Е.И. Костина, Е.В. Решетникова // Мат. VI Российского научного форума «Стоматология 2004». - Москва, 2004.
2. **Аксенов, К.А.** Особенности течения раневого процесса в полости рта при дифференцированном подходе к этапу ушивания хирургической раны (экспериментально-клиническое исследование): Дис. ... канд. мед. Наук [Текст] / К.А. Аксенов.- МГМСУ. - М., 2011. - с.
3. **Бакиев, Б.А.** Современные аспекты комплексной терапии гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи [Текст]: дис. д-ра мед. наук : 14.01.17, 14.01.14 / Б. А. Бакиев. - Бишкек, 2011. –250с.
4. **Башилов, Л.И.** Особенности бактериальной диагностики при хирургическом лечении одонтогенных флегмон. [Текст] / Чувилкин В.И., Царев В.Н., Панин А.М., Панин М.Г., Ахмедов Г.Д. // Российская стоматология. 2011.-№4.-С.15-20.
5. **Богатов, В.В.** Оптимизация антибактериальной терапии при лечении гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области / В. В. Богатов, А. Г. Денис, Н. Ф. Колядов // Стоматология. – 2015.-№3.-С. 38-41.
6. **Винник, Ю.С.** Современные методы лечения гнойных ран [Текст] /Ю.С. Винник, Н.М. Маркелова. В.С. Тюрюмин // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. (Т.12).-С.135-141.
7. **Высоцкий, А.Г.** Особенности хирургического лечения нисходящего медиастинита [Текст] / Ступаченко Д.О., Вегнер Д.В., Тахтаулов В.В. // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2012. – Т. 13, №2.
8. **Гостищев, В.К.** Клиническая оперативная гнойная хирургия [Текст] руководство / В.К. Гостищев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.-240с.
// Вестник экспериментальной и клинической хирургии.2016. – Т. 1, № 1.-С.28-32.
9. **Губин, М.А.** Пути оптимизации лечения первичных гнойных ран лица и шеи / М. А. Губин //Вестник Смоленской медицинской академии. – 2010. – № 2.-С.68-74.
10. **Даниелян, Ш.Н.** Диагностика и хирургическое лечение посттравматического гнойного медиастинита [Текст] / Бакумов М.М., Погодина А.Н. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2011. – № 12.-36-40.

11. **Доброквашин, С.В.** Хирургическое лечение больных с острым медиастинитом [Текст] / Сысоев П.Н., Демьянов С.Л. // Практическая медицина. 2014. – № 5.-С.96-100.
12. **Егоров, О.А.** Особенности клинического течения одонтогенного медиастинита, обусловленные механизмом его развития [Текст] / Козлов В.А., Шульман Ф.И //Материалы VI Междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов,- Санкт-Петербург, 2011.-С.256-264.
13. **Забелин, А.С.** Синдром эндогенной интоксикации у больных с флегмонами лица и шеи [Текст] / А.С. Забелин, И.А. Брылев, С.А. Семенов // Вестникэкспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т. 5, № 2.-С. 56-60.
14. **Зарецкая А.С.** Анализ результатов диагностики и амбулаторного лечения пациентов с обширными одонтогенными полостными образованиями в челюстных костях [Текст] / Автореферат дис. ... канд. мед. наук / ЦНИИС и ЧЛХ Минздравоц.развития РФ. - М., 2014.-24с.
16. **Захарова, Г.Н.** Пути снижения осложнений у больных с тяжелыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Текст. / Г.Н. Захарова, В.А. Булкин // Стоматология. 2013. - № 3.-С.78-82.
17. **Зыкин, А.Г.** Сравнительный анализ биомаркеров воспаления у больных спрессирующими одонтогенными флегмонами [Текст] / А.Г. Зыкин, А.Л. Громов // Проблемы стоматологии. – 2014. – № 1.-С.25-28.
18. **Харитонов, Ю.М.** Опыт лечения больных с тяжелыми осложнениями одонтогенной инфекции [Текст] / Ю.М.Харитонов, А.А. Глухов, А.Л. Громов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2011. - Т. IV, №4. - С. 871-875.
19. **Значение клеточного состава и цитокинин продуцирующей активности клетокраневого отделяемого у больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области [Текст] / Н.Е. Терешкина, Д.А. Федотенкова, Н.Б. Захарова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2015. – № 11(2).-С. 36-41.**