

ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Флейшер Г.М.



*Флейшер Григорий Михайлович - врач-консультант,
двукратный рекордсмен Мировой книги рекордов Гиннеса,
Государственное учреждение здравоохранения
Областная стоматологическая поликлиника
Стоматологический центр, г. Липецк*

Аннотация: *клиническая картина флегмон ЧЛЮ довольно часто проявляется расстройством многочисленных звеньев системы гомеостаза, одними из которых являются: иммунитет, детоксикация, гемостаз, реология и др. Развитие синдрома эндогенной интоксикации при гнойно-воспалительных заболеваниях характеризуется грубыми расстройствами регуляции и метаболизма, которые ведут к нарушению гомеостаза, «срыву» защитных функций и систем, формированию порочных аутокаталитических кругов, которые создают условия для сохранения и прогрессирования эндотоксикоза. В статье рассматривается вопрос лечения одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области.*

Ключевые слова: *одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области, клиника, лечение, население.*

Проблема диагностики и лечения больных с острыми гнойно-инфекционными заболеваниями челюстно-лицевой области продолжает оставаться актуальной и в настоящее время. Несмотря на повышение качества оказания стоматологической помощи, усовершенствование известных и применение современных методов диагностики и лечения данной патологии, количество больных с одонтогенными флегмонами продолжает расти [3, 8]. Численность больных с одонтогенными флегмонами, по мнению разных авторов, занимает до 60-70% коечного фонда челюстно-лицевых стационаров. Распространённость флегмон челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) одонтогенного происхождения увеличивается из года в год. При распространении процесса на шею и в средостение летальность достигает 60%, а при генерализации инфекции, приводящей к септическому шоку, возрастает до 90% [2]. Также в последние годы отмечается неуклонный рост числа прогрессирующих флегмон, часто осложняющихся такими грозными состояниями, как контактный медиастенит, тромбоз кавернозного синуса твёрдой мозговой оболочки, абсцесс головного мозга, сепсис, а также атипичных и малосимптомных флегмон [4, 6].

Клиническая картина флегмон ЧЛЮ довольно часто проявляется расстройством многочисленных звеньев системы гомеостаза, одними из которых являются: иммунитет, детоксикация, гемостаз, реология и др. [5]. Развитие синдрома эндогенной интоксикации при гнойно-воспалительных заболеваниях характеризуется грубыми расстройства регуляции и метаболизма, которые ведут к нарушению гомеостаза, «срыву» защитных функций и систем, формированию порочных аутокаталитических кругов, которые создают условия для сохранения и прогрессирования эндотоксикоза [4, 7].

Характер становления и выраженности эндогенной интоксикации с одной стороны зависит от интенсивности реакций свободно-радикального окисления, а с другой стороны, уровень эндотоксикоза определяет степень дисбаланса системы про-/ антиоксиданты [8].

Лечение больных воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи основано на комплексном проведении оперативных вмешательств и консервативных мероприятий.

Проблема лечения флегмон ЧЛЮ и шеи продолжает оставаться актуальной на современном этапе. Можно с полной уверенностью сказать, что вопрос о патогенетических процессах, протекающих в гнойной ране, и их лечении относится к одному из старых разделов медицины и имеет свою многовековую историю. Существует огромное количество разнообразных методов и способов воздействия на гнойную рану, но, к сожалению, ни один из них не удовлетворяет современных хирургов полностью. Ежегодно появляются новые методики ведения гнойных ран, как челюстно-лицевой области, так и других анатомических областей. В настоящее время разработаны и внедрены в практику стандарты

для лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ и шеи, включающие проведение адекватного хирургического вскрытия и дренирования гнойного очага, антибактериальной, детоксицирующей, противовоспалительной терапии, коррекции систем гомеостаза. Именно поэтому поиск современных эффективных методов местного лечения гнойных ран ЧЛЮ и шеи является актуальным, оправданным и необходимым [5].

Наш опыт и публикации в медицинской литературе говорят о низкой эффективности местной анестезии при вскрытии флегмон челюстно-лицевой области. Поэтому в последние 6–7 лет в основном за счёт накопленного опыта все флегмоны челюстно-лицевой области вскрываются под общим обезболиванием. Только общая анестезия даёт возможность гарантировать адекватность анестезии и эффективность работы челюстно-лицевого хирурга. Анестезиологическое пособие при выраженной исходной дыхательной недостаточности, при разлитых гнойно-воспалительных процессах в нижней половине лица, а так же развитии таких осложнений, как одонтогенные медиастениты, гнойносептические тромбозы вен лица, представляют значительные трудности при выборе вида и методики анестезии.

Чтобы риск назначаемого наркоза не превосходил оперативный риск, мы тщательно готовим больных к оперативным вмешательствам. Совместный осмотр с анестезиологом, консультация терапевта, предоперационная инфузионная терапия позволяют выбрать для каждого больного индивидуальный план общей анестезии и свести «наркозный» риск к минимуму. Во время оперативного вмешательства необходимо бережно обращаться с тканями, избегая их чрезмерного сдавления, пережатия. Длина флегмон определяется протяжённостью инфильтрата. Слизистую оболочку, кожу, подкожную мышцу и фасции (апоневроз) на пути к инфекционному очагу следует рассекать, а глублежащие ткани расслаивать по ходу клетчаточных пространств. У больных с гнилостно-некротическими флегмонами некротизированные ткани не только служат источником интоксикации, но и являются питательной средой для микроорганизмов. В связи с этим при наличии больших участков некроза показано их иссечение – некрэктомиа. Заканчивается обработкой раны и дренированием.

В большинстве случаев в качестве дренажей использую резиновые или полихлорвиниловые трубки. В тяжёлых случаях применяем диализ раны с целью скорейшего удаления микробов и их токсинов, продуктов распада.

Применяю как фракционный, так и непрерывный диализ. Использую так же вакуумное дренирование, особенно при лечении абсцессов крыловидно-челюстного пространства. После очищения раны 30% случаев накладываем вторичными швами.

В настоящее время все чаще встречаются больные с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи, у которых, несмотря на хирургическое вмешательство и антибиотикотерапию не удаётся купировать воспалительный процесс и добиться выздоровления в ранние сроки. Только больным со сниженной реактивностью организма добавляем к лечению препараты, повышающие иммунитет. Наиболее тяжёлым больным внутривенно вводим антистафилококковую гипериммунную плазму, стафилококковый анатоксин, тималин, цефалоспорины, карбопенемы (меропенем) и т.д.

Обычно хирургическое лечение дополняется внутримышечным, а иногда внутривенным введением антибиотиков, которые и в настоящее время, несмотря на возрастающую устойчивость к ним гноеродной микрофлоры, широко применяются в клинической практике. Стандарта в применении антибиотиков не должно быть. Рациональней антибиотикотерапией является применение определённых препаратов с учётом индивидуальной чувствительности к ним возбудителя заболевания. Поэтому всем больным проводим посев из раны для получения антибиотикограммы, по прошествии 10 дней посев повторяем. До получения антибиотикограммы назначаем антибиотик широкого спектра действия или комбинацию из двух антибиотиков. Не потеряли своей актуальности и сульфаниламиды, и препараты нитрофуранового ряда, которые мы продолжаем широко использовать в своей практике.

Больные с разлитыми гнойно-воспалительными процессами, сопровождающиеся осложнениями, декомпенсацией сопутствующей соматической патологией, подлежат лечению в отделении реанимации, где возможно более быстрое и полное обследование больных и проведение интенсивной терапии, направленной на поддержание функций кровообращения и дыхания, а также коррекцию изменений, вызванных инфекционно-токсическим повреждением. В первую очередь нарушение процессов микроциркуляции и регионарного кровообращения, необходимых для оптимального потребления кислорода и метаболизма. На начальном этапе развития воспалительного процесса целесообразна трансфузия препаратов, не увеличивающих вязкость крови и длительно не циркулирующих в организме: гемодеза, реополиглобулина, ощелачивающего раствора и т.д.

При стабилизации воспалительного процесса трансфузионная терапия направлена в первую очередь на повышение неспецифической и специфической реактивности организма за счёт введения нативной плазмы гамма-глобулина, гипериммунной плазмы, а также препаратов, указанных выше. По нашим данным хорошие результаты в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области даёт плазмозферез и гемосорбция.

Симптомы интоксикации снимаются, быстрее наступает стабилизация состояния.

В комплексе лечебных мероприятий, осуществляемых у больных с острыми воспалительными процессами челюстно-лицевой области с сопутствующей патологией, обязательно пользуемся консультацией специалистов. Особенно это касается больных с сахарным диабетом, которые постоянно находятся под наблюдением эндокринолога.

Разработка эффективных методов лечения заболеваний воспалительного генеза, рост серьезных осложнений, приводящих к снижению функциональных и резервных возможностей организма, а также к нарушению морфологических структур органов с необратимым снижением их функции, является одной из актуальных проблем восстановительной медицины. Проведение профилактической антибиотикотерапии у больных после проведения оперативных вмешательств в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии способствует снижению частоты развития послеоперационных воспалительных осложнений.

Список литературы

1. *Березняков И.Г.* Карбпенемы: мифы и действительность/ Березняков И.Г.// Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. № 2. Том 5, 2003. С. 126- 139.
2. *Вольфовский В.З.* Одонтогенный тотальный медиастенит, осложненный эрозивным кровотечением из магистральных сосудов шеи/ Вольфовский В. З., Толмачев В. Е., Зеленцев Е. Л., Гринь Г. Л. // Вести хирургии, 1998. № 3. С. 82-83.
3. *Высельцева Ю.В.* Клинико-иммунологические особенности течения и прогнозирования распространенных одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области и их происхождений: автореф. дисс... к.м.н. / Высельцева Ю.В. Нижний Новгород, 2010.
4. *Губин М.А., Харитонов Ю.М.* Осложнения одонтогенных воспалительных заболеваний // Робустова Т.Г. (Ред.) Одонтогенные воспалительные заболевания. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. 664 с.
5. *Недосейкина Т.В.* Современные направления комплексного лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи /Недосейкина Т.В., Глухов А.А., Коротких Н.Г.// Фундаментальные исследования. № 4, 2014. С. 641 -646.
6. *Никитин А.А.* Медиастинит тяжелое осложнение острых одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области / Никитин А.А., Косяков М.Н., Невров А.Н., Рубцов Н.А., Лапшин В.П., Жданов Е. В. // Стоматология, 1996. Спец. выпуск. С. 70.
7. *Робустова Т.Г.* Одонтогенные абсцессы и флегмоны лица и шеи // Т.Г. Робустова (Ред.) Одонтогенные воспалительные заболевания. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. 664 с.
8. *Шаргородский А.Г.* Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) / А.Г. Шаргородский. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 528 с.