

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ДИАГНОЗ И ЛЕЧЕНИЕ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Проблема воспалительных заболеваний тканей челюстно-лицевой области и шеи постоянно привлекает внимание челюстно-лицевых хирургов и оториноларингологов в связи с устойчивой частотой возникновения патологии, увеличением числа случаев тяжелого течения инфекции, иногда с атипичными клиническими проявлениями, а также склонностью к затяжному течению [1, 6, 11]. Больные с воспалительной патологией челюстно-лицевой области составляют от 40 до 60% пациентов, обращающихся за помощью к челюстно-лицевому хирургу [2, 3]. Среди

них наиболее тяжелыми считают флегмоны лица и шеи. Это обусловлено анатомо-топографическими особенностями данной области, быстрым распространением воспалительного процесса по клетчаточным пространствам с развитием медиастинита и генерализацией инфекции [9, 10]. Особенностью данной патологии является трудность и несвоевременность ранней ее диагностики.

Смертность при распространенных флегмонах лица и шеи составляет от 28-50%, а при внутричерепных осложнениях, медиастините, сепсисе – от 34-90%. Сложность ран-

ней диагностики медиастинита объясняется отсутствием симптомов, характерных для медиастинита на ранней стадии его развития.

В последние годы отмечается увеличение тяжелых форм этой патологии и осложнений, представляющих угрозу для жизни больного. Наряду с увеличением количества осложненных форм гнойной инфекции выявилась тенденция к неуклонному росту атипично протекающих и хронических заболеваний челюстно-лицевой области и шеи. Они характеризуются гиперэргической воспалительной реакцией, длительным течением, многообразием клинических проявлений [5].

Многообразие причинно-следственных факторов, обуславливающих этот факт, связано с современными социальными и экологическими условиями, снижением на этом фоне антиинфекционной резистентности макроорганизма, качественным изменением биологических свойств микрофлоры под влиянием необоснованного приема антибиотиков, гормональных средств и других лекарственных препаратов, увеличением числа больных с фоновой патологией. Флегмоны челюстно-лицевой области и шеи сопровождаются эндогенной интоксикацией, что приводит к нарушению гомеостаза, расстройству деятельности жизненно-важных органов и систем организма больного. Наиболее значительно эндогенная интоксикация проявляется у больных прорессирующими флегмонами лица и шеи.

В настоящее время достигнуты значительные успехи в лечении флегмон челюстно-лицевой области и шеи, обоснованы основные принципы хирургического и медикаментозного лечения. Однако их эффективность, как и эффективность применяемых местных методов и средств, все еще не обеспечивает в достаточной степени положительный эффект. В связи с этим, постоянно ведется поиск других наиболее эффективных методов лечения флегмон лица и шеи и их осложнений. Для практической работы челюстно-лицевому хирургу и отоларингологу чрезвычайно важно иметь объективные критерии оценки состояния больных с гнойным воспалением, включая возможность прогнозирования клинического течения заболевания, что необходимо для правильного выбора тактики лечения.

Абсцессы и флегмоны клетчаточных пространств шеи обычно вторичное заболевание. Основные причины их проявления:

- 1) одонтогенные,
- 2) тонзиллярно-глоточные,
- 3) риногенные,
- 4) отогенные,
- 5) парадентальные,
- 6) фурункулы и карбункулы.

Экономические затраты на лечение таких больных чрезвычайно высоки, но несмотря на это, исход лечения весьма неопределенный даже после интенсивного лечения с использованием дорогостоящих медикаментозных средств и методов.

Материал и методы

Мы проанализировали клиническую картину 219 больных в возрасте от 5 до 91 года. По объему распространения гнойного процесса и данным клинико-лабораторных исследований больные распределялись следующим образом:

- а) нагноительный процесс в пределах одной анатомической области – 155 (70,8%) больных
 - одонтогенный (подчелюстной, крылочелюстного, окологлоточного и других клетчаточных пространств) – 92%;

- паратонзиллярный, окологлоточный, заглоточный абсцесс – 8%;

- б) нагноительный процесс в области клетчаточных пространств шеи – 52 (23,7 %) пациента;

- в) нагноительный процесс в средостении – 12 (5,5 %) больных.

Время от начала заболевания до поступления в стационар составило в среднем $4,5 \pm 0,6$ дня.

Причиной обращения пациентов к врачу послужили следующие симптомы: нарушение самочувствия, высокая температура тела, боли, нарушение глотания, нарушение дыхания.

Фоновая патология (заболевание сердца, почек, печени, туберкулез, сахарный диабет, хронический алкоголизм) выявлялась у 86 пациентов (39,3%).

Следует отметить социально-профессиональный статус больных. В основном это пациенты рабочих специальностей или неработающие. Большинство пациентов составили лица трудоспособного возраста от 20 до 58 лет.

При обследовании клиническими методами находили припухлость, асимметрию челюстно-лицевой области, асимметрию положения головы и шеи, ограничение открывания рта. В обязательном порядке были проведены: общий анализ крови с развернутой лейкоцитарной формулой, исследование системы свертываемости крови (особенно при некротических процессах), биохимического анализа крови и кислотно-щелочного состояния при тяжелых состояниях. В должном порядке больной осматривался смежными специалистами: торокальным хирургом, нейрохирургом, офтальмологом, терапевтом, анестезиологом.

При диагностике причины процесса следует обращать внимание на связь между проявлением воспалительного процесса, причинным зубом и наличием хронического или острого тонзиллита, особенно когда надо дифференцировать одонтогенную и неодонтогенную этиологию воспаления. Ориентация только на клинические данные может не обеспечить раннюю диагностику медиастинита. Немаловажную роль играет использование дополнительных методов исследования. Среди них для диагностики гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области применяются рентгенологические исследования, особенно боковой снимок шеи по Земцеву. Рентгенологическое исследование шеи в прямой и боковой проекциях выявляют расширение тени заглоточного пространства, наличие газа в мягких тканях и в ретрофарингеальном пространстве. Рентгенологическое исследование грудной клетки в прямой проекции позволяет определить расширение срединной тени, нечеткость ее контуров; в боковой проекции выявляется затемнение ретростернального пространства. На ранних этапах развития медиастинита данные рентгенографии оказываются малоинформативными. Информативность боковых рентгенограмм шеи для диагностики флегмон составляет 83%. [8]. В последнее время широко используется РКТ (рентгеновская компьютерная томография) и МРТ (магнитно-резонансная томография) исследования. В литературных данных указывается на высокую информативность РКТ исследования, особенно в тех случаях, когда местные признаки воспалительного процесса выражены нечетко [7].

Результаты и обсуждение

Нами проанализированы 64 МРТ и РКТ исследования при подозрении распространения гнойного процесса на глубокие клетчаточные пространства шеи. У 52 пациентов

процесс локализовался в пределах клетчаточных пространств шеи, а у 12 – гнойно-воспалительный процесс распространялся на средостение, хотя клиническое подопределение на медиастинит было только у 10 пациентов.

РКТ и МРТ исследования дают возможность получения послойного изображения высокого качества с помощью простой методики. С помощью этих исследований мы можем определить локализацию и распространенность гнойного процесса, а также тактику хирургических вмешательств, базирующихся на результатах этих исследований. Применение указанных обследований предоставляет возможность определить затеки, а также исключить не всегда оправданные обширные оперативные вмешательства при локализованных процессах. По нашим наблюдениям чувствительность МРТ и РКТ исследований составила 100%.

В основе лечения флегмон челюстно-лицевой области и шеи лежит безотлагательное оперативное вмешательство, заключающееся во вскрытии под общим наркозом флегмон челюстно-лицевой области и глубоких клетчаточных пространств шеи, активном дренировании и санации очагов хронической инфекции, явившихся причиной воспалительного процесса. Активное хирургическое лечение гнойных процессов патогенетически обосновано и практически оправдано, так как это способствует снижению летальности и достижению хороших функциональных результатов. Причём, в нашей клинике мы придерживаемся взглядов на широкое открытие клетчаточных пространств шеи с использованием профилактического расширения областей дренирования межфасциальных пространств. Дренирование раны после операции проводим как с помощью трубчатых дренажей и активной аспирацией, так и резиново-марлевых тампонов с антибактериальными препаратами. В любом случае широкие разрезы тканей не зашиваем.

Значительную роль в лечении флегмон челюстно-лицевой области занимает антибактериальная терапия. Успех антибактериальной терапии во многом зависит не только от высокой эффективности применяемого препарата, но и чувствительности к нему микроорганизмов [4]. До получения результатов микробиологического исследования мы применяем в качестве антибактериальных препаратов – цефалоспорины, амикацин внутривенно, метронидазол 0,5% 100,0 внутривенно капельно, инфузионную терапию – 5% раствор глюкозы, 0,9% раствор натрия хлорида, при необходимости методы экстракорпоральной детоксикации, иммунотерапию. Местно раны обильно промываем 3% раствором перекиси водорода, 0,02% раствором хлоргексидина, 1% раствором диоксида.

У 67,6% больных в посевах из раны в момент первичной хирургической обработки был выделен 1 микроорганизм, у 7,9% – 2 микроорганизма, у 5% – 3 и более, у 19,4% микроорганизмы выделены не были. Наиболее частыми культурами, выделяемыми в раневом содержимом, являлись стафилококки и стрептококки (61,2%). Нередко в последние годы мы отмечаем наличие смешанной (аэробной и анаэробной) микрофлоры в очаге воспаления. Синергизм аэробов и анаэробов приводит к повышению вирулентности микрофлоры и способствует агрессивному течению воспалительного процесса, быстрому расплавлению тканей и тяжелой интоксикацией, что усугубляется отсутствием своевременного лабораторного подтверждения. Нередко, по результатам микробиологического исследования анаэробные микроорганизмы не выделяются, хотя по клиническим данным во время вскрытия и дренирования флегмон челюстно-лицевой

области и шеи мы видим все признаки, характерные для анаэробной инфекции. Запоздавшая диагностика медиастинитов при некротических флегмонах шеи объясняется особенностями клинического проявления неклостридиальной анаэробной инфекции на шее – отсутствие характерных для обычного воспалительного процесса признаков, в то время как анаэробная инфекция распространяется вниз, поражая клетчатку средостения. Необходимо также учитывать и состояние местной и общей иммунной систем организма, особенно при разлитых гнойно-воспалительных процессах и их вялотекущих хронических проявлениях.

Важную роль на тяжесть протекания флегмон челюстно-лицевой области и шеи играет наличие сопутствующей патологии у пациентов. У наших пациентов чаще других встречались хронический алкоголизм 18,3%, сердечно-сосудистая недостаточность 11,9%, сахарный диабет 4,1%, почечно-печеночная недостаточность 3,7%.

Анализ клинических случаев на этапах лечебно-диагностического процесса позволил выявить следующие недостатки, приводящие к развитию осложнений гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи.

I. На доклиническом этапе:

- 1) несвоевременное обращение пациентов к врачу;
- 2) несвоевременная плановая санация хронического тонзиллита и полости рта;
- 3) задержка с переводом в специализированный стационар.

II. На диагностическом этапе:

- 1) поверхностное изучение жалоб и анамнеза;
- 2) неадекватная оценка состояния больного;
- 3) неиспользование дополнительных методов исследования.

III. На этапе лечения:

- 1) нерадикальность хирургического лечения местного гнойного процесса, что приводит к необходимости повторных операций ввиду прогрессирования гнойно-воспалительного процесса и возникновения осложнений;
- 2) отсроченность с выполнением и ограниченность объема хирургического лечения осложнений со стороны органов грудной клетки;
- 3) отсутствие четких показаний и принципов к использованию комплекса экстракорпоральной детоксикации.

IV. На этапе реабилитации – фактически отсутствует реабилитация по восстановлению общего и местного статуса.

Лечение гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, шеи и их осложнений остается сложной и трудной задачей. Решать ее приходится в проведении комплекса мероприятий, воздействующих на различные звенья патогенеза воспалительного процесса, а также с учетом индивидуальных особенностей организма. Несмотря на появление новых антибактериальных препаратов, хирургических приемов и методов интенсивной терапии, способствующих достижению положительных результатов, продолжают развиваться осложнения хронического тонзиллита, кариеса зубов, которые приводят к тяжелым последствиям в виде флегмон челюстно-лицевых пространств, шеи, медиастинитам.

Наряду с клиническими методами для диагностики гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи, необходимо использовать дополнительные методы в виде РКТ и МРТ исследований, клиничко-диагностичес-

Лечебно-профилактические вопросы ☆

кая эффективность которых очень высока.

Ключевым фактором, от которого во многом зависит исход лечения, является незамедлительно и правильно выполненное оперативное вмешательство и тактика ведения послеоперационного периода.

Широко должны использоваться методы экстракорпоральной детоксикации, оксигенобаротерапии, иммунокорректирующей терапии. Существует резерв для улучшения результатов лечения, поэтому следует учитывать данные недостатки, а также активно проводить профилактику этих заболеваний и их осложнений.

Таким образом, лечебно-реабилитационные мероприятия должны осуществляться с учетом вида инфекции, фазы и локализации воспалительного процесса, особенностей общих и местных проявлений, обусловленных с одной стороны свойствами возбудителя, с другой – состоянием и реактивными особенностями больного.

Подобная тактика в проведении лечебно-диагностических мероприятий позволяет сократить сроки очищения и заживления ран, а также позитивно сказывается на длительности общей медицинской реабилитации.

Литература

1. Артюшкевич, А. С. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области / А. С. Артюшкевич // Современная стоматология. 2002. № 3. С. 22 – 25.
2. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи / под. ред. А. Г. Шаргородского. М: Медицина, 2001. 351 с.
3. Состояние и перспективы профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой обла-

сти / Н. Н. Бажанов, В. А. Козлов, Т. Г. Робустова и др. // Стоматология. 1997. № 2. С. 17 – 22.

4. Ушаков, Р. В. Комплексный подход к антимикробной терапии в лечении одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / Р. В. Ушаков, В. Н. Царев // Российский стоматологический журнал. 2003. № 6. С. 40 – 44.

5. Фомичев, Е. В. Диагностика и лечение атипично текущих гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / Е. В. Фомичев, Т. Г. Робустова // Российский стоматологический журнал. 2003. № 4. С. 18 – 20.

6. Larawin, V., Naipao, J., Dubey, S. P. Head and neck space infections // Otolaryngology Head Neck Surgery. 2006. Vol. 135(6). P. 889 – 893.

7. Levine, T. M., Wurster, C. F., Krespi, Y. P. Mediastinitis occurring as complication of odontogenic infections // Laryngoscope. 1986. Vol. 96. № 7. P. 747 – 750.

8. Nagy, M., Backstrom, J. Comparison of the sensitivity of lateral neck radiographs and computed tomography scanning in pediatric deep-neck infections // Laryngoscope. 1999. Vol. 109. № 5. P. 775 – 779.

9. Nowak, K., Blaszyk, M., Szyfter, W. Fatal necrotizing mediastinitis as a complication of peritonsillar abscess // Otolaryngologia Polska. 2005. Tom 59. № 5. S. 751 – 754.

10. Phlegmon neck and face as a complication peritonsillar abscess / K. Kusmierczyk, J. Olszewski, W. Konopka, P. Pietkiewicz // Polski Merkur Lekarski. 2005. Tom 19(111). S. 450 – 451.

11. Rocca, F., Pecorari, G. C., Oliaro, A. Ten years of descending necrotizing mediastinitis: management of 23 cases // J. Oral Maxillofac Surgery. 2007. Vol. 65(9). P. 1716 – 1724.