

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ
В НОВОМ ТЫСЯЧЕЛЕТИИ**

**Материалы IV Белорусского
стоматологического конгресса**
(Минск, 19-21 октября 2016 года)

Минск, 2016

**ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФО- АНАТОМИЧЕСКИХ ВЕКТОРОВ
РАСПРОСТРАНЕНИЯ ФЛЕГМОНОЗНЫХ ПРОЦЕССОВ В
ОКОЛОЧЕЛЮСТНЫХ ТКАНЯХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ШЕИ У
ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМИ МЕДИАСТИНИТАМИ**

Тесевич Л.И., Черченко Н.Н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

Минск, Беларусь

Введение. Наиболее частым путем проникновения и дальнейшего распространения инфекции из одонтогенных очагов нижней челюсти в окружающие ткани дна полости рта и шеи является контактный [2,4]. Ранее нами было установлено, что при наличии у пациента варианта флегмоны дна полости рта с вовлечением в гнойно- воспалительный процесс 5-ти и более клетчаточных пространств околочелюстных тканей нижней челюсти и шеи с горизонтальным задним- внутренним преимущественным вектором распространения флегмонозного процесса (в крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства), вероятность развития одонтогенного медиастинита верхнего (шейного) отдела средостения может составлять до 33,3% случаев [3].

Цель исследования - определить частоту и преимущественную направленность распространения контактным путем разлитых остеофлегмон в околочелюстных тканях области нижней челюсти и шеи с развитием одонтогенного медиастинита с учетом особенностей топографо-анатомического взаимоотношения клетчаточных пространств этой зоны.

Объекты и методы исследования. Изучен архивный и клинический материал гнойного отделения челюстно- лицевой хирургии УЗ «11-ая городская клиническая больница» г. Минска, на базе которого в период с 2008 по 2014 г.г. проходили стационарное специализированное лечение

взрослые пациенты с одонтогенными остеофлегмонами околочелюстных тканей нижней челюсти, в том числе и с распространением их на область тканей шеи и средостения. Всем пациентам с подозрением на одонтогенный медиастинит проводилось комплексное клиничко- лабораторное обследование (в том числе и рентгенокомпьютерная томография околочелюстных тканей нижней челюсти, шеи и органов средостения в динамике). При этом изучались: варианты локализации флегмонозного процесса с статистическим подсчетом процентного соотношения вовлеченных в него отдельных клетчаточных пространств и областей дна полости рта, шеи и отделов средостения; характер его распространения в 3-х пространственных измерениях ((односторонний, двусторонний, преимущественно горизонтальный (передний-задний; медиальный-латеральный), преимущественно вертикальный (верхний-нижний), смешанный)) по протяженности и выявлением преимущественного (с частотой не менее 50% случаев) вектора распространения флегмонозного процесса [3]. Такие пациенты в обязательном порядке консультировались врачом – торакальным хирургом и во время проведения хирургической обработки гнойно-воспалительного процесса с медиастинумтомией у таких пациентов окончательно визуально подтверждались локализация и распространенность флегмонозного процесса и наличие одонтогенного медиастинита верхнего (шейного) и грудного отделов средостения (т.е. передний или задний верхний, передний или задний нижний, или тотальный медиастиниты, с учетом соответствующего раздела классификации А.Я.Иванова [1]).

Результаты исследования. В 2008- 2014 г.г. в гнойном отделении челюстно- лицевой хирургии УЗ «11-ая городская клиническая больница» г. Минска находилось на стационарном лечении 695 пациентов с одонтогенными флегмонами околочелюстных тканей нижней челюсти, в том числе и с распространением их на область тканей шеи (462 мужчины (66,5%) 18-76 лет и 233 женщины (33,5%) 20-85 лет). Среди них у 10-ти (1,4%)

282
пациентов (6 мужчин (60,0%) 21-73 лет и 4 женщины (40,0%) 31-84 лет)
диагностированы одонтогенные медиастиниты.

У данных пациентов с одонтогенными флегмонами окологлоточных тканей нижней челюсти и шеи с развитием одонтогенного медиастинита верхнего (шейного) отдела средостения, флегмона дна полости рта (в различных ее вариантах) встречается в 100% случаев (причем в 70,0% имеется двустороннее поражение тканей), с вовлечением глубоких околонижнечелюстных пространств (крыловидно-нижнечелюстного, окологлоточного, корня языка в 100,0%, 100,0%, 20,0% случаях соответственно). При этом глубокие пространства верхне-бокового отдела передней области шеи (околотрахеальные и околопищеводные) вовлекаются в 100% случаев (причем в 80,0% случаев имеет место двустороннее поражение тканей). В 50,0% случаев развивался только передний, а в 40,0% случаев - тотальный (передний- задний) медиастинит верхнего (шейного) отдела средостения. У 2-х пациентов (20,0%) с гнилостно-некротическим характером гнойно-воспалительного флегмонозного процесса отмечалось дальнейшее распространение медиастинита (задний нижний и тотальный) на клетчаточные пространства нижнего грудного отдела средостения с развитием одно- и двухсторонней эмпием плевральной полости.

Преимущественными векторами распространения флегмонозного процесса у таких пациентов являются: вертикальный- нижний (в поднижнечелюстное пространство), горизонтальный (передний (в подподбородочное пространство), задний- внутренний (в крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства)) (до 100%; 90,0%; 100% и 100% всех случаев соответственно) с последующим вертикальным- нижним (в глубокие пространства (околотрахеальные и околопищеводные) верхне-бокового отдела передней области шеи и верхнего (шейного) отдела средостения) в 100% случаев, с 70,0% вероятностью перехода на противоположную сторону через подподбородочное клетчаточное пространство (с последующим горизонтальным- задним направлением

распространения процесса в поднижнечелюстное пространство), а также в 80,0% через глубокие клетчаточные пространства передней области шеи.

Заключение. Результаты проведенных исследований, которые целесообразно учитывать в прогнозировании течения одонтогенного флегмонозного процесса окологлоточных тканей области нижней челюсти и шеи с развитием одонтогенного медиастинита и выборе тактики хирургического лечения таких пациентов, показывают, что преимущественными векторами распространения контактным путем одонтогенных флегмон в клетчаточные пространства и области окологлоточных тканей нижней челюсти и шеи при развитии медиастинита верхнего (шейного) отдела средостения являлись: вертикальный- нижний, горизонтальный (передний и задний- внутренний (до 100%; 90,0% и 100% всех случаев соответственно) с последующим вертикальным- нижним в 100% случаев и горизонтальным- задним в 70,0%- 80,0% случаев при распространении процесса на другую сторону.

Выявленный преимущественный вектор распространения контактным путем одонтогенных флегмон из окологлоточных тканей области нижней челюсти и шеи показывает, что для возможного развития медиастинита верхнего (шейного) отдела средостения ключевым моментом является вовлечение в гнойно-воспалительный процесс глубоких клетчаточных пространств (околотрахеальных и околопищеводных) верхне -бокового отдела передней области шеи.

Литература.

1. Итоги обсуждения классификации острых одонтогенных воспалительных заболеваний / Н.Н. Бажанов [и др.] // Стоматология. -1990. - № 3. - С. 87-89.
2. Козлов, В.А. Одонтогенный медиастинит: патогенез, клиника, диагностика, исходы/ В.А.Козлов, О.А.Егорова // Медицинский академический журнал.- 2004.-N 4.-С.73-78.
- 3.Тесевич, Л.И. Топографо- анатомические векторы и частота распространения одонтогенных флегмон окологлоточных тканей нижней челюсти и шеи/ Л.И.Тесевич, Н.Н.Черченко // Стоматолог.- № 4 (11).- 2013.- С.41-51.
4. Тяжелые осложнения одонтогенных гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области (тромбофлебит вен лица, тромбоз кавернозного синуса, одонтогенный медиастинит): учеб.-метод. пособие / И.О.Походенько-Чудакова, О.П. Чудаков, А.З. Бармушкая, С.А. Кабанова. – Витебск: ВГМУ, 2010. - 158 с.