

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН

Конев С.С., Гандылян К.С., Елисеева Е.В., Карakov К.Г., Христофорандо Д.Ю.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет», кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Ставрополь, Россия, 355017, Ставрополь, ул. Мира, 310, karpov25@rambler.ru

Проведено исследование и наблюдение 88 пациентов с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области и их осложнениями. Все пациенты были в возрасте от 20 до 45 лет, их средний возраст составил $30,2 \pm 6,9$ года. Регионарные клиничко-инфекционные проявления у больных оценивались по глубине поражения и распространенности инфекционного процесса в челюстно-лицевой области. Все случаи формирования флегмон были одонтогенного происхождения. В группу наблюдения и исследования были включены только пациенты, у которых распространение гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области протекало с гиперреактивной формой. Клиническая картина одонтогенных флегмон во многом зависит от количества воспалительных пространств, вовлеченных в воспалительный процесс, времени обращения больных за медицинской помощью и времени госпитализации от момента заболевания. Клинические проявления носили схожий характер, с особенностью усиления гиперергической реакции в зависимости от количества воспалительных пространств, вовлеченных в воспалительный процесс. Следует отметить низкую информативность населения о возможных серьезных последствиях одонтогенных флегмон, о которых больные с данной патологией не знают.

Ключевые слова: острые одонтогенные заболевания, флегмоны, клиника, течение

CLINICAL VARIANT OF FORMING ODONTOGENIC PHLEGMONS

Konev S.S. Gandylyan K.S., Eliseeva E.V., Karakov K.G., Hristoforando D.Y.

"Stavropol State Medical University", Department of Operative Dentistry and Maxillofacial Surgery, Stavropol, Russia, 355017, Stavropol, street. Mira, 310, karpov25@rambler.ru

The study and observation of 88 patients with odontogenic phlegmon of maxillofacial area and their complications. All patients were aged 20 to 45 years old, the average age of them was $30,2 \pm 6,9$ years. Regional clinical and infectious symptoms in patients with lesions were assessed in depth and prevalence of infection in the maxillofacial region. All cases of the formation of abscesses were odontogenic origin. In the observation group and the study included only patients whose distribution of inflammatory processes of maxillofacial area proceeded with hyperreactivity form. The clinical picture of odontogenic abscesses depends on the number of inflammatory spaces involved in the inflammatory process, the time of treatment of patients with medical care and hospitalization time from the onset of the disease. Clinical manifestations were similar in nature, with the particularity hyperergic amplification reaction, depending on the number of inflammatory spaces involved in the inflammatory process. It should be noted the low informativeness of the public about the possible grave consequences of odontogenic abscesses, which patients with this disorder do not know.

Keywords: acute odontogenic disease, phlegmon, clinic, flow

Проблема ранней диагностики и терапии пациентов с острыми гнойно-инфекционными заболеваниями челюстно-лицевой области (ЧЛО) является актуальной и в настоящее время. Так, по данным ряда авторов, численность больных с одонтогенными флегмонами занимает от 60 до 70% коечного фонда челюстно-лицевых хирургических стационаров (Шаргородский А.Г., 2002; Дурново Е.А., 2003; Фаизов Т.Т. с соавт., 2004; Богатов В.В., Бурова Н.М., 2008, Гандылян К.С., Христофорандо Д.Ю., 2010). 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.

Цель исследования

Исследовать клинические варианты формирования одонтогенных флегмон.

Материалы и методы

Нами за период с января 2010 по декабрь 2014 гг. на базе отделения челюстно-лицевой хирургии ГКБСМП г. Ставрополя и кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Ставропольского государственного медицинского университета проведено исследование и наблюдение 88 пациентов с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области и их осложнениями. Характеристика по полу и возрасту пациентов представлена в таблице 1. Все пациенты были в возрасте от 20 до 45 лет, их средний возраст составил $30,2 \pm 6,9$ года. Регионарные клиничко-инфекционные проявления у больных оценивались по глубине поражения и распространенности инфекционного процесса. Все случаи формирования флегмон были одонтогенного происхождения. В группу наблюдения и исследования были включены только пациенты, у которых распространение гнойно-воспалительного процесса ЧЛЮ протекало с гиперреактивной формой.

Таблица 1

Возраст-половой состав обследованных пациентов с флегмоной ЧЛЮ

Пол / возраст	Мужчины n=51	Женщины n=37	всего
20–30 лет	12 (23,6%)	6 (16,3%)	18 (20,5%)
31–40 лет	26 (50,9%)	13 (35,2%)	39 (44,3%)
41–45 лет	13 (25,5%)	18 (48,6%)	31 (35,2%)
Всего	51 (57,9%)	37 (42,1%)	88 (100%)

Локализация гнойно-инфекционного процесса у обследуемых больных была в различных количествах клетчаточных пространств, что представлено на рисунке 1.

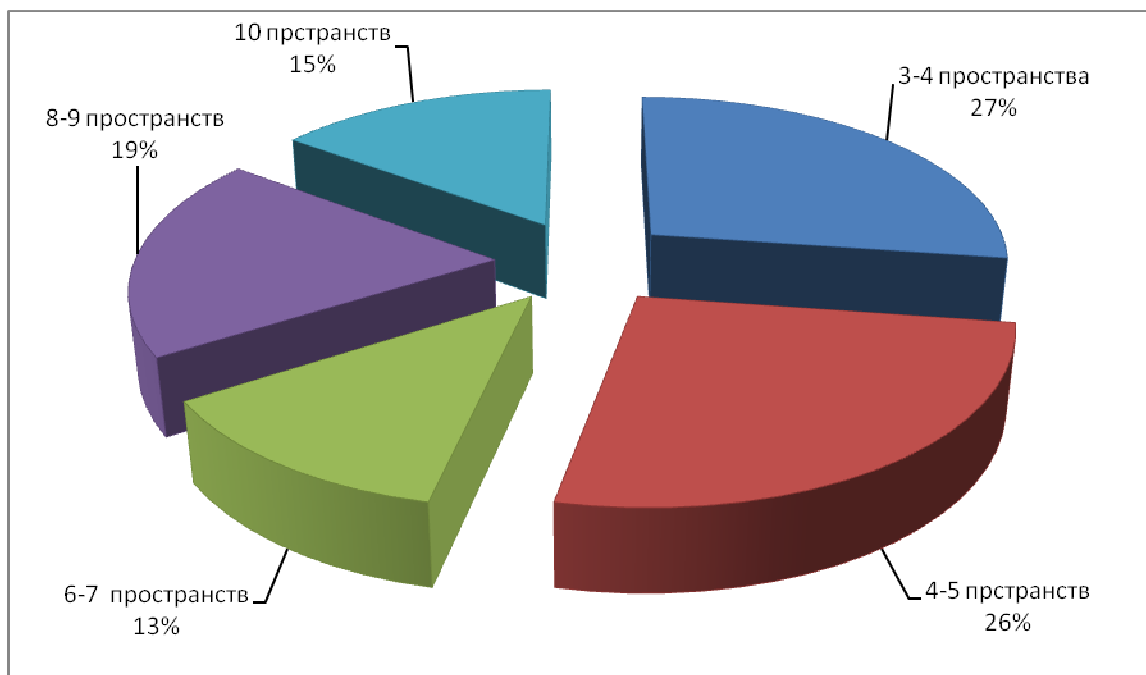


Рис. 1. Количественная локализация гнойно-инфекционного процесса у обследуемых больных

Диагноз устанавливался в соответствии с классификацией острых одонтогенных воспалительных заболеваний, которая была предложена и впоследствии принята проблемной комиссией по хирургической стоматологии Минздрава СССР от 11.05.1988 г. (Бажанов Н.Н., 1990).

Группу контроля составили 25 практически здоровых лиц без сопутствующей патологии в возрасте от 20 до 45 лет. Полученные результаты исследований у данной группы добровольцев нами принимались за нормативные и в последующем назывались контрольными.

Использовались параметрические и непараметрические методы статистической обработки с использованием достоверности по Стьюденту. Использовался пакет программ «SPSS 21».

Результаты и их обсуждения

Базовыми критериями диагностики гиперергии явились клиничко-воспалительные признаки формирования и течения флегмоны, основу которых составило острое начало заболевания, симптомы распространенного инфекционно-воспалительного процесса и выраженные признаки эндогенной интоксикации, а также результаты исследования функциональной активности лейкоцитов, в частности их возможности кислородзависимого метаболизма, что является основным критерием для выбора варианта реактивности организма (Воложин А.И., 1996). С учетом количественной локализации гнойно-инфекционного процесса у обследуемых больных было сформировано 5 групп.

Первую группу составили 24 (27,3%) пациента, которые отмечали дебют заболевания от появления первых признаков болевого симптома в области «причинного» зуба до момента госпитализации в течение $6,1 \pm 1,8$ дней. Флегмона локализовалась в области 3–4 клетчаточных пространств и носила характер умеренно выраженных общих и местных клинических проявлений, а общее состояние пациентов расценивалось как средней степени тяжести. Наличие признаков отека мягких тканей выявлялось в течение $4,3 \pm 1,3$ дня. Было выявлено повышение температуры тела в догоспитальном периоде у всех больных (в пределах $38,1 \pm 0,15^\circ\text{C}$). Следует отметить, что в подавляющем большинстве случаев у больных первой группы «причинным» зубом развития флегмоны явился второй моляр нижней челюсти (4.7 или 3.7 зуб). Лишь в 3 случаях был выявлен «причинным» 3.8 зуб и в 2 случаях – 1.6 зуб.

Вторую группу составили 23 (26,1%) больных, имеющих 4–5 пространств, вовлеченных в воспалительный процесс, имевший тенденцию к распространению. Начало заболевания от появления болевого синдрома в области «причинного» зуба до момента госпитализации составило $3,9 \pm 1,4$ дня, а появление отека мягких тканей ЧЛЮ составило $2,3 \pm 0,9$ дня до времени госпитализации. В данной группе в большинстве случаев «причинным» зубом явились третьи моляры нижней челюсти (3.8, 4.8 зубы), лишь у 7 больных был отмечен «причинным» зубом 4.7, а у 2 больных — 4.5, 4.4 зубы. Общее состояние пациентов в момент поступления было расценено как средней тяжести. Были отмечены более выраженные в сравнении с первой группой пациентов местные и общие признаки воспалительного процесса, в том числе и интоксикационного процесса.

Третья группа, где в воспалительный процесс вовлекалось 6–7 пространств, составили 11 (12,5%) пациентов. Болевой синдром в области «причинного» зуба больные отмечали за $3,4 \pm 0,4$ дня до времени госпитализации в стационар, отек мягких тканей ЧЛЮ — за $2,6 \pm 0,45$ дня. Следует обратить внимание на тот факт, что «причинным» зубом одонтогенных флегмон у пациентов явился третий моляр (4.8, 3.8 зуб). В целом общее состояние пациентов было расценено как тяжелое с выраженными признаками интоксикации, где общие и местные клинко-инфекционные проявления течения флегмоны были существенно значимее.

Четвертую группу больных, где в основе лежало вовлечение 8–9 пространств с одонтогенными флегмонами ЧЛЮ и было отмечено прогрессирующее течение локализованного инфекционного процесса с развитием осложнений, составили 17 (19,3%) пациентов. Время от начала заболевания до госпитализации составило $4,1 \pm 0,6$ дней, отек мягких тканей ЧЛЮ в среднем составил 3,0 дня. Повышение температуры тела в догоспитальном периоде больные отмечали в большинстве случаев до $38,5 \pm 0,4^\circ\text{C}$.

«Причинными» зубами явились моляры нижней челюсти (3.6, 3.7, 4.8, 4.7 зубы). Определенной корреляционной зависимости между «причинными» зубами и локализацией гнойно-инфекционного процесса ЧЛЮ не было выявлено. Состояние всех пациентов расценивалось как тяжелое. Признаки клинико-воспалительного процесса, как общие, так и местные, были резко выражены, с выраженными признаками интоксикации.

Пятую группу пациентов составили 13 (14,8%) пациентов, где клинико-воспалительный процесс с одонтогенными флегмонами ЧЛЮ составил 10 и более пространств. У больных данной группы было отмечено развитие различных грубых осложнений в виде медиастинита, сепсиса, вторичного менингоэнцефалита, ДВС-синдрома. Время от начала заболевания до момента госпитализации составило $4,2 \pm 0,55$ дней, в то время как появление отека мягких тканей ЧЛЮ составило $3,4 \pm 0,45$ дней. Особенностью клинического состояния больных данной группы в догоспитальном периоде было повышение температуры тела до $39,5 \pm 2,1^\circ\text{C}$. «Причинным» зубом одонтогенных флегмон в основном являлись первый или второй моляр нижней челюсти (3.6, 3.7, 4.6, 4.7 зубы). Общее состояние пациентов в момент госпитализации было расценено как крайне тяжелое. Эндогенная интоксикация характеризовалась как значительной степени выраженности с тенденцией к генерализации общих и местных признаков воспалительного процесса.

В 56 (63,6%) случаях в зависимости от локализации и распространенности воспалительного процесса в отдаленные органы и мягкие ткани были диагностированы одонтогенные флегмоны ЧЛЮ. В 15 (17,1%) случаях флегмоны были осложнены распространением на глубокие клетчаточные пространства шеи, медиастинитом, сепсисом, а также в 2 случаях — вовлечением оболочек головного мозга. У всех пациентов общие и местные проявления гнойно-инфекционного процесса носили характер гиперергического варианта воспаления.

Особенностью воспалительного процесса у пациентов с наличием от 8 и более клетчаточных пространств являлась четкая направленность к последующему прогрессированию процесса, когда коллатеральный отек мягких тканей носил выраженный характер. Локально определялся плотный и резко болезненный инфильтрат, не имеющий четких границ, во всех случаях отмечалось наличие симптомов крепитации и флюктуации. Кожные покровы над инфильтратом были гиперемированы, без возможности собрать кожу в складку. Хирургическое вскрытие гнойного очага позволяло отметить умеренное гнойное отделяемое, в том числе выраженные деструктивные изменения в раневой поверхности. У всех пациентов четвертой и пятой групп было отмечено острое и бурное начало заболевания. Время от момента воспалительного процесса до госпитализации составило в среднем от 3 до 6 дней ($4,9 \pm 1,6$ дня), а наличие отека мягких тканей ЧЛЮ — от 2 до 4 дней

(3,1±1,3 дня). Проводимые терапевтические мероприятия, которые были использованы на догоспитальном этапе, носили неоднозначный характер и зависели от времени обращения пациентов к стоматологу и объема воспалительных пространств. Обращает на себя внимание, что 28 пациентов не обращались за врачебной помощью и проводили лечение самостоятельно, используя антибактериальную терапию в самостоятельно выбранной дозе, НПВС, санацию и полоскание ротовой полости содовым раствором. Обращение за врачебной помощью было в тех случаях, когда отсутствовал положительный эффект от проводимого лечения с нарастанием воспалительных проявлений, значительным ухудшением самочувствия пациента с нарастанием как местной, так и общей реакции. Как правило, после проведенного осмотра хирургом-стоматологом все пациенты в экстренном порядке были направлены в отделение челюстно-лицевой хирургии. Хирургические вмешательства в ЧЛЮ пациентам на амбулаторном этапе не проводились. Следует отметить, что только в 25 (28,4%) случаях обращения за медицинской помощью по месту проживания было на 2–3-и сутки от времени появления отека мягких тканей ЧЛЮ. В этих случаях больным было проведено удаление «причинного» зуба, а в 9 (10,2%) случаях была выполнена периостотомия в области «причинного» зуба. В 3 (3,4%) случаях больные были госпитализированы в хирургическое отделение ЦРБ по месту жительства, где было проведено неадекватное хирургическое вмешательство с вскрытием гнойного очага со стороны кожных покровов.

Заключение

Таким образом, клиническая картина одонтогенных флегмон во многом зависит от количества воспалительных пространств, вовлеченных в воспалительный процесс, времени обращения больных за медицинской помощью и времени госпитализации от момента заболевания.

Клинические проявления носили схожий характер, с особенностью усиления гиперергической реакции в зависимости от количества воспалительных пространств, вовлеченных в воспалительный процесс.

Следует отметить низкую информативность населения о возможных серьезных последствиях одонтогенных флегмон, о которых больные с данной патологией не знают.

Список литературы

1. Байриков И.М., Монаков В.А., Савельев А.Л., Монаков Д.В. Клинический анализ заболеваемости одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по данным отделения челюстно-лицевой хирургии клиник Самарского государственного медицинского

университета. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. — № 11. — С. 100–104.

2. Карпов С.М., Мосиенко Е.М. Показатели временной нетрудоспособности у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями. Вестник Медицинского стоматологического института. — 2009. — № 1. — С. 15–17.

3. Карпов С.М., Мосиенко Е.М. Иммунологическая реактивность у больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями. Клиническая неврология. — 2009. — № 2. — С. 3–5.

4. Порфириадис М., Сашкина Т., Шулаков В., Караков К., Бирюлёв А. Обоснование иммуномодулирующей терапии при вялотекущих одонтогенных флегмонах. — Врач. — 2010. — № 7. — С. 72–74.

5. Тер-Асатуров Г.П. Некоторые вопросы патогенеза одонтогенных флегмон // Стоматология. – 2005; 84 (1): 20–27.

6. Христофорандо Д.Ю., Карпов С.М., Батулин В.А., Гандылян К.С. Особенности течения сочетанной челюстно-лицевой травмы. Институт стоматологии. — 2013. — № 2 (59). — С. 59–61.

7. Яхьяев С.Х., Хадж Е.А.С., Долгова И.Н., Карпов С.М. Основные причины и распространенность хронических болевых синдромов среди неврологических больных. Международный научно-исследовательский журнал. — 2013. — № 10-5 (17). — С. 39.

8. Durnovo EA, Vysel'tseva IuV, Mishina NV, Khomutinnikova NE, Oleneva IuV, Katkova IuO, Ashkinazi VI. Clinical immunological peculiarities of complicated course of odontogenic phlegmons of maxillofacial region. Stomatologiia (Mosk). 2010;89(2):29-31.

9. Mubarakova LN. Diagnostics and comprehensive treatment of patients with odontogenic lymphadenitis complicated by phlegmons. Stomatologiia (Mosk). 2008;87(4): 53-5.

Рецензенты:

Долгова И.Н. д.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь;

Карпов С.М. д.м.н., профессор, зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь.