

ХI. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Особенности клиники и лечения

одонтогенных медиастинитов

Бурдин В.В., Петренко В.А., Логиновских В.В.

Столбов И.Ю.

В настоящее время, несмотря на большие успехи в стоматологии в профилактике осложненных форм кариеса, число одонтогенных воспалительных процессов остаётся высоким, усугубляется тяжесть течения процесса, что нередко приводит к такому осложнению, как медиастинит. Одонтогенный медиастинит является наиболее грозным и часто фатальным осложнением одонтогенной инфекции. По данным авторов (Солицев А.М., Тимофеев А.А. 1989), имевших наибольшее число наблюдений одонтогенных медиастинитов, летальность при нём остаётся высокой — от 24 до 76 %. Частота возникновения одонтогенного медиастинита колеблется от 0,3 до 1,79 % (Карандашов В.И. и соавт. 1986). Инфекция может распространяться как в передний, так и в задний отделы средостения. Наблюдения (Шаргородский А.Г. 1984) свидетельствуют о существовании двух основных путей распространения воспаления в переднее средостение. В первом случае экссудат распространяется из заднего отдела окологлоточного пространства по ходу сосудисто-нервного пучка шеи. Во втором случае, при флегмоне дна полости рта или корня языка инфекция преодолевает естественный барьер в области подъязычной кости и попадает в клетчаточное пространство между париетальным и висцеральным листками эндоцервикальной фасции шеи и вдоль трахеи. В заднее средостение гнойное содержимое может распространяться через позадипищеводное и предпозвоночное клетчаточные пространства.

В настоящем сообщении представлены результаты лечения 34 больных с одонтогенным гнойным медиастинитом, находившихся в городском центре челюстно-лицевой хирургии ЦГБ № 23 за период 1988 - 1998 гг.

Мужчин было 23, женщин 11, возраст больных от 22 до 80 лет. У 9

поступивших гнойный процесс распространился в средостение из гнойного очага первично локализованного в области дна полости рта, и у 25 больных из окологлоточного и заглоточного пространств. Причиной развития и распространения инфекции явилось обострение хронического периодонтита зубов нижней челюсти (чаще моляров) у 31 больного и зубов верхней челюсти у 3 пациентов. Сроки развития медиастинита от начала заболевания зуба составили от 3 дней до 2 недель. У 28 пациентов был установлен диагноз – сепсис. Подозрение на одонтогенный медиастинит возникало в том случае, когда, несмотря на достаточное вскрытие и дренирование гнойного очага в челюстнолицевой области или шее, а также проводимую интенсивную противовоспалительную терапию, общее состояние больного ухудшалось, повышалась температура до 39-41°C. Быстро нарастающая дыхательная недостаточность потребовала срочной трахеотомии у 33 больных. Из характерных для медиастинита отмечено появление симптомов: Герке, Иванова, Равич-Щербо, Попова, Рутенбурга-Ревуцкого. У наблюдавшихся нами больных уже в начале заболевания имелись расстройства нервно-психической сферы (угнетение, апатия, а иногда и резкое психомоторное возбуждение) У 18 больных отмечено развитие токсико-инфекционного психоза по делириозному типу. Диагноз устанавливался клинически и подтверждался рентгенологическими исследованиями (рентгенография органов грудной клетки и шеи по Земцову), следует отметить, что у 3 больных рентгенография не выявила признаков воспаления средостения и только быстро нарастающая клиническая симптоматика явилась показанием к медиастинотомии, которая подтвердила диагноз. Наиболее часто применялась медиастинотомия по Разумовскому и по Пирогову. В основу хирургического метода лечения было положено активное герметическое дренирование средостения. Всем больным проводили комплексную интенсивную терапию. В состав инфузционной терапии входило введение белковых препаратов, растворов глюкозы с инсулином, кристаллоидов и реологически активных веществ; антибактериальное лечение заключалось во внутривенном и внутримышечном введении антибиотиков широкого спектра действия с последующей коррекцией дозировок после исследования иммунологического статуса в иммунологической лаборатории ЦГБ № 40 г. Екатеринбурга. Большое значение уделяли коррекции КЩС, электролитного баланса и коагуляционного потенциала крови, что позволило своевременно предупредить такие грозные осложнения, как синдром диссеми-

нированного внутрисосудистого свертывания. Осуществляли полноценное энтеральное и парентеральное питание больных; энтерально через назо-сиональный зонд проводилась нутритивная поддержка смесями Эншпур и Изокал, парентерально применялись растворы концентрированной глюкозы и аминокислотные смеси Вамин, Инфазол, Левамин. В комплекс терапии были также включены такие методы, как гипербарическая оксигенация у 8 и гемосорбция у 9 больных, а также методы квантовой гемотерапии (реинфузия собственной крови после УФО) у 14 больных и гравитационной хирургии крови (плазмоферез, цитоферез) у 17 больных. Положительный эффект гемотерапии, проявляющийся в нормализации большинства показателей гомеостаза, позволял снизить объём инфузий до 1,5-2 литров на 3-5 сутки послеоперационного периода. У 23 больных проводили направленную специфическую иммунотерапию – переливание гипериммунной плазмы в зависимости от выделенной микрофлоры.

Применение комплекса лечебных мероприятий с патогенетически обоснованным подходом у каждого больного, с использованием активного дренирования, целенаправленной иммунотерапии, ГБО и экстракорпорального воздействия на кровь больных позволило у большинства из них купировать гнойно-воспалительный процесс в средостении на 8-14 сутки и достигнуть устойчивой мобилизации защитных сил организма. Клинически это выражалось в снижении температуры, уменьшении или прекращении количества гнойного отделяемого из средостения.

Несмотря на проводимое лечение, мы наблюдали развитие тяжёлых осложнений у нескольких больных. Клиническая смерть наступила у 3 (8,8%) больных на 3-5 сутки послеоперационного периода; в более отдалённые сроки на 15-20 сутки у 18 (52,9%) больных. У 24 пациентов развились следующие осложнения: правосторонняя и левосторонняя нижнедолевые пневмонии, аррозивное кровотечение из наружной и общей сонной артерий, которое, кстати, явилось причиной смерти одного из больных.

Таким образом, особенностью одонтогенного медиастинита при его несвоевременной диагностике является прогрессирующее течение с распространением гнойно-некротического процесса на фоне нарушенного иммунитета на все отделы средостения, с развитием полиорганных и гемодинамических нарушений, дисгармонией метаболизма, нарушением психики больных. В лечении медиастинита особое внимание следует уделять полноценному дренированию

средостения, интенсивной терапии, в комплекс которой должны включаться рациональная антибактериальная терапия, не угнетающая собственный иммунитет, целенаправленная иммунотерапия и экстракорпоральное воздействие на кровь.

**Статистика заболеваемости
остеомиелитом челюстей по данным
Центра челюстно-лицевой хирургии ЦГБ
№ 23
г. Екатеринбурга за
1997-1998 годы
Ившин П.Г., Бурдин В.В.**

Под остеомиелитом понимают воспалительный процесс не только в костном мозге, но также во всех структурных частях кости и окружающих ее мягких тканях (Шаргородский А.Г., 1985). В 1997 г. в ГЦ ЧЛХ на стационарном лечении находилось 1985 чел. Из них 94 чел.(4,7%) с диагнозом остеомиелит. Женщин, страдающих остеомиелитом, было 25 (26,6%), мужчин 69 (73,4%).

*По возрастным категориям и полу больные распределены
следующим образом:*

Таблица № 29.

Возраст	Мужчины	Женщины
15 – 20 лет	—	1
20 – 29 лет	15	3
30 – 39 лет	28	8
40 – 49 лет	23	6
50 – 59 лет	2	—
60 – 69 лет	1	4
70 и старше	—	3