

Продолжение таблицы 13

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Серрата	27	1		1	1	3	33	33 (0,7 %)
Дексаметазон	103	34	3	12	25	31	208	208 (4,65%)
Анальгин + димедрол	318	125	12	61	43	78	637	1012 (22,4%)
Кетанов+димедрол	199	50	11	55	27	33	375	
Кетанов	108	62	9	27	225	32	263	263 (5,8 %)
Капли в нос	129	30	8	49	11	28	255	255 (5,6 %)
Линекс	51	15	5	4	5	5	85	85 (1,8 %)
Лоризан	56	19	4	11	11	9	110	
Лоратодин	34	24		6	7	3	74	
Лорано	5	1	3	1	-/-	3	13	

Назначение антибиотиков неадекватно: использование двух и более антибиотиков при отсутствии выраженной клиники воспаления.

В 70 % случаев проводилось хирургическое лечение: пластика свища (7,7 %); радикальная гайморотомия (83 %); цистогайморотомия (8,2 %). Среди прооперированных больные с острым гайморитом составили 1,8 % всех обследуемых и около 44% в данной группе.

С ОХОГ прооперировано 31 % всех пациентов и 57 % с диагнозом ОХОГ.

Консервативное лечение проводилось 35 (2,4 %) больным с хроническим одонтогенным гайморитом, 12 (0,8 %) пациентам с инородным телом в гайморовой пазухе.

Таким образом, проблема профилактики, диагностики (в том числе дифференциальной) и лечения одонтогенных синуситов является актуальной задачей стоматологии.

Среди причин развития заболевания значительную часть составляют патологические процессы, развитию которых способствовала неадекватная врачебная тактика при лечении хронических воспалительных процессов в области моляров верхней челюсти.

Использование традиционных методов радикального хирургического лечения достаточно часто сопровождается хронизацией процесса.

Список литературы

1. Шаргородский А. Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области / А. Г. Шаргородский. - М., 2001. - с.86-98.
2. Шульман Ф. И. Инородные тела верхнечелюстных пазух. Тактика врача / В. А. Козлов, Ф. И. Шульман. // Труды VII Всероссийского съезда стоматологов, 10 - 13 сентября 2001 г. - Москва. - 2001. - С.98-100.
3. Сипкин А. М. Диагностика, лечение и реабилитация больных одонтогенными верхнечелюстными синуситами, с применением эндоскопической техники: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня к. мед. н.: спец. 14.00.21-стоматология / А. М. Сипкин. - Москва, 2005. - 20 с.
4. Hirata Y. A clinical investigation of oro-maxillary sinus-perforation clue to tooth extraction // Kokubyo Gakkai Zasshi, -2001. - #3. - p.28-30.
5. Одонтогенные гаймориты / А. А. Тимофеев, Г. П. Бернадская, Л. Ф. Корчак, С.П. Коломиец - Киев: Червона рута-Турс. - 2002. - с.48-50.

6. Лопатин А. С. Хирургическое лечение одонтогенного верхнечелюстного синусита / А. С. Лопатин, С. П. Сысолятин, П. Г. Сысолятин // Рос. стоматол. журнал, 2001. - №3. - с.24-28.

7. Емельяненко Л. М. Эффективность лечения гнойного гайморита лазерофорезом с изотиорбамином / Л. М. Емельяненко, С. С. Целуйко, О. И. Коноплев. - Тр. 16 съезда отоларингологов РФ. - С.-Петербург, 2001. - с.56-57.

8. Вишняков В. В. Анатомические варианты строения полости носа и околоносовых пазух при компьютерной томографии / В. В. Вишняков // Вестн. оториноларингологии. - 2004. - №1. - С. 65-67.

9. Богатов А. И. Анализ ошибок и осложнений при хирургическом лечении больных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами // Актуальные вопросы современной стоматологии. - Самара, 2000. - с.102-103.

Поступила 25.04.12



УДК 616.311.4+616.321]-002.36-089

В. Г. Центило д. мед. н., М. Ю. Павленко

Донецкий национальный медицинский университет

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ДНА ПОЛОСТИ РТА И ВОКРУГ ГЛОТКИ

Введение в план обследования больных с одонтогенными флегмонами дна полости рта и вокруг глотки дополнительных к традиционным точек пальпации, а также оценка ранее проведенных на предложенном нами анатомическом препарате сообщений клетчатки подъязычного пространства с соседними клетчаточными пространствами позволили уточнить топическую диагностику воспалительных процессов и оптимизировать возможности их дренирования.

Ключевые слова: флегмона, дно полости рта, окологлоточные клетчаточные пространства.

© Центило В. Г., Павленко М. Ю., 2012.

В. Г. Центіло, М. Ю. Павленко

Донецький національний медичний університет

МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ФЛЕГМОН ДНА ПОРОЖНИНИ РОТА І НАВКОЛО ГЛОТКИ

Введення в план обстеження хворих на одонтогенні флегмони дна порожнини рота та навколо глотки додаткових до традиційних ділянок пальпування, а також оцінка раніше проведених на запропонованому нами анатомічному препараті сполучень клітковини під'язикової ділянки з сусідніми клітковинними шарами дозволили уточнити топичну діагностику запальних процесів й оптимізувати можливості їхнього дренирування.

Ключові слова: флегмона, дно порожнини рота, навколо-глотковий простір.

V. G. Tsentilo, M. Y. Pavlenko

Donetsk National Medical University

METHODICAL ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF PHLEGMONS OF THE MOUTH FLOOR AND ROUND THE THROAT

Adding to the diagnostic plan of the patients with odontogenic phlegmons of the mouth floor and parafaryngeal space in addition to the traditional palpation points, together with the evaluation of the recommended anatomical dissections connected to sublanguage cellulose space with the surrounding cellulose space, made it possible to give a more specific diagnosis of the inflammatory process and optimize their drainage possibilities.

Key words: phlegmon, mouth floor, cellular peripharyngeal space.

Введение. Флегмоны дна полости рта и вокруг глотки, являющиеся одними из часто встречающихся воспалительных процессов челюстно-лицевой области, отличаются тяжелым клиническим течением и возможным развитием осложнений, угрожающих жизни больного [1, 15]. Поэтому уточнение топографоанатомических особенностей клетчатки дна полости рта и вокруг глотки, связей её с окружающими пространствами, может быть основой для улучшения топической диагностики указанных флегмон и разработки их оптимального дренирования.

Материалы и методы. Объектом топографоанатомического исследования, проведенного в морге областного бюро судебно-медицинской экспертизы г.Донецка, послужили 32 трупа людей, нефиксированных формалином, с сохранёнными анатомическими образованиями головы и шеи без признаков разложения.

С целью изучения связей клетчаточных пространств дна полости рта и вокруг глотки с прилежащими клетчаточными пространствами, и находящимися в них анатомическими образованиями, нами проводилось окрашивание клетчатки дна полости рта и вокруг глотки индифферентными к тканям водными растворами красителей с введением их в одну точку по методике В. Г. Центило [7] на сформированном анатомическом препарате [3].

Изучение результатов применения предложенных методов диагностики и лечения флегмон дна по-

лости рта и вокруг глотки прослежены у 90 больных находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии КМУ КРБ г. Макеевки. Вскрытие флегмон проводилось усовершенствованными нами доступами и способом дренирования с учетом уточненной топической диагностики на основе данных пальпации новых, возможных болевых точек [11]. Эти пациенты составили основную группу клинических наблюдений.

Произведено сравнение результатов лечения по усовершенствованным методам с данными анализа историй болезни у 83 больных с аналогичными диагнозами, находившихся на стационарном лечении в том же лечебном учреждении с 2002 по 2007 год, которым лечение флегмон дна полости рта и вокруг глотки проводилось по традиционной [8, 9] методике (ретроспективный анализ).

Результаты и обсуждение. Изучение проведенного ранее нами [12, 13] окрашивания клетчатки переднего окологлоточного пространства показало, что чаще всего индифферентный к тканям раствор красителя, введенный в одну точку этого пространства, направляется в сторону поднижнечелюстной слюнной железы и мягкого неба и реже – в сторону клетчатки подъязычной области. Это обосновывает мобилизацию поднижнечелюстной слюнной железы для обеспечения доступа к окологлоточному пространству.

В то же время, выявленная по результатам окрашивания клетчатки переднего окологлоточного пространства возможность распространения красителя, а значит, и воспалительного процесса в направлении околоушной слюнной железы, корня языка и надгортанника, обосновывает необходимость поиска новых диагностических приемов для установления топического диагноза при воспалительных процессах, локализующихся в этом пространстве, и разработки более эффективного способа дренирования флегмон переднего окологлоточного пространства.

Проведенное нами изучение окрашивания клетчатки дна полости рта [10,14] путем введения раствора красителя в срединную жировую щель показало, что окрашивание осталось в пределах данного пространства, что может указывать на тенденцию к ограничению воспалительного процесса. Близкие к этим данные были получены при окрашивании клетчатки медиальной жировой щели.

Изучение распространения красителя в латеральной жировой щели дает основание полагать, что воспалительный процесс может распространяться в сторону корня языка, боковой стенки гортани и мягкого неба.

Это так же обосновывает необходимость поиска новых приемов пальпации для уточнения топической диагностики воспалительного процесса и разработки более эффективного способа дренирования флегмон дна полости рта.

Для топической диагностики флегмон, кроме общепринятых, мы использовали пальпацию предполагаемых нами болевых точек. С целью получения данных о вовлечении в воспалительный процесс клетчатки основного сосудисто-нервного пучка шеи мы предлагаем его пальпацию из-под заднего края кивательной мышцы со стороны предпозвоночной

фасциальной пластинки. Наблюдаемый при этом болевой симптом достоверно указывает на воспалительный процесс клетчатки сосудисто - нервного пучка шеи. В то время, как при традиционной пальпации по переднему краю кивательной мышцы болевой симптом может быть связан с лимфангоитом, расположенным поверхностнее клетчатки сосудисто нервного пучка шеи.

Наиболее часто при пальпации у больных с флегмонами дна полости рта болевые точки определялись в подъязычной области (во всех случаях), а

также в области тела подъязычной кости и больших ее рожков, что может быть связано с вовлечением в воспалительный процесс мышц, лежащих выше подъязычной кости. Также часто болевой синдром отмечался при пальпации средней линии шеи между подбородочным отделом нижней челюсти и подъязычной костью в направлении к корню языка, что говорило о вовлечении в воспалительный процесс пространства корня языка и дало основание производить его ревизию (табл. 1)

Таблица 1

Болевые точки при пальпаторном исследовании больных флегмонами дна полости рта и вокруг глотки

	Пальпация тела подъязычной кости		Пальпация в области больших рожков подъязычной кости.		Пальпация подъязычной области		Пальпация между кивательной мышцей и задним краем ветви нижней челюсти		Пальпация сосудисто-нервного пучка шеи по переднему краю кивательной мышцы		Пальпация СНПШ со стороны предпозвоночной фасции из заднего треугольника шеи	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.Клетчатка дна полости рта (60 случаев)	38	63,33	18	30,00	60	100,0	10	16,67	12	20,00	6	10,00
2.Клетчака корня языка (15 случаев)	15	100,0	15	100,0	15	100,0	8	53,34	5	33,34	2	13,33
3.Клетчатка окологлоточного пространства (66 случаев)	19	28,79	12	18,18	35	53,03	66	100,0	20	30,03	9	13,64
4.Клетчатка сосудисто нервного пучка шеи (18 случаев)	9	50,00	6	33,33	12	66,67	13	72,22	18	100,0	18	100,0

Примечание : больные с локализацией воспалительного процесса в нескольких клетчаточных пространствах учтены в каждом их них.

Обращает на себя внимание относительно большое число больных с флегмонами дна полости рта (10,0%), корня языка (13,33 %) и окологлоточного пространства (13,64 %), у которых отмечается болевая реакция при пальпации клетчатки основного сосудисто-нервного пучка шеи со стороны предпозвоночной фасции. Эти данные совпадают с таковыми представленными в таблице №2 и требуют постоянного наблюдения за больными для предупреждения развития медиастинальных осложнений, также эти данные коррелирует с результатами, полученными нами при проведении топографоанатомических исследований [13, 14].

Результаты анатомических исследований и клинические наблюдения привели нас к поиску усовершенствования способов дренирования флегмон дна полости рта и вокруг глотки.

В основу предложенного способа вскрытия флегмон дна полости рта поставлена задача обеспечить адекватное дренирование флегмон этой локализации, уменьшить травматичность операции и устранить возможность повреждения язычной вены. Поставленная задача выполняется тем, что не пересекается мышца

дна полости рта и подъязычно-язычная мышца, а раздвигаются их волокна и удерживаются в таком положении при помощи трубчато-желобоватого дренажа [5, 6].

Новым в способе является тактика по отношению к мышце дна полости рта, а также применение трубчато-желобоватого дренажа для удержания волокон этой мышцы в разведенном положении.

В случае локализации воспалительного процесса в окологлоточном пространстве производится разрез в поднижнечелюстном треугольнике до переднего края кивательной мышцы, рассекается фасциальная пластинка, разделяющая околоушную и подчелюстную слюнные железы, что делает возможным ревизию глоточного отростка околоушной слюнной железы и шилодиафрагмы [2]. При обнаружении дефекта шилодиафрагмы производится разрез вдоль переднего края кивательной мышцы, вскрывается клетчатка вокруг сосудисто-нервного пучка шеи и, в случае нахождения гноя, выполняется контрапертура в заднем треугольнике шеи, в слое лестничных мышц и пред-

позвоночной фасции для дренирования трубчато-желобоватым дренажем [4].

Для возможности сравнения результатов лечения больных обеих групп была произведена оценка их сопоставимости на основе изучения таких показателей как: пол, возраст, количество клетчаточных пространств, вовлечённых в воспалительный процесс.

По распространённости воспалительного процесса основная и контрольная группа делилась на 4 подгруппы.

Сравнение больных по половому признаку (рис. 1 и 2).

Сравнение больных по возрастному признаку (рис. 3)

Таблица 2

Распределение пациентов в каждой подгруппе в зависимости от распространённости воспалительного процесса

		Основная группа		Контрольная группа		Общее количество	
		Абс.	Относ.	Абс.	Относ.	Абс.	Относ.
I	В воспалительный процесс вовлечено пространство дна полости рта с двух либо с одной стороны	29	32,22%	28	33,37%	57	32,95%
II	В воспалительный процесс вовлечено переднее окологлоточное пространство	24	26,67%	29	34,94%	53	30,64%
III	В воспалительный процесс вовлечено переднее окологлоточное пространство и пространства дна полости рта	19	21,11%	14	16,87%	33	19,08%
IV	В воспалительный процесс вовлечено переднее окологлоточное пространство, пространства дна полости рта и клетчатки вокруг сосудисто-нервного пучка шеи.	18	20,00%	12	14,46%	30	17,34%
Общее количество		90	100,00 %	83	100,00 %	173	100,00 %

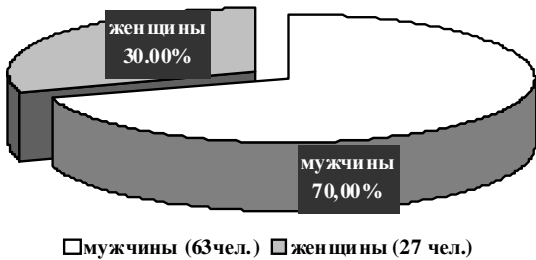


Рис. 1 основная группа

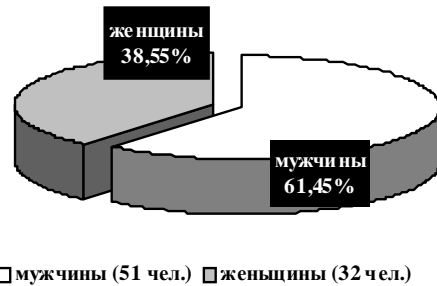


Рис. 2 контрольная группа

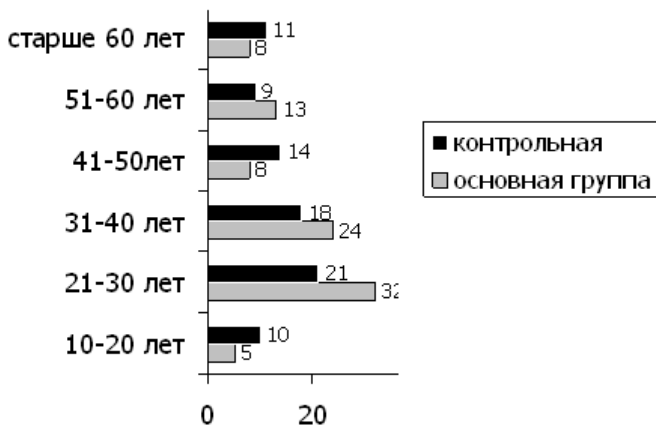


Рис. 3 сравнение обеих групп по возрасту

Сравнивая основную и контрольную группы по возрастному критерию, установлено, что в обеих группах преобладали пациенты в возрасте от 21 до 40 лет.

Сравнительная оценка по полу, возрасту, количеству пространств, вовлечённых в воспалительный процесс, указывает на сопоставимость групп, что позволило сравнивать результаты лечения.

Медикаментозное лечение больных обеих групп было идентичным. В качестве антибактериальных препаратов применяли цефограм -2-4 г/сут, метрогил - 2-4 г/сут, цефепим - 4-6 г/сут, цефтазидим 2-4 г/сут, трифамокс 2-4 г/сутки. После полученных данных бактериологического посева антибактериальная терапия проводилась с учетом чувствительности возбудителя хирургической инфекции.

Для местного медикаментозного лечения ран у больных с флегмонами мы использовали мази на полиэтиленоксидной основе (левомеколь, левосин).

Во время перевязок, особенно в первые 3-4 дня после операции, промывали раны современными антисептическими средствами, такими как хлоргексидин, декасан. Промывание ран в этот период проводили 2-3 раза в сутки.

После очищения ран и появления грануляций на рану наносили пенные антисептики, такие как «Диоксизоль» или «Олазоль».

Восстановительное лечение заключалось в закрытии раневых дефектов. Выполнялась вторичная хирургическая обработка раны с наложением вторичных швов. Сравнительные результаты лечения у больных 1 подгруппы представлены на рис. 4.

Сравнительные результаты лечения у больных 2 подгруппы представлены на рис. 5.

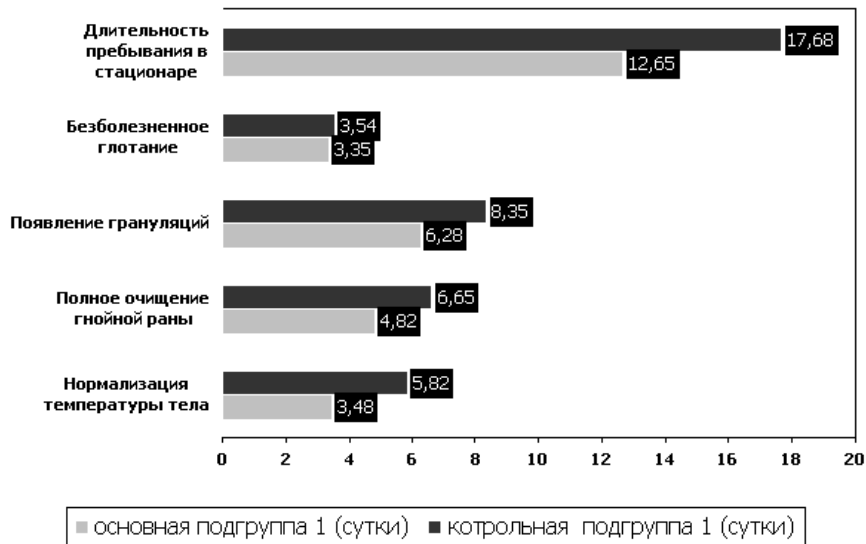


Рис 4. Результаты лечения больных подгруппы 1 (в воспалительный процесс вовлечено пространство только дна полости рта).

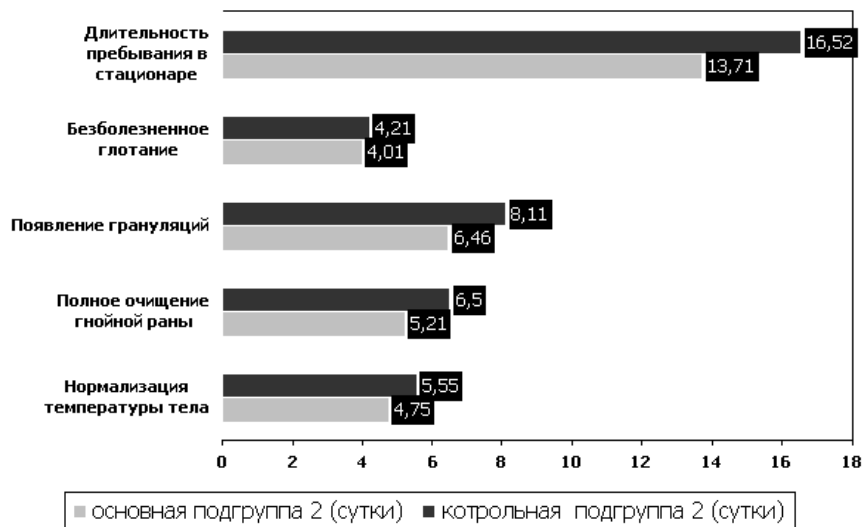


Рис. 5. Результаты лечения подгруппы 2 (В воспалительный процесс вовлечено переднее окологлоточное пространство).

Сравнительные результаты лечения у больных 3 подгруппы представлены на рис. 6.

Сравнительные результаты лечения у больных 4 подгруппы представлены на рис. 7.

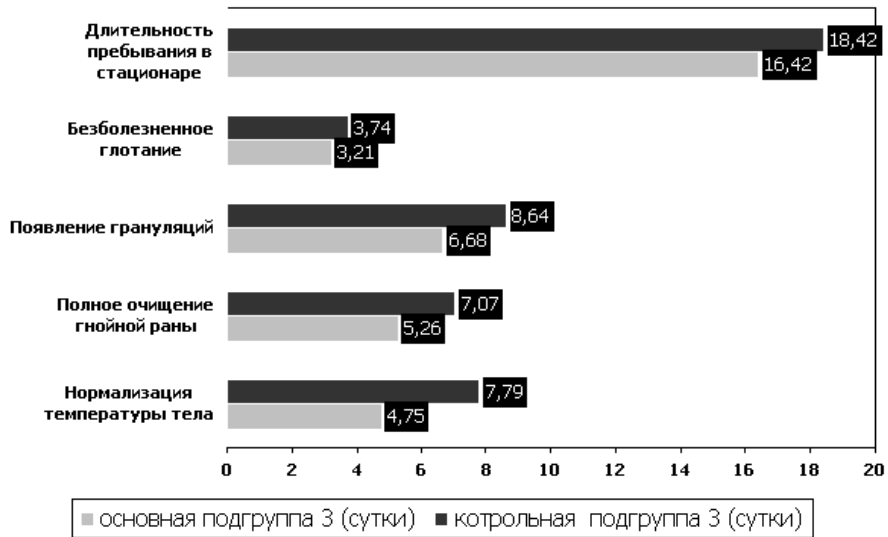


Рис. 6. Результаты лечения подгруппы 3. (В воспалительный процесс вовлечено переднее окологлоточного пространство и пространства дна полости рта).

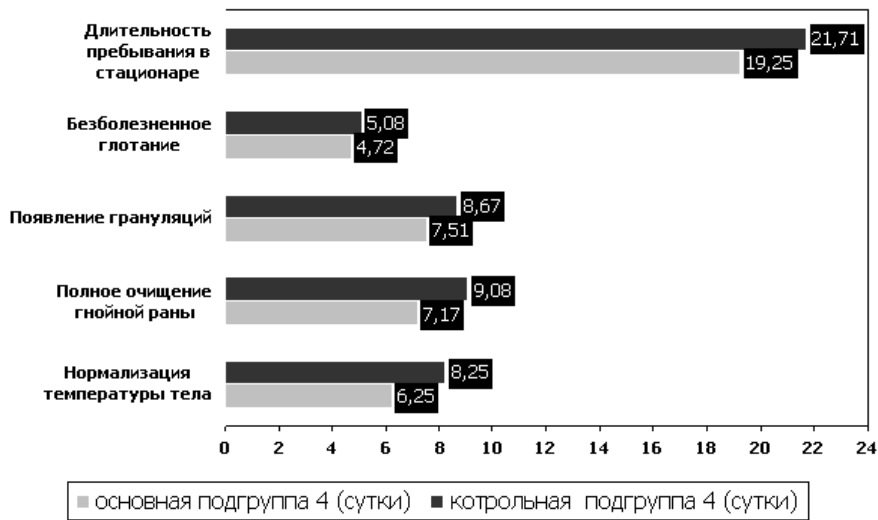


Рис. 7. Результаты лечения подгруппы 4. (В воспалительный процесс вовлечено переднее окологлоточного либо пространство дна полости рта клетчаткавокруг сосудисто-нервного пучка шеи).

Анализ результатов лечения больных с флегмонами дна полости рта и вокруг глотки свидетельствует о том, что исходы в основной группе клинических наблюдений, у которых хирургическая тактика осуществлялась по разработанной нами методике, были лучше, чем в контрольной группе. Это выражалось в сокращении сроков нормализации температуры (от 1,75 до 3,01 суток в каждой подгруппе), очищения гнойной раны (от 1,23 до 1,91 суток в каждой подгруппе), появления грануляций (от 1,16 до 2,17 суток в каждой подгруппе), длительности пребывания больного в стационаре (на 2,01 до 5,03 суток в каждой подгруппе).

Общая средняя длительность пребывания в стационаре у больных основной группы составила 15,78±3,06 дней, а у больных контрольной группы - 17,33±7,02.

Выводы. 1. Использование предлагаемых нами новых точек пальпации позволило уточнить топическую диагностику воспалительных процессов дна полости рта и вокруг глотки, их распространение на смежные анатомические области, снизить процент

диагностических ошибок, определить риск возможности развития медиастинальных осложнений от 10 % до 13,64 % в зависимости от распространенности воспалительного процесса.

2. Внедренные нами усовершенствованные методики диагностики и хирургического лечения флегмон дна полости рта и вокруг глотки позволили достичь сокращения сроков нормализации температуры (от 1,75 до 3,01 суток в каждой подгруппе), очищения гнойной раны (от 1,23 до 1,91 суток в каждой подгруппе), появления грануляций (от 1,16 до 2,17 суток в каждой подгруппе), длительности пребывания больного в стационаре (на 2,01 до 5,03 суток в каждой подгруппе).

Список литературы

Список литературы.

1. Никитин А. А. Медиастинит-тяжелое осложнение острых одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области / А. А. Никитин, М. Н. Косяков, А. Н. Невров // Стоматология. – 1996. – Спец. вып. – С. 70-71.
2. Пат. 41420. Україна, МПК (2009) А 61 В 17/00. Спосіб розтину навколوجلоткових флегмон / Центіло В. Г, Павленко М. Ю.;

Донецький мед. ун-т. – U200813770 ; заяв. 01.12.08, опубл. 25.05.09, Бюл. № 10.

3. Пат. 41422. Україна, МПК (2009) А 61 В 17/00. Спосіб формування анатомічного препарату для вивчення топографічної анатомії клітковинних шарів і фасцій навколо язика, у ділянці дна порожнини рота, переднього трикутника та органів шиї. / Центіло В. Г., Павленко М. Ю., Заплавський А. В. ; Донецький мед. ун-т. – U200813775 ; заяв. 01.12. 08, опубл. 25.05.09, Бюл. № 10.

4. Пат. 54535. Україна, МПК (2009) А 61 В 17/22, А 61 В 17/24. Спосіб розтину навколوجلоткових флегмон, що мають загрозу розповсюдження на шию / Центіло В. Г., Павленко М. Ю. ; Донецький мед. ун-т. – U2011006858 ; заяв. 03.06.10, опубл. 10.11.10, Бюл. № 21.

5. Пат. 59284. Україна, МПК (2010) А 61 В 17/00, А 61 В 17/00. Спосіб розтину флегмон дна порожнини рота / Центіло В. Г., Павленко М. Ю., Яценко І.І.; Донецький мед. ун-т. – U 2008 4212 ; заяв. 22.10.10, опубл. 10.05.11, Бюл. № 9

6. Пат. 59287. Україна, МПК (2010) А 61 В 17/22, А 61 В 17/00. Спосіб дренажу флегмон щелепно-лищевої ділянки. / Центіло В. Г., Павленко М. Ю. ; Донецький мед. ун-т. – U 2010 12490 ; заяв. 22.10.10, опубл. 10.05.11, Бюл. № 9

7. Пат. 2112432. Російська федерація, МПК А61 В17/00 Спосіб определения замкнутости, количества и содержимого фасциальных футляров треугольников шеи в эксперименте./ Центіло В. Г., заявитель и патентодатель Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького (UA).N96117921/14; заяв. 06.09.1996; опубл. 10.06.1998.- Бюлл. №16

8. Рузин Г. П. Основы технологии операций / Г. П. Рузин, М. П. Бурых. – Харьков, 2000. – 292 с.

9. Соловьёв М. М. Абсцессы, флегмоны головы и шеи / М. М. Соловьёв, О. П. Большаков. – М. : Медпресс, 2003. – 230 с.

10. Центіло В. Г. Анатомические связи клетчатки подъязычного пространства с прилежащими анатомическими образованиями / В. Г. Центіло, М. Ю. Павленко, Э. В. Крайникова // Актуальні проблеми сучасної медицини: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Медична наука - 2009» (Полтава, 10-11 грудня 2009р.): тез. докл. Т.9, випуск 4(28), 2009, частина 3.-С.230.

11. Центіло В. Г. Малотравматичний спосіб розкриття флегмон дна порожнини рота. / В.Г. Центіло, М.Ю. Павленко // Матеріали ІІ з'їзду черепно-щелепно-лицевих хірургів. 13-14 травня 2011р.-С.430-432

12. Центіло В. Г. Распространение индифферентного к тканям раствора красителя в клетчатке переднего окологлоточного пространства / В. Г. Центіло, М. Ю. Павленко, Э. В. Крайникова // Новые технологии в стоматологии : XIV междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов (С.-Петербург, 12-14 мая 2009г.) : тез. докл. – 2009. – С. 210–211.

13. Центіло В. Г. Шляхи можливого поширення запального процесу з клітковини переднього навколوجلоткового простору / В. Г. Центіло, М. Ю. Павленко // Новини стоматології. – 2009. – № 1(58). – С. 25-27.

14. Центіло В.Г. Шляхи можливого поширення запальних процесів з клітковинних просторів під'язикової ділянки / В.Г. Центіло, М.Ю. Павленко // Новини стоматології. - 2009. - № 2. - С. 18-20.

15. Kinzer S. Severe deep neck space infections and mediastinitis of odontogenic origin: clinical relevance and implications for diagnosis and treatment / S. Kinzer, J. Pfeiffer, S. Becker, G. Ridder // Acta Otolaryngol. – 2009. – Vol. 129.- № 1. – С. 62-70.

Поступила 21.02.12

