

УДК 616.31-002.36-06:616.27-002

ТОТАЛЬНЫЙ ОДОНТОГЕННЫЙ МЕДИАСТИНИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА

*И.М. Юлдашев¹, Б.К. Ургуналиев¹, А.А. Ашиналиев², Э.К. Молдалиев¹, Д.Т. Юлдашева¹, Н.С. Касенова²*¹ Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина (720000 г. Бишкек, ул. Киевская, 44),² Национальный госпиталь Минздрава Республики Кыргызстан (720001 г. Бишкек, ул. Тоголок молдо, 1)*Ключевые слова: флегмона челюстно-лицевой области, осложнения, медиастинит.*

Медиастинит – воспаление клетчатки средостения – является одним из наиболее опасных осложнений острой одонтогенной инфекции. Частота одонтогенных медиастинитов в странах СНГ – 0,30–1,78%. Описан клинический случай успешного комплексного лечения одонтогенной гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта и глубоких пространств шеи, осложнившейся гнойным медиастинитом.

Несмотря на успехи современной хирургии, разработку и внедрение новых методов и средств антибактериальной терапии, диагностика и лечение одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области остается актуальной проблемой стоматологии и челюстно-лицевой хирургии [1, 13]. Пожалуй, одним из наиболее опасных осложнений острой одонтогенной инфекции является медиастинит [1, 4, 11].

Частота одонтогенных медиастинитов незначительна, однако в странах СНГ эта патология регистрируется значительно чаще, чем в мире в целом – 0,30–1,78% [3, 9, 14]. Отличительными признаками острого медиастинита являются трудности ранней диагностики, исключительная тяжесть течения и высокая летальность [3, 9, 14]. Лечение медиастинитов признается одной из самых трудноразрешимых проблем современной хирургии [4, 8]. Первичным источником инфекции при медиастинитах, осложняющих флегмоны глубоких клетчаточных пространств шеи, служат очаги воспаления в периапикальных тканях зубов, миндалинах и слизистой оболочке полости рта [1, 4]. Летальность при одонтогенных медиастинитах остается высокой и достигает 50% [7, 10]. Диагноз при жизни удается установить у 20,5–50% больных [3, 12, 15], поскольку все симптомы медиастинита, особенно в начальном периоде, ступенчато воспаляются воспалительным процессом в области шеи и теряют свою специфичность [2, 6, 13].

Цель данной статьи – представление клинического наблюдения тотального медиастинита, закончившегося выздоровлением после вскрытия одонтогенной гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта и глубоких пространств шеи и торакотомии с дренированием переднего и заднего средостения.

Пациент К., 1988 г.р., поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии НГ МЗ 13.09.2009 г. в 22:25 с диагнозом: «одонтогенная флегмона дна полости рта». Предъявлял жалобы на боли и припухлость в области дна полости рта, затрудненное

болезненное глотание, ограничение открывания рта. Отмечал общую слабость, недомогание, нарушение сна, повышение температуры тела до 38,5°C.

Со слов пациента, был болен в течение 4 суток. Начало заболевания связывал с переохлаждением, когда заболел зуб. Никуда не обращался, занимался самолечением (грел). Постепенно состояние ухудшилось, появились вышеперечисленные жалобы.

При госпитализации общее состояние средней тяжести. Кожные покровы, дыхательная и сердечно-сосудистая системы без особенностей. Лицо бледное, отек мягких тканей подчелюстных областей справа и слева и подподбородочной области. Инфильтрат не имел отчетливых границ и захватывал всю толщу дна полости рта. Кожа над ним была гиперемизирована, отечна, пальпаторно резко болезненна, в складку не собиралась. Рот полукоткрыт, открывание его ограничено до 2,5 см, болезненное. Глотание затруднено. Слизистая оболочка подъязычной области выбухала в виде валика выше коронок зубов, покрыта фибринозным налетом. Изо рта – зловонный запах. Зуб 4.8 (правый нижний 3-й моляр) на 2/3 разрушен, перкуссия зуба резко болезненная. Прикус ортогнатический. Имелось поражение кариесом остальных зубов. Предварительный диагноз: «одонтогенная гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта от зуба 4.8».

13.09.2009 в 22:55 проведена операция: «вскрытие флегмоны дна полости рта, удаление зуба 4.8». Под местной инфильтрационной анестезией через дугообразный разрез под нижним краем нижней челюсти вскрыты клетчаточные пространства подчелюстной, подподбородочной и подъязычной областей, промежутки между глубокими мышцами корня языка, а также окологлоточное и крыловидно-челюстное пространства справа и слева, рассечены челюстно-подъязычные мышцы. Клетчатка инфильтрирована, частично омертвевшая. Получено 20 мл жидкого гноя с ихорозным запахом и пузырьками газа. Мышцы некротизированы, представляли собой сероватую зловонную массу. Рана промыта растворами антисептиков и тампонирована турундами с гипертоническим раствором. Пораженный зуб удален. В анализе крови от 14.09.2009 г. – лейкоцитоз ($16,2 \times 10^9/\text{л}$) с палочкоядерным сдвигом (25%), ускорение СОЭ до 14 мм/час.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (цефазолин, метрид). Для улучшения микроциркуляции вводился реополиглюкин, анальгетики и димедрол – по показаниям. Состояние пациента расценивается как соответствующее тяжести перенесенной операции. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки – усиление и деформация легочного рисунка за счет хронического бронхита, уплощение медиастинальной плевры справа.

15.09.2009 г. состояние больного ухудшилось: появились гиперемия и отек боковой поверхности шеи. Диагностирован медиастинит и в тот же день проведена операция двусторонней медиастинотомии по Разумовскому. Получен гной с ихорозным запахом из области сосудисто-нервного пучка в предтрахеальном пространстве, ткани здесь были некротизированы. В околопищеводном пространстве гноя не было, но отмечалась



Рис. Пациент К. после вскрытия одонтогенной гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта: дренировано дно полости рта, глубокие пространства шеи (верхняя медиастиномия по Разумовскому).

инфильтрация тканей. Раны промыты антисептиками, между ними создана контрапертура, выполнена рыхлая тампонада турундами с гипертоническим раствором (рис.). Наложена асептическая повязка, больной переведен в отделение реаниматологии.

С 16.09.2009 г. в динамике состояние пациента ухудшалось. На контрольной обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (от 16.09.2009 г.) обнаружено расширение тени средостения справа. Появились боли и затрудненное дыхание, боли в области груди, повышение температуры тела.

18.09.2009 г. после консультации со специалистом по торакальной хирургии проведены правосторонняя торакотомия, медиастиномия, санация и дренирование заднего средостения и плевральной полости, плевроэктомия. При вскрытии плевральной полости получена мутная геморрагическая жидкость. Парентеральный и висцеральный листки плевры (в большей степени медиастинальной) тусклые, покрыты детритом, пропитанным гноем и фибрином. Проведена медиастиномия от купола плевры до диафрагмы. Из окологлоточного пространства выделилось значительное количество икхорозной жидкости. Проведена санация средостения, плевральная полость промыта растворами антисептиков (перекись водорода, фурацилин). После удаления детрита правая плевральная полость дренирована трубками на всем протяжении от шейного до диафрагмального отдела. Отдельные дренажные трубки установлены в переднем средостении, у купола и диафрагмального участка плевры. Послеоперационный диагноз: «одонтогенная гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта, глубоких пространств шеи. Тотальный гнойный вторичный медиастит. Интоксикационный синдром. Эмпиема плевры справа».

До 22.09.2009 г. пациент находился в отделении реанимации и интенсивной терапии, где проводилось антибактериальное, заместительное и симптоматическое лечение. Для коррекции гипопротейемии и анемии неоднократно переливалась одногруппная кровь. Проводились перевязки, лечебно-санационная бронхоскопия. Картина крови (от 19.09.2009 г.): Hb – 100 г/л, эр. – $3,3 \times 10^{12}/л$, л. – $12 \times 10^9/л$ (эоз. – 0 %, п/я – 6 %, с/я – 84 %, лимф. – 8 %, мон. – 2 %). После стабилизации состояния переведен в отделение торакальной хирургии. На контрольных рентгенограммах отмечено расправление правого легкого, уменьшение тени средостения. Плевра оставалась утолщенной на всем протяжении. В динамике рентгенологическая картина улучшалась и к 05.10.2009 г. на контрольной обзорной рентгенограмме органов грудной клетки правое легкое расправилось, в верхних отделах инфильтрация уменьшилась как по интенсивности, так и по

размерам. В нижних отделах сохранилось утолщение плевры и небольшое количество жидкости слева.

По заживлению ран на шее, при отсутствии гнойного отделяемого выполнялось сближение краев ран. Объем выделений из дренажных трубок постепенно уменьшался. 07.10.2009 г. выписан в удовлетворительном состоянии с дренажной трубкой по Бюлау под наблюдение хирурга по месту жительства.

Литература

1. Амосов Н.М. *Очерки торакальной хирургии*. Киев: Госмедиздат УССР, 1958. 727 с.
2. Антонов А.Р., Блажитко Е.М., Чикинев Ю.В., Маданбеков Н.К. Состояние антиоксидантной системы и микроэлементного статуса больных острым медиастинитом // *Сибирский консилиум*. 2006. № 5. С. 30–32.
3. Высоцкий А.Г., Тахтаулов В.В. Клиника, диагностика и лечение «нисходящего» медиастинита // *Хірургія України*. 2006. № 3. С. 3–5.
4. Гулюк А.Г. *Лекции по хирургической стоматологии*. – М., 2006. 261 с.
5. Егорова О.А. Клиника, диагностика и лечение при одонтогенных медиастинитах // *Вестн. хирургии*. 2000. Т. 159, № 6. С. 81–85.
6. Ермолов А.С., Абакумов М.М., Погодина А.Н. и др. Проблемы диагностики и лечения острого гнойного медиастинита // *Мат. 3-го конгресса ассоциации хирургов*. М., 2007. С. 56–57.
7. Зятыков И.Н., Ерещенко Ю.Р., Чертищев О.А. Этапность оказания хирургической помощи у пациентов с медиастинитами // *Сб. науч. тр. Омской клин. б-цы*. Омск, 2006. С. 25–27.
8. Коровин А.Я., Маскин С.С., Марченко Н.В. Тактика лечения генерализованной инфекции при гнойном медиастините // *Мат. 3-го конгресса ассоциации хирургов*. М., 2007. С. 123–124.
9. Перепелицын В.Н., Огородников М.А. Ранняя диагностика и комплексное лечение острого гнойного медиастинита // *Мат. 3-го конгресса ассоциации хирургов*. М., 2007. С. 121–122.
10. Слесаренко С.С., Агапов В.В., Прелатов В.А. Медиастит. М.: Медпрактика-М, 2005. 211 с.
11. Al-Sehly A.A., Robinson J.L., Lee B.E. et al. Pediatric poststernotomy mediastinitis // *Ann. Thorac. Surg*. 2005. Vol. 80, No. 6. P. 2314–2320.
12. Balkan M.E., Oktar G.L., Oktar M.A. Descending necrotizing mediastinitis: a case report and review of the literature // *Int. Surg*. 2001. Vol. 86, No. 1. P. 62–66.
13. Luciani N., Lapenna E., DeBonis M., Possati G.F. Mediastinitis following graft replacement of the ascending aorta: conservative approach by omental transposition // *Eur. J. Cardiothorac. Surg*. 2001. Vol. 20, No. 2. P. 418–420.
14. Pappa H., Jones D.C. Mediastinitis from odontogenic infection. A case report // *Br. Dent. J*. 2005. Vol. 198, No. 9. P. 547–548.
15. Sakamoto H., Aoki T., Kise Y. et al. Descending necrotizing mediastinitis due to odontogenic infections // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol*. 2000. Vol. 89, No. 4. P. 412–419.

Поступила в редакцию 27.12.2010.

TOTAL ODONTOGENIC MEDIASTITIS AS COMPLICATING DISEASE OF LUDWIG'S ANGINA OF MOUTH FLOOR

I.M. Yuldashev¹, B.K. Urgunaliev¹, A.A. Ashinaliev², E.K. Moldaliev¹, D.T. Yuldasheva¹, N.S. Kasanova²

¹Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Eltsin (44 Kievskaya St. Bishkek 720000 Kyrgyz Republic), ²National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic (1 Togolok moldo Bishkek 720001 Kyrgyz Republic)

Summary – Mediastinitis that is inflammation of mediastinum cellular tissue is among the most dangerous complications of acute odontogenic infection. The frequency of odontogenic mediastinitis in the CIS countries varies from 0.3 to 1.78 %. The authors describe the medical case of successful complex treatment of odontogenic Ludwig's angina of mouth floor and deep spaces of neck complicated with purulent mediastinitis.

Key words: cellulitis, maxillofacial area, mediastinitis.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 3, p. 97–98.