



Инновационные аспекты диагностики, клиники и тактики лечения одонтогенных флегмон

Д.м.н., профессор института стоматологии КазНМУ
им. С.Д.Асфендиярова Тулеуов К.Т.

Проблема одонтогенной инфекции до настоящего времени, к сожалению, остается актуальной. По мнению большинства исследователей, это связано следующими причинами:

- с увеличением числа больных с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями, в специализированных стационарах, они составляют от 45% - 55 % (Килимжанова Б.Т.:, 2001, Уразаева А.Э., 2001)
- С возникновением новых резистентных штаммов микроорганизмов, изменился видовой состав возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний- отмечено доминирующая роль анаэробного компонента
- Причиной такого течения заболевания большинство авторов считает снижение иммунологической реактивности, извращение иммунного ответа на фоне предварительной сенсibilизации организма из очага хронической инфекции
- В настоящее время, при лечении острых одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, применяются самые разнообразные способы, направленные как на местный очаг воспаления, так и на микроорганизм в целом.

Несомненное значение в течении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области играют топографо-анатомические особенности данной области: сложность взаимоотношения клетчаточных пространств, обилие коллатералей и анастомозов с сосудами головного мозга, недоразвитие венозных клапанов и неполное их смыкание определяют возможность заброса токсинов из очага воспаления в головной мозг.

(Уразаева А.Э., 2001, Беков Д.Б., 1965)

В результате нарастающей интоксикации ЦНС угнетаются функции жизненноважных органов, что способствует дальнейшему прогрессированию интоксикации. В подобных случаях традиционные методы детоксикации не оказывают должного эффекта адекватной санации патологического очага.

Многие признанные и общепринятые методы лечения оказываются малоэффективными, и возникает настоятельная необходимость в их усовершенствовании, разработке новых методов и средств воздействия на гнойный очаг. Мало изученными остаются вопросы воздействия растительных адаптогенов на организм в целом, и в частности на те изменения, которые происходят в гнойной ране при их непосредственном воздействии. Комбинация растительных адаптогенов как сок лопуха большого гладкосеменного и комбинации его с лазерной терапией до настоящего времени не нашел применения в гнойной хирургии.

В связи с вышеизложенным мы хотели поделиться некоторым опытом диагностики, клиники и тактики лечения одонтогенных флегмон. Прежде всего нами разработан алгоритм диагностики одонтогенных флегмон на основе доказательной медицины.

Метод исследования

На основе доказательной медицины, нами составлен диагностический алгоритм для обследований больных с одонтогенными флегмонами.

Диагностические мероприятия мы разделяем на 3 уровня, причем I и II являются неотъемлемой частью предложенного алгоритма и составляют обязательную программу диагностического исследования. Они имеют чисто практическое прикладное значение, входят в обязательную программу исследования больных с гнойными ранами и вполне осуществимы в любом лечебном учреждении, могут обеспечить достаточную характеристику конкретного больного.

I. Общие клинические исследования (до операции)

Анамнез	Местные клинические проявления	Оценка общего состояния больного
---------	--------------------------------	----------------------------------

II. Специальные методы исследования

Бактериальные исследования	Цитология	Исследование иммунного статуса
----------------------------	-----------	--------------------------------

I. Общеклинические исследования проводили по общепринятым правилам обследования

II. Специальные методы исследования

- Бактериологические методы исследования

- При поступлении, до начала лечения

- В процессе лечения

- В послеоперационном периоде

III. Для оценки иммунологического статуса организма:

- Содержание лейкоцитов и лимфоцитов в крови

- Определение количества Т-лимфоцитов

- Количество В-лимфоцитов

- Оценка уровня иммуноглобулинов А, М, G

- Фагоцитарная активность нейтрофилов

IV. Оценка динамики заживления раны, основывалась на определении сроков прекращения раневого отделяемого, времени рассасывания инфильтрата и появлении грануляции, а также наличие или отсутствие осложнений

Материалы исследования

Фитотерапия проводилась соком ЛБ большого гладкосеменного, приготовленного в виде консерванта по общепринятой методике на кафедре ЮКГМА.

Так как препараты, используемые в I фазе раневого процесса, должны оказывать на рану комплексное полинаправленное действие. Мы провели эксперимент по выявлению оптимальной концентрации дегидратирующего действия сока лопуха большого гладкосеменного.

- Раствор сока лопуха гладкосемянного концентрированного и натрия хлорида обладают почти одинаковыми дегидратирующими свойствами. Раствор сока лопуха в разведении 1:3 превышает дегидратирующее действие гипертонического раствора в 2 раза и действует в течении 24 часов.
- Для дренирования раны применялся раствор в соотношении 1:3, во II фазе заживления раны применяли концентрированный раствор. Помимо наружного применения, всем больным исследуемой группы назначался концентрированный раствор сока ЛГ по 1 ст.ложке 3 раза в день.

- Все больные поступили в клинику в экстренном порядке и состояние их оценивалось, как средней тяжести и тяжелое. Воспалительный процесс занимал несколько клетчаточных пространств. Больные были распределены на 2 группы:
 - 1 исследуемая группа – 315 больных.
1 группа разделены на 2 подгруппы.
 - 2 группа сравнения – 270 больных

Таблица №1

Локализация флегмон	Исследуемая группа				Группа сравнения (гипертонический раствор)	
	1 подгр. СЛГ		2 подгр. СЛГ+ Лазер			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Поднижнечелюстное, крылочелюстное пространства	69	21,75	68	21,7 4	123	45,56
Крылочелюстное, окологлоточное пространства	58	18,30	57	18,2 0	101	37,40
Дно полости рта	6	1,75	5	1,74	8	2,96
Дно полости рта, крылочелюстные, околочелюстные пространства и шеи	12	3,81	12	3,81	18	6,67
Подвисочная, крылонебная ямка	9	2,54	9	2,54	11	4,07
Полость орбиты	6	1,91	6	1,90	9	3,33
Итого:	158	51	157	49	270	100

Таблица №1



Всем больным при поступлении проводилась адекватная предоперационная подготовка, удаление причинного зуба и вскрытие флегмон осуществлялось под наркозом, согласно разработанной кафедре, тактике и методике хирургического вмешательства с обязательной ревизией и дренированием раны.

Оперативные доступы к клеточным пространствам ЧЛЮ при флегмонах описаны и обоснованы достаточно четко.

Однако, оперативные доступы к флегмонам шеи, особенно, при глубоких и разлитых флегмонах с переходом на верхне-заднее и верхне-переднее средостение описаны нечетко, плохо обеспечиваются отток экссудата и гноя. В связи с этим нами предлагается следующий одновременный доступ к клетчаточным пространствам прилежащим к нижней челюсти, шеи и верхнему средостению.





Под эндотрахеальным наркозом (интубация проводилось под контролем эндоскопа) проводилось два горизонтальных разреза по верхней шейной складке (верхний разрез) и по ключице до середины их (нижний разрез) и оба разреза соединялись вертикальным разрезом по средней линии шеи. Далее тупым и частично острым путем вскрывали клетчаточные пространства прилегающие к нижней челюсти и шеи. Через верхний горизонтальный разрез вскрывали гнойные очаги из клетчаточных пространств около нижней челюсти. Через вертикальный разрез по всем правилам шейной хирургий послойно вскрывались клетчаточные пространства шеи до гнойного очага. Через нижний разрез частично отсекая ножки кивательной мышцы и отодвигая их по сторонам через сосудисто-нервный пучок обеспечивался доступ к передне-верхнему и передне-заднему средостению. После чего производилось эвакуация гноя и санация полости, дренирование раны по выше описанной методике

При медиастините через нижний горизонтальный разрез частично отсекаем ножки кивательной мышцы, расширяем доступ к средостению. Санация и дренаж полости перфорированным хлорвиниловыми трубками и отсасываем содержимое грудной полости. Повязка с раствором сока лопуха гладкосемянного.



Комплексная терапия с применением концентрированного сока “Лопуха Большого” гладкосемянного на фоне лазерного излучения проводили с помощью лазерной установки ЛГ-75 мощностью 20-22 мВт. Раневую поверхность предварительно облучали ГНЛ в экспозиции 3 минуты на 1 см². Затем на рану накладывали повязку соком “Лопуха Большого” на сутки. Курс лечения состоял из 7 сеансов.

Заключение

- Клинико-лабораторные данные у больных с флегмонами ЧЛЮ, поступивших в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, свидетельствуют о наличии выраженных функциональных нарушений со стороны жизненно важных органов и выраженной иммунодепрессии. Об этом говорит снижение фагоцитарной активности лейкоцитов до 25%, снижение Т-лимфоцитов, увеличение РТМЛ, отсутствие IG A и увеличение иммунных комплексов в крови.

Состав исследуемых групп	Количество человек	Количество лейкоцитов					ЦИК (г/л)	Фагоци- ты(%)
		РТМЛ	Иммуноглобулины (МЕ/мл)					
			М	G	A			
Здоровые	30	0.7±0,03	245,4±26	191,1±16,2	102±8,08	1,1±0,06	60±9,1	
Больные с одонтогенными флегмонами	585	1,4±0,05	568±31	367±28,1	0	6,4±0,04	25±4,7	

Различия статически достоверно ($p < 0.05$)

- Иммунологические, микробиологические, цитологические исследования в динамике заживления раны показывают, что дренирование раны, и в последующем повязка соком Лопуха Большого гладкосеменного ускоряет заживление гнойных ран в два раза по сравнению с традиционной методикой лечения.
- Применение концентрированного раствора листьев “Лопуха Большого” гладкосеменного на фоне лазерного излучения в два раза ускоряет заживление гнойной раны по сравнению с применением сока ЛБ
- Сок ЛБГ,ГНЛ являются синергистами, и комплексное их применение при одонтогенных флегмонах ускоряет эвакуацию гноя и лизирование нежизнеспособных тканей.



*СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!*