

нижнечелюстного сустава. Российский стоматологический журнал. 2010. № 4. С. 26.

ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА

Амирчупанов М.Д., Романенко И.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, m005mm05@mail.ru

Введение. 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; Фазизов 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 года 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, средний возраст их 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 ЧЛО протекало с гиперреактивной формой.

Локализация гнойно-инфекционного процесса у обследуемых больных была в различных количествах клетчаточных пространств.

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 называли "контрольными".

Результаты и их обсуждения. Базовыми критериями диагностики гиперергии явились клиничко-воспалительные признаки формирования и течения флегмоны, в основе которых было 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 "при-

чинного" 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 и составляла в пределах до $38,1 \pm 0,15^\circ\text{C}$. Следует отметить, что в подавляющем большинстве случаев у больных 1 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, и имел 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 ЧЛО 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 1 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 ЧЛО 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 клиничко-инфекционные проявления течения флегмоны были существенно значимее.

Четвертая группа больных, где в основе лежало вовлечение 8-9 пространств с одонтогенными флегмонами ЧЛО 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 ЧЛО 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 ЧЛО не было выявлено. Состояние всех пациентов расценивалось как тяжелое. Признаки клиничко-воспалительного процесса, как общие, так и местные были резко выражены, с выраженными признаками интоксикации.

Пятая группа пациентов составила 13 (14,8%) пациентов, где клиничко-воспалительный процесс с одонтогенными флегмонами ЧЛО составил 10 и более пространств. У больных данной группы были отмечены развитие различных грубых осложнений в виде медиастинита, сепсиса, вторичный менингоэнцефалитов, ДВС-синдрома. Время от начала заболевания до момента госпитализации составило $4,2 \pm 0,55$ дней, в то время как появление отека мягких тканей ЧЛО

составило $3,4 \pm 0,45$ дней. Особенностью клинического состояния больных данной группы в до госпитальном 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 ЧЛО. 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 имел четкую направленность к последующему прогрессированию процесса, где коллатеральный отек мягких тканей носил выраженный характер. Локально определялся плотный и резко болезненный инфильтрат, не имеющий четких границ и во всех случаях имел наличие симптомов крепитации и флюктуации. Кожные покровы над инфильтратом была гиперемирована, без возможности собраться 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 ЧЛО от 2 до 4 дней ($3,1 \pm 1,3$ дня). Проводимые терапевтические мероприятия, которые были использованы на до госпитального этапе носили неоднозначный характер и зависели от времени обращения пациентов к стоматологу и объемом 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 ЧЛО 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 сутки от времени появления отека мягких тканей ЧЛО. 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.

Ключевые слова: флегмона, одонтогенная, клиника, зуб, клетчаточные пространства, отек, боль.

Список литературы

1. Гандылян К.С. Эффективность комплексного лечения больных с остеомиелитом нижней челюсти одонтогенного или травматического генеза. автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко. Воронеж, 2007.
2. Гандылян К.С., Карпов С.М., Пузин М.Н. Патогенетические механизмы формирования хронических непароксизмальных пролопалгий на примере височно-нижнечелюстного сустава (обзор литературы). Международный журнал экспериментального образования. 2014. № 3-2. С. 39-45.
3. Волков Е.В., Карпов С.М., Гандылян К.С., Гольяпина И.А., Караков К.Г., Алагуни А.Э. Сочетанная черепно-лицевая травма у детей как фактор нарушения нейродинамических процессов головного мозга. Фундаментальные исследования. 2014. № 10-6. С. 1071-1075.
4. Караков К.Г., Гандылян К.С., Карпов С.М., Кошель И.В., Елисеева Е.В. Тактика стоматолога при вторичных иммунодефицитах (учебное пособие). Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 10-2. С. 128.
5. Карпов С.М., Гандылян К.С., Христофорандо Д.Ю., Елисеева Е.В., Суюнова Д.Д., Волков Е.В. Клинико-психоневрологические проявления при сочетанной черепно-лицевой травме. Российский стоматологический журнал. 2014. № 4. С. 45-48.
6. Карпов С.М., Гандылян К.С., Суюнова Д.Д., Елисеева Е.В., Христофорандо Д.Ю., Волков Е.В., Карпова Е.Н. Механизмы адаптации у больных с сочетанной черепно-лицевой травмой. Кубанский научный медицинский вестник. 2014. № 3. С. 61-65.
7. Карпов С.М., Мосиенко Е.М. Иммунологическая реактивность у больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями. Клиническая неврология. 2009. № 2. С. 3-5.
8. Карпов С.М., Мосиенко Е.М. Показатели временной нетрудоспособности у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями. Вестник Медицинского стоматологического института. 2009. № 1. С. 15-17.
9. Христофорандо Д.Ю., Карпов С.М., Батурин В.А., Гандылян К.С. Особенности течения сочетанной челюстно-лицевой травмы. Институт стоматологии. 2013. № 2 (59). С. 59-61.
10. 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.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ДОЗИРОВКИ "АРТИКАИНА ИНИБСА 1:100000" ПРИ ПРОСТОМ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Асланукова Д.Р., Гукежева Л. М., Кражан С.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, as_diana09@mail.ru

Актуальность. Комбинированный препарат артикаин инибса, содержит в качестве действующих веществ Артикаин и Эпинефрин. Эпинефрин проявляет сосудосуживающий эффект в месте введения препарата, тем самым увеличивает время его всасывания, удлиняя действие. Как известно карпула артикаина инибса содержит стандартный объем анестетика – 1,8 мл. Большинство стоматологов утверждают, что для полноценного обезболивания, лечения и удаления зубов на верхней челюсти, они используют только часть анестетика из карпулы.

Цель исследования. Определить оптимальный объем анестетика для полноценного обезболивания зубов на верхней челюсти.