

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

***РЕФЕРАТ:* «ПРИНЦИПЫ ПЛАНИРОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО
ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ЛИЦА И ШЕИ. ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ. РОЛЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ,
ДЕЗИНТОКСИКАЦИИ, ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ
СРЕДСТВ ИММУНОТЕРАПИИ, ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ
ЛЕЧЕНИЯ КАК СПОСОБОВ РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМ
АБСЦЕССОМ, ФЛЕГМОНОЙ. ЗНАЧЕНИЕ ВЫБОРА
ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА»**

Выполнила: клинический ординатор
кафедры хирургической стоматологии
и ЧЛХ
Бакова Елена Александровна

Рецензент: к.м.н., доцент кафедры
хирургической стоматологии и ЧЛХ
Кан Иван Владимирович

Красноярск, 2023.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3 стр.
Основные принципы комплексного лечения	4 стр.
Хирургическое лечение	6 стр.
Роль антибиотикотерапии, дезинтоксикации, иммунотерапии и физических методов в патогенетической терапии	8 стр.
Значение выбора оперативного доступа	10 стр.
Заключение	11 стр.
Список литературы	12 стр.

ВВЕДЕНИЕ

Среди нозологий челюстно-лицевой области инфекционно-воспалительного характера значительную часть составляют абсцессы и флегмоны. Заболеваемость данными патологиями на современном этапе не имеет тенденции к снижению. Среди госпитализации лиц с инфекционно-воспалительными заболеваниями удельный вес процессов в челюстно-лицевой области составляет от 27,2 до 61% [1].

Высокая частота, особенности клинического течения и тяжесть прогноза во многом определяются топографо-анатомическими особенностями ЧЛО: наличием зубов и разветвленного лимфоидного аппарата, близостью головного мозга, зрительного анализатора, начального отдела пищеварительного тракта и верхних дыхательных путей, возможностью распространения инфекционного процесса вдоль сосудисто-нервных пучков шеи, глотки и пищевода в средостение.

Этиологическим фактором развития инфекционно-воспалительного процесса ЧЛО является микробная инвазия, в 80-95 % случаев локализация первичного очага чаще всего одонтогенная[2].

Флегмона в интересующей нас области вызывает сложную цепь патофизиологических реакций, механизм которых схематично может быть представлен следующим образом. В зоне воспаления увеличивается потребность в энергии, при этом возникает несоответствие между кровоснабжением, кислородным обеспечением и метаболическими потребностями, что при дальнейшем распространении процесса и утяжелении общего состояния, способно привести к перестройке энергетического обмена по менее эффективному и невыгодному для организма пути – анаэробному гликолизу [1].

Исходя из всего вышеперечисленного, можно сделать вывод, что целью лечения больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области является ликвидация инфекционного процесса и полное восстановление нарушенных функций организма. Достигается это проведением целого комплекса хирургических и терапевтических мер.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Различают острую и подострую стадии инфекционно-воспалительного процесса.

Для **острой стадии** характерно нарастание местных проявлений воспалительного процесса в сочетании с общими реакциями организма в виде гипертермии, нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом формулы влево, повышения СОЭ, изменения протеинограммы, повышения уровня IgG, появления в сыворотке крови С-реактивного белка [5].

Принципы лечения данной стадии.

I. Ограничение распространения инфекционно-воспалительного процесса и восстановление гомеостаза:

1. Снижение вирулентности инфекционного источника путем:

а) прекращения поступления из первичного инфекционного очага микроорганизмов, токсинов, продуктов тканевого распада (удаление причинного зуба);

б) удаления из вторичного инфекционного очага микроорганизмов, токсинов и продуктов тканевого распада (раскрытие, дренирование инфильтрата, антисептическая обработка);

в) подавления жизнедеятельности возбудителей заболевания (антибиотикотерапия, антисептическая обработка, ультрафиолетовое бактерицидное облучение).

2. Направленная регуляция иммунологических реакций:

а) проведение гипосенсибилизирующей терапии у больных с гиперергическим типом реакции (противогистаминные препараты);

б) активизация иммунологических процессов в зоне инфекционного очага у больных с гипоергическим типом реакции (гормоны коры надпочечников и их синтетические аналоги);

в) повышение общей иммунологической реактивности организма (пассивная иммунизация введением гипериммунного гамма-глобулина, антистафилококковой плазмы, антигангренозной сыворотки, переливание донорской крови, препараты группы адаптагенов: дибазол, женьшень, элеутерококк, китайский лимонник).

II. Предупреждение необратимых изменений (некроза) тканей, связанных с нарушением микроциркуляции:

1. Устранение повышенного внутритканевого давления и травмы тканей во время оперативного вмешательства (раннее вскрытие и дренирование инфекционного очага, бережное обращение с тканями во время оперативного вмешательства);

2. Улучшение реологических свойств крови (инфузионная терапия);

3. Коррекция гиперкоагулемии (антикоагулянты: гепарин, ацетилсалициловая кислота).

III. Коррекция нарушений обмена веществ и улучшение функции жизненно важных органов и систем:

1. Коррекция нарушений водно-солевого и белкового баланса (обильное питье, парентеральное введение солевых, белковых растворов, противоотечные, противовоспалительные препараты, гормоны коры надпочечников и их синтетические аналоги, мочегонные средства);
2. Улучшение деятельности сердечно-сосудистой системы (аналептики, сердечные гликозиды и т.д.);
3. Устранение нарушений функции дыхательной системы (оксигенотерапия, устранение метаболического ацидоза, трахеостомия (при угрозе асфиксии));
4. Повышение антитоксической функции печени (гепатопротекторы).

После вскрытия абсцессов, если не возникает осложнений, заболевание переходит в **подострую стадию**. Наблюдается стихание местного воспалительного процесса: уменьшается инфильтрация тканей, снижается количество гнойного отделяемого. По мере очищения раны в ней появляется грануляционная ткань. Происходят рубцевание и эпителизация раны. Одновременно ослабевает выраженность общих реакций организма, улучшается самочувствие больного, восстанавливаются нарушенные функции дыхания, глотания, жевания [5].

Принципы лечения подострой стадии.

I. Ускорение заживления операционной раны:

1. Ускорение отторжения некротизированных тканей (местное применение протеолитических ферментов, поверхностно-активных веществ, некрэктомия, обработка раны ультразвуком);
2. Активизация репаративных процессов (воздействие электрическим полем УВЧ, СВЧ, препараты, стимулирующие тканевой обмен - метилурацил, витамины А, В1, В2, С, РР).

II. Ликвидация инфекционного очага с целью предупреждения рецидива заболевания.

1. Подавление жизнедеятельности возбудителей заболевания (антибиотики, общее УФ-облучение);
2. Регуляция специфического и неспецифического иммунитета.

III. Предупреждение и устранение стойкого сведения челюстей

1. Устранение патологических рефлексов (подвисочная тригеминосимпатическая блокада или блокада по Берше-Дубову);
2. Задержка чрезмерного развития рубцовой ткани (ультразвук, электрофорез йодида калия, лидазы);
3. Механотерапия (лечебная физкультура).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Хирургическое лечение при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области является основным методом лечения, осуществляется в условиях стационара, и заключается в хирургической санации гнойного очага, удаление одонтогенной причины заболевания, с соблюдением всех правил асептики и антисептики.

При обращении пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области оперативное вмешательство должно быть проведено экстренно [4].

Необходимо учитывать стадию и характер клинического развития воспалительного процесса, протяженность и распространенность, индивидуальные особенности организма (возраст, наличие сопутствующей патологии, реактивность воспалительного процесса и др.) [4].

Разрезы при абсцессах проводят, как правило, под местной инфильтрационной и проводниковой анестезией. Нельзя вводить раствор анестетика непосредственно в полость гнойного очага, так как это сопровождается сильными болевыми ощущениями, не дает обезболивающего эффекта, а так же может способствовать распространению гноя в соседние анатомические области [3].

Проведение наркоза при вскрытии абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области обладает рядом особенностей и должно выполняться опытным анестезиологом. Общее обезболивание проводят в следующих случаях:

- при наличии аллергической реакции на местные анестетики;
- при лабильности психики больного;
- при непреодолимом страхе больного перед вмешательством;
- при большом объеме хирургического вмешательства [3].

Для обеспечения хорошего оттока экссудата разрез проводят по нижнему полюсу инфильтрата. Послойно рассекают ткани, находящиеся над гнойным очагом, и расслаивают кровоостанавливающим зажимом Микулича или типа «москит». После эвакуации гнойного экссудата, продуктов тканевого распада проводится тщательная инструментальная и пальцевая ревизия по ходу самой раны, со вскрытием всех карманов и затеков. Затем гнойную полость тщательно обрабатывают антисептическими растворами [3]. Оптимальное дренирование обеспечивает полноценный отток раневого экссудата, создает наилучшие условия для скорейшего отторжения погибших тканей и переход процесса фазы воспаления в фазу регенерации. В настоящее время существуют два вида дренирования: пассивное и активное. Пассивное дренирование осуществляется за счет двух механизмов: первое основано на действии силы земного притяжения, второе – на капиллярных свойствах материала дренажа, всасывающего раневой экссудат. Основным средством в качестве пассивного дренажа являются перчаточные ленточные дренажи и трубчатые полихлорвиниловые дренажные трубки различной конфигурации. В настоящее время эффективно применение методов активного

дренирования: проточно-промывное, проточно-аспирационное, аспирационнопрограммируемое. Особенно показано применение проточно-аспирационного дренирования в случае высокого уровня микробной обсемененности раневой полости, наличия в ране анаэробной инфекции, а также массивных участков гнойно-некротических тканей [4]. Последним этапом выполняется накладывание стерильной марлевой повязки.

Первую перевязку проводят на следующий день после операции. Гнойную рану промывают антисептическими растворами, обладающими широким спектром антибактериального действия: хлоргексидином, Йодопираном, повидон-йодом (Бетадином), гидроксиметилхиноксалиндиоксидом (Диоксидином). Можно использовать поверхностно-активные антисептики: диметилсульфоксид, этилендиаминтетрауксусную кислоту. Эффективен диализ антисептиками с использованием протеолитических ферментов: трипсина, химопсина, химотрипсина. Туалет и перевязка послеоперационной раны проводятся ежедневно до полного заживления или наложения вторичных швов.

РОЛЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ, ДЕЗИНТОКСИКАЦИИ, ИММУНОТЕРАПИИ И ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В последние десятилетия все большее число исследователей патогенеза развития острых гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ и шеи важную роль отводят синдрому эндогенной интоксикации (ЭИ) организма. ЭИ – многокомпонентный процесс, характеризующийся токсическим действием на организм конечных и промежуточных продуктов метаболизма. Характерными чертами для синдрома ЭИ при гнойно-воспалительных заболеваниях являются: стадийность, обильное поступление токсических веществ из воспалительного очага в кровеносную, лимфатическую систему организма, а также в интерстициальную жидкость [2].

Пусковым фактором в развитии ЭИ являются бактериальные экзо- и эндотоксины, поэтому в комплексное лечение флегмон всегда должна быть включена антибиотикотерапия.

Активная дезинтоксикация организма чаще всего осуществляется в виде инфузионной терапии. Основными патогенетическими задачами инфузионной терапии у больных с одонтогенными воспалительными процессами являются: устранение гиповолемии, улучшение микроциркуляции, восстановление адекватной тканевой перфузии, нормализация клеточного метаболизма, коррекция расстройств гомеостаза, реологических свойств крови, снижение концентрации воспалительных медиаторов и эндотоксинов в крови. Так же компонентом дезинтоксикационной терапии должна являться контролируемая гемодилюция, которая включает регидратацию и стимуляцию естественной детоксикации – форсированный диурез [4].

Доказана эффективность применения терапии, направленной на повышение неспецифической резистентности при лечении воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Для этих целей рекомендовано применение Продигозана. Данный препарат вызывает в первые часы — некоторое угнетение показателей иммунитета, лейкопению, а затем (от 24—48 час. до 4—7 сут.) активизирует факторы иммунобиологической защиты – лейкоцитоз, значительную стимуляцию фагоцитоза, клеточного метаболизма и процессов кооперации иммунокомпетентных клеток, повышение уровня лизоцима, интерферона, иммуноглобулинов, бактерицидной активности сыворотки крови. С целью стимуляции ретикулоэндотелиальной системы рекомендовано использовать метилурацил [4].

За последние десятилетия в лечении гнойных ран широкое распространение получил медицинский озон. Включение озонотерапии в хирургическое лечение одонтогенных флегмон ЧЛЮ оказывает достоверное позитивное влияние на все механизмы иммунной защиты, модулируя систему гуморального иммунитета, способствуя увеличению функциональной активности Т- и В-лимфоцитов, повышению резервных возможностей клеток моноцитарномикрофагальной

системы, повышению антиокислительной активности и ферментативного звена антиоксидантной защиты с нормализацией процессов пероксидации [2].

К числу физических факторов, оказывающих положительное воздействие на течение раневого процесса, относятся электрические импульсы. Электрический ток улучшает кровоснабжение раны, улучшает процессы регенерации, обладает противовоспалительным действием, снижает антибиотикорезистентность микрофлоры. Противопоказанием к применению электрических импульсов является опухолевый процесс в организме [2].

Известно, что одной из ведущих причин затяжного течения воспалительных процессов, усугубляющих общее состояние организма, является тканевая гипоксия. Именно поэтому терапия с использованием гипербарической оксигенации получила широкое распространение в клинической практике. Поступающий под давлением кислород обладает противовоспалительным действием, ускоряет репаративные процессы, улучшает васкуляризацию органов и тканей, оказывает противоотечное действие [2].

Еще в 70–80-е годы XX века ученые стали активно исследовать влияние ультразвуковой волны на организм человека. В общей хирургии широко используется контактная ультразвуковая обработка гнойных ран через какой-либо промежуточный раствор. Ультразвук способствует рассасыванию инфильтратов, стимулирует повышение уровня неспецифической защиты, улучшает микроциркуляцию, оказывает положительное воздействие на формирование послеоперационного рубца [2].

Таким образом, несмотря на множество предложенных методов лечения флегмон ЧЛО и шеи, ни один из них не является универсальным, чем и обусловлена необходимость комплексного подхода.

ЗНАЧЕНИЕ ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА

При выборе оптимального оперативного доступа для вскрытия и хирургической обработки абсцессов и флегмон учитывают локализацию гнойного очага относительно естественных складок лица и расположения ветвей лицевого нерва, эстетические и функциональные последствия операции. Однако размеры разрезов должны быть достаточными для полноценного дренирования гнойного очага [3].

Вскрытие очага осуществляется либо наружным доступом со стороны кожных покровов, либо – внутриротовым. При выборе оперативного лечения предпочтение следует отдавать тому методу, при использовании которого:

- путь к гнойному очагу будет наиболее кратким;
- при рассечении тканей на пути к гнойному очагу опасность повреждения органов и важных в функциональном отношении структур (сосудов, нервов) наименее вероятна;
- обеспечиваются лучшие условия для оттока гнойного экссудата;
- послеоперационный рубец на коже лица и шеи малозаметен [4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализирую все сказанное выше, можно сделать вывод, что успех лечения данной категории больных всегда будет определяться своевременным качественным хирургическим вмешательством, а также эффективной комплексной терапией направленной на коррекцию нарушенного гомеостаза и стимуляцию репаративных функций организма.

Все перечисленное подтверждает необходимость продолжения научных исследований по вопросам совершенствования систем прогнозирования, диагностики и тактики лечебно-реабилитационных мероприятий инфекционно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи и их осложнений, а также активного внедрения полученных результатов, что позволит повысить качество оказания специализированной помощи пациентам указанной категории.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кабанова А. А. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области: учебно-методическое пособие // А.А. Кабанова, И.О. Походенько-Чудакова, С.А. Кабанова. – Витебск, ВГМУ – 2023. – 72 с.
2. Недосейкина Т.В., Глухов А.А., Коротких Н.Г. Современные направления комплексного лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 4-3. – С. 641-646.
3. Афанасьев, В. В. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области и шеи. Атлас: учебное пособие // В. В. Афанасьев, О. О. Янушевич, Б. К. Ургуналиев. – Москва: ГЭОТАР-Медиа – 2022. – 120 с.
4. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации при абсцессах кожи лица. Флегмоны лица. Флегмоны и абсцессы полости рта. – 2016г.
5. Интернет-портал Studfiles. Принципы планирования комплексной терапии у больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области.