**ОДОНТОГЕННАЯ ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА ДНА ПОРОСТИ РТА, ШЕИ, ОСЛОЖНЕННАЯ МЕДИАСТИНИТОМ И СЕПСИСОМ**

**КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ**

А.А. Дрегалкина, Е.Э. Абель

Кафедра хирургической стоматологии, отоларингологии и челюстно-лицевой хирургии Уральский государственный медицинский университет Екатеринбург, Россия

**Аннотация.** В статье описано клиническое наблюдение развития контактного медиастинита и тяжелого сепсиса на фоне одонтогеной флегмоны дна полости рта.

**Ключевые слова:** флегмоны лица и шеи, медиастинит, сепсис

**Введение**

Медиастинит является одним из наиболее опасных осложнений острой одонтогенной инфекции. Несмотря на успехи современной хирургии, разработку и внедрение новых методов и средств антибактериальной терапии, проблема диагностики и лечения острого одонтогенного медиастинита на сегодняшний день сохраняет свою актуальность. Для острого медиастинита характерно быстрое распространение деструктивно-воспалительного процесса по клетчаточным пространствам шеи и средостения, без тенденции к отграничению. Это определяет исключительную тяжесть течения и высокую летальность заболевания. Трудности ранней диагностики связаны со стертостью клинической картины, симптомы стушевываются воспалительным процессом в области шеи и теряют свою специфичность.

По литературным данным одонтогенная инфекция осложняется острым гнойным медиастинитом с частотой от 0,3 до 1,73% [4, с. 97]. Среди причин развития вторичного острого медиастинита первое место занимают флегмоны шеи одонтогенного происхождения [1, с. 249]. Частота прижизненной диагностики острого одонтогенного медиастинита, по данным литературы, составляет 20,5–50,0% [2, с. 74]. Летальность от острого медиастинита варьирует и достигает от 14 до 70% и более [3, с 64; 5, с. 76].

***Пациент М. 38 лет.*** Поступил в отделение ЛОР+ЧЛХ СОКБ № 1 6.12.2017г. с жалобами на боль и отек поднижнечелюстной области справа, шеи. Боль в грудной клетке, затрудненное дыхание, болезненное глотание и открывание рта.

Анамнез заболевания: Считает себя больным в течение 5 дней (с 1.12.2017г), когда впервые почувствовал боль в зубах нижней челюсти справа. За помощью не обращался, боль нарастала, через два дня появился отек в поднижнечелюстной области, который постепенно увеличивался, появилась боль при глотании, ограничение открывания рта, повышение температуры тела до 38 С.

5. 12. 2017г обратился к стоматологу по месту жительства. С диагнозом: «Одонтогенная флегмона дна полости рта» направлен в неотложном порядке в СОКБ №1.

Из анамнеза жизни: гипертоническая болезнь 2ст., 3ст., риск 3. Аллергия на «Мовалис» по типу крапивницы.

Объективно: состояние тяжелое, положение вынужденное (сидит, наклонившись вперед), отмечается одышка, осиплость голоса. Кожа бледная, холодная.

Местный статус: Отек мягких тканей поднижнечелюстной области справа, передней и боковой поверхности шеи справа, кожа над этими участками не гиперемирована, нормальной температуры, при глубокой пальпации определяется резкая болезненность под углом нижней челюсти справа и по переднему краю кивательной мышцы справа. Яремная вырезка сглажена за счет отека, пальпация над ней болезненна. Открывание рта менее 1 см, осмотр полости рта затруднен. Определяется разрушение коронковой части 4.7. зуба.

На КТ мягких тканей шеи, органов грудной клетки и средостения (рис. 1) определяется выраженная инфильтрация мягких тканей поднижнечелюстной области справа, каротидного пространства шеи справа, неоднородная за счет жидкостного компонента, процесс распространяется в средостение в виде тонкой плоски жидкости по задней поверхности грудины (11х22х88 мм) и умеренной инфильтрации и отека жировой клетчатки всех отделов средостения. Увеличены в количестве и размере поднижнечелюстные, боковые шейные лимфатические узлы справа до 12х23 мм.

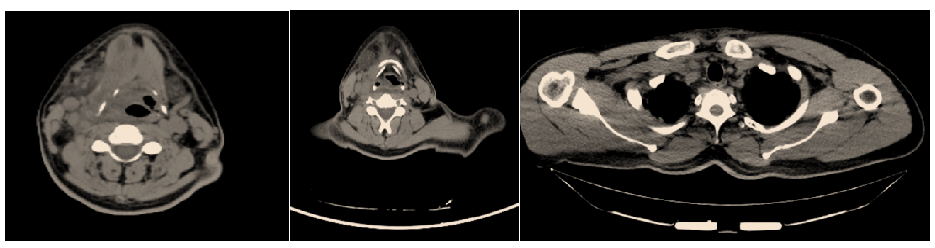


Рис. 1. КТ шеи и средостения пациента М. при поступлении

***Заключение:*** Флегмона поднижнечелюстной области, глубоких клетчаточных пространств шеи справа. Медиастинит (преимущественно передний), лимфаденопатия поднижнечелюстных и боковых шейных лимфатических узлов справа.

В общем анализе крови – умеренно выраженный лейкоцитоз, в биохимическом анализе значительное повышение мочевины, креатинина и СРБ (рис. 2.), указывает на выраженный уровень интоксикации организма.

|  |
| --- |
| D:\temp\Rar$DIa0.858\IMG_4263.JPG |
| Рис. 2. Данные биохимического исследования пациента М. при поступлении |

Учитывая данные клинического обследования, а также результаты рентгенологических и лабораторных исследований, пациенту поставлен диагноз: Флегмона поднижнечелюстного, окологлоточного пространства, глубоких клетчаточных пространств шеи, передний медиастинит.

В неотложном порядке проведена операция: Трахеостомия. Вскрытие и дренирование очага воспаления в мягких тканях поднижнечелюстного, окологлоточного пространств. Медиастинотомия по Разумовскому справа и слева. Удаление зуба 4.7.

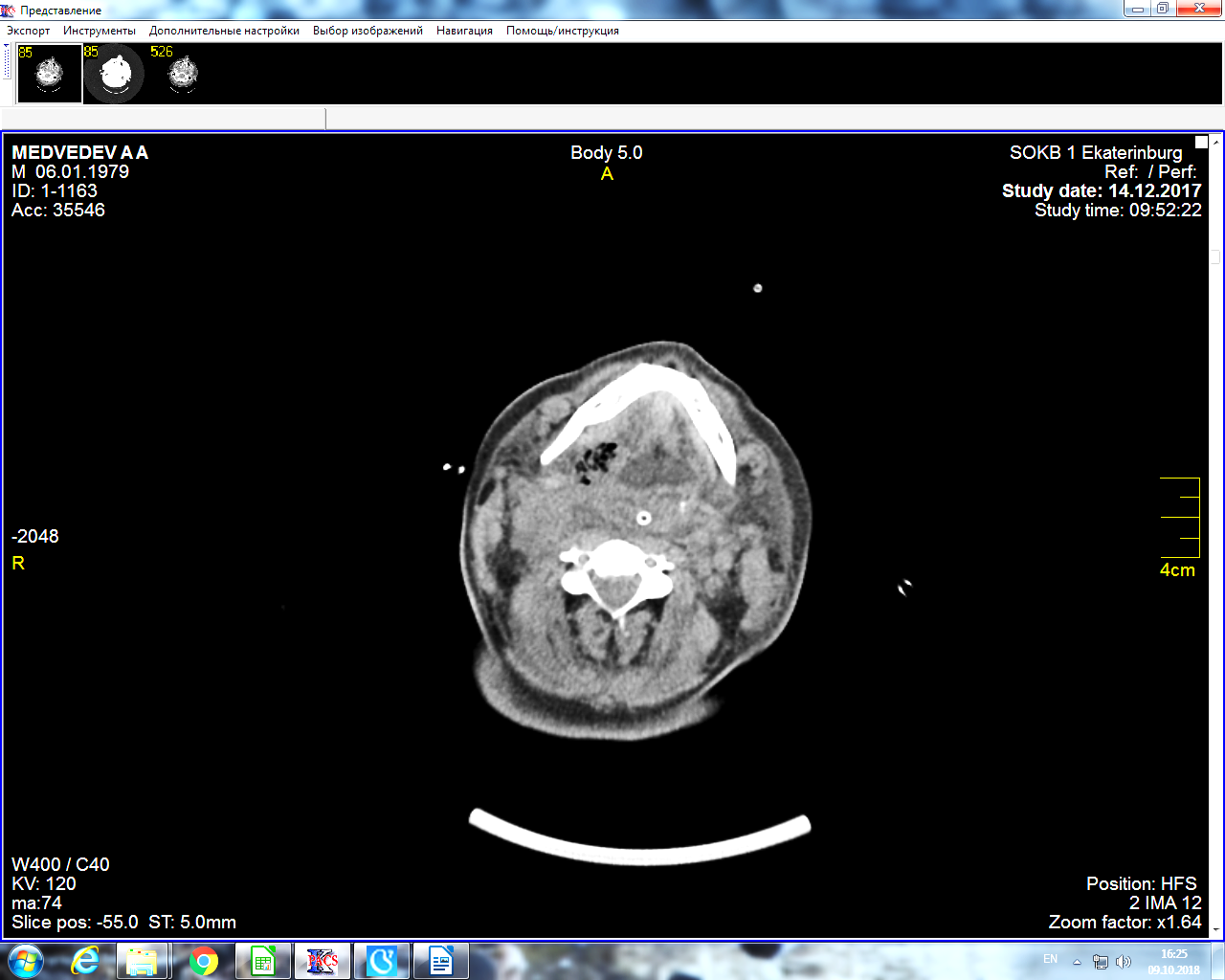
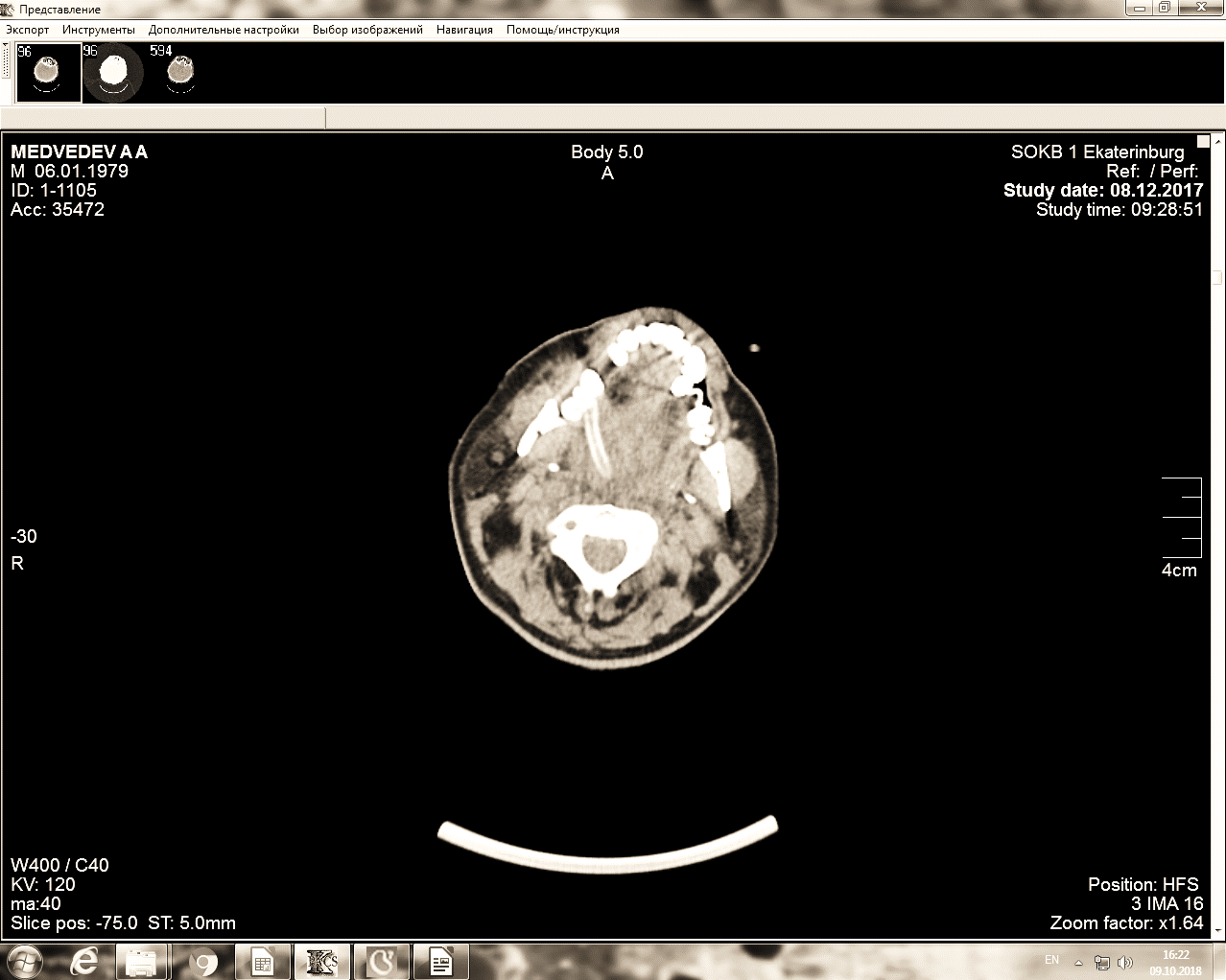
В ходе операции получено 5 мл гнойного экссудата при ревизии окологлоточного пространства справа, в боковом глубоком пространстве шеи и переднем верхнем средостении обнаружены некрозы, ткани серые, получено до 10 мл гнойно-геморрагического содержимого с характерным неприятным запахом. Установлен активный трубчатый дренаж. По предпозвоночной фасции книзу пройдено в заднее средостение, получено большое количество гнойного экссудата, туалет раны, дренаж.

Больному назначено комплексное лечение, находиться в РАО для проведения интенсивной терапии.

На 3-4 сутки состояние пациента без положительной динамики. Отмечается интермиттирующий характер температурной кривой с резким повышением в вечерние часы и снижением до нормы утром (рис. 3).

Рис. 3. Средние показатели температуры тела пациента М.

На КТ от 11.12.2017г.(рис. 4): мягкие ткани шеи утолщены, отечны, утолщена клетчатка превертебрального пространства, плотность ее снижена, в просвете трахеи над трахеостомической трубкой большое количество жидкостного содержимого. Средостение расширено, в переднем средостении сохраняется содержимое с толщиной прослойки 25-28 мм. Ретростернально отграничеснное скопление содержимого 60х76х28 мм. В плевральных полостях жидкостное содержимое, толщина слоя 37-40 мм.



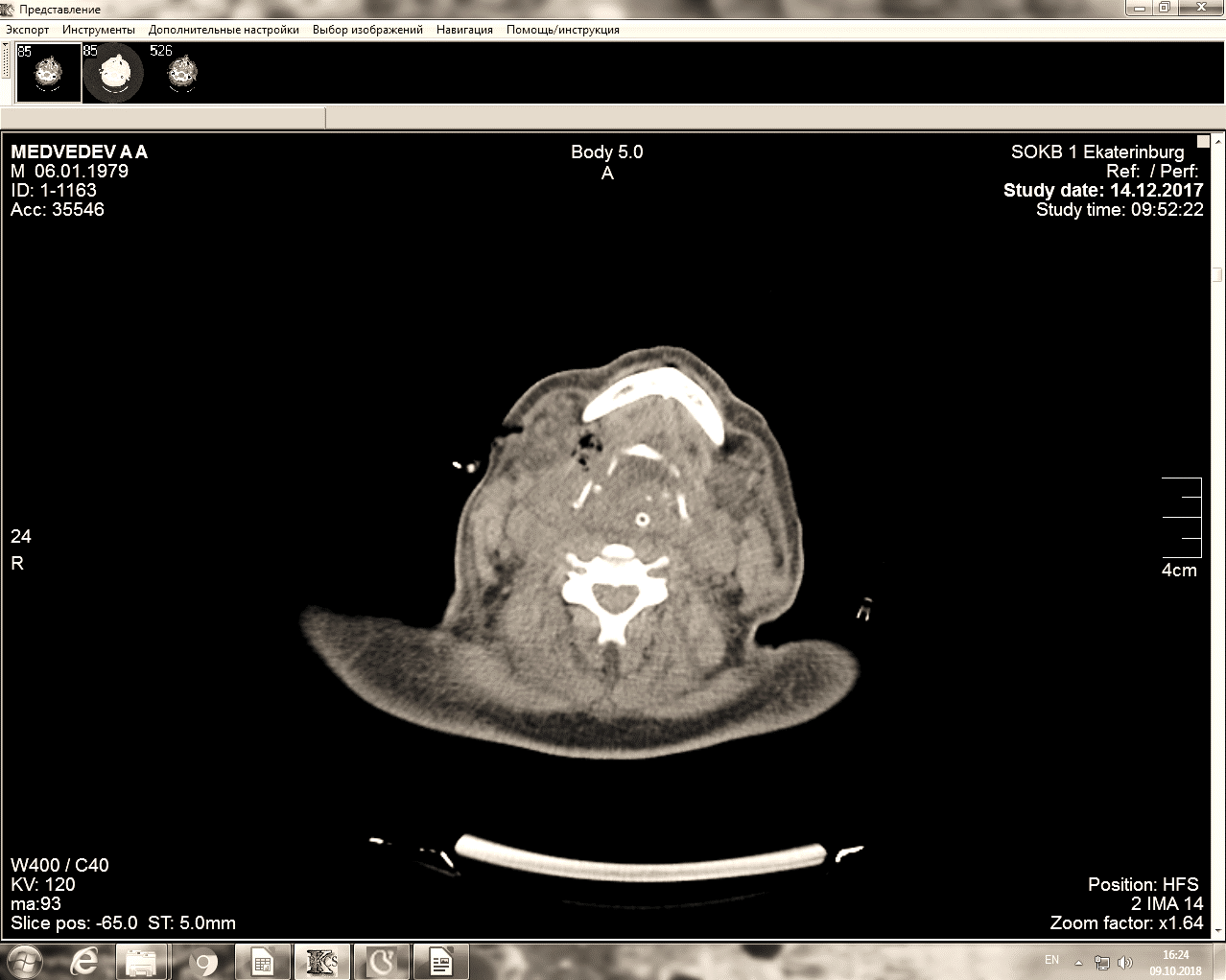
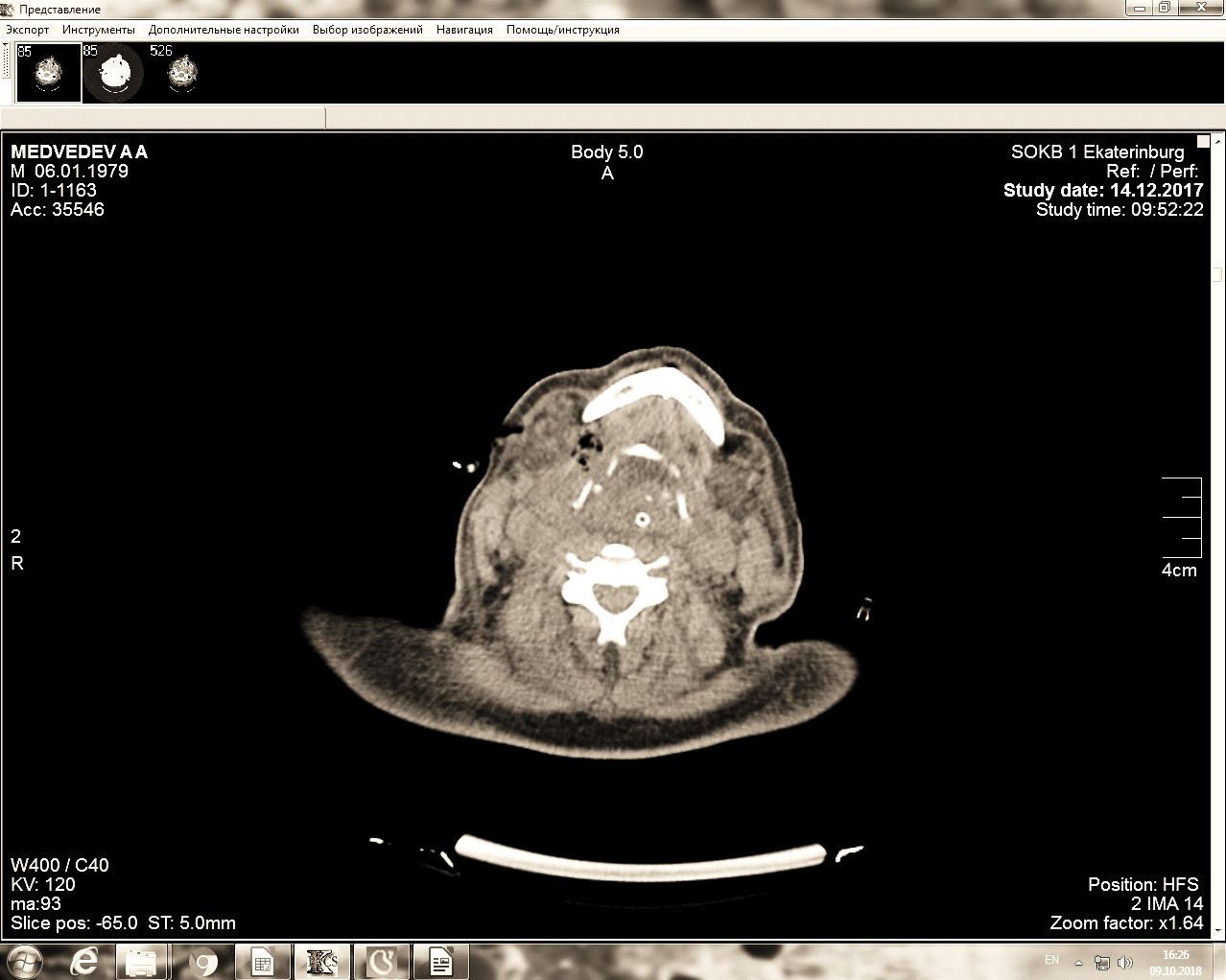


Рис. 4. КТ шеи и средостения пациента М. в динамике (на 4 сутки после операции)

***Заключение:*** дренированная флегмона шеи. Медиастинит верхнего и среднего этажей средостения. Двусторонний гидроторакс. Компрессионные ателектазы задне-базальных сегментов легких. Количество содержимого в переднем средостении в сравнении с КТ от 12.12.2017г. увеличилось.

Больному проведена ревизия и санация глубоких клетчаточных пространств шеи, окологлоточного пространства, переднего и заднего верхнего средостения, произведено пункционное дренирование плевральной полости справа и слева, наложен дренаж по Бюлау.

На диаграмме (рис. 5) представлена динамика основных лабораторных показателей пациента М. Отмечается умеренное повышение лейкоцитов, за счет палочкоядерных форм. Отчетливо видны признаки нарастающей анемии, снижение общего белка за счет его альбуминовой фракции, повышение креатинина и мочевины в сыворотке крови. Все это может быть прогностическими показателями развивающегося септического процесса.

Рис. 5. Динамика основных лабораторных показателей пациента М.

Учитывая прогрессирование процесса, отрицательную динамику состояния пациента, лабораторных показателей, рентгенологической картины, распространение процесса на задние отделы, а также средний и нижний этажи средостения, на 5 сутки пребывания в стационаре пациент переведен в отделение гнойной хирургии.

В отделении гнойной хирургии пациент находился еще 28 дней. За это время пациенту проведено еще 5 операций ревизии ран шеи, средостения, этапные некрэктомии. Несмотря на активную антибактериальную и интенсивную терапию в условиях реанимационного отделения у больного развился тяжелый сепсис, с положительными результатами бактериологического анализа крови.

Выделена синегнойная палочка. Резистентная практически ко всем антибактериальным препаратам и золотистый стафилококк, чувствительный к большинству антибактериальных препаратов.

22.12.2018г. (на 16 сутки) пациент переведен из РАО. Появилась положительная динамика по состоянию пациента, послеоперационных ран, лабораторным и рентгенологическим данным (рис. 6).

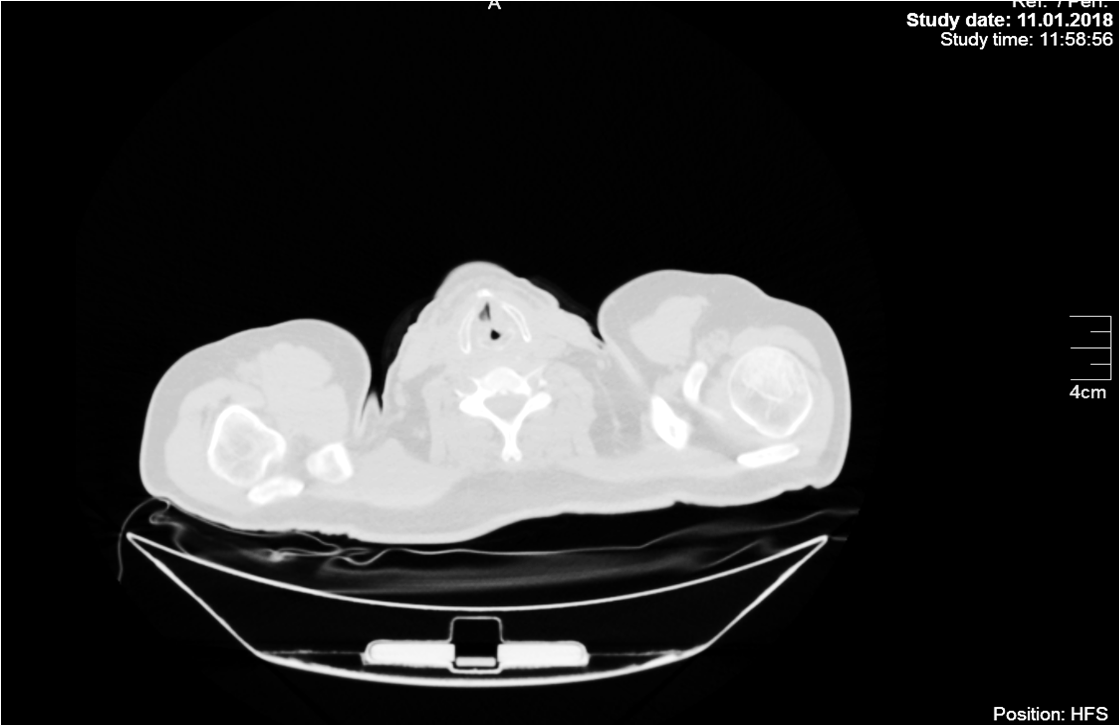


Рис. 6. КТ шеи и средостения пациента М. (30 сутки после операции).

Сохраняется тяжистость жировой клетчатки переднего средостения слева без жидкостного компонента и признаков деструкции. Регресс воздушных полостей. В заднем средостении без особенностей.

***Заключение:*** положительная динамика изменений мягких тканей шеи и средостения.

10.01.2018г. – операция наложение вторичных хирургических швов с пластикой местными тканями.

***Клинический диагноз:***

***Основной:*** Одонтогенная прогрессирующая гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта и шеи.

***Осложнения основного диагноза:*** Передний верхний медиастинит. Задний верхний медиастинит. Тяжелый сепсис.

***Сопутствующий:*** Гипертоническая болезнь 2ст. 3 ст. риск 3.

Пациент провел в стационаре 40 дней. Пациент выписан с выздоровлением.

Данный клинический случай показывает вероятность развития тяжелых осложнений одонтогенной инфекции. Быстрое прогрессирование гнилостно-некротического воспалительного процесса мягких тканей лица и шеи, способствует распространению на ткани средостения, развитию сепсиса. Использование рентгенологических, лабораторных, микробиологических исследований в режиме мониторинга, позволяет своевременно применить активную лечебную тактику и избежать летального исхода.

Литература:

1. Новый способ дренирования заднего средостения при флегмонах шеи осложнённых медиастинитом / А.Г. Высоцкий, Д.В. Вегнер, В.В. Тахтаулов и др. // Актуальные проблемы современной медицины. Вестник Украинской медицинской стоматологической академии. – 2009. – Т.9, №1. – С.248-250.

2. Столяров С.И. Превентивная медиастинотомия при нисходящем одонтогенном медиастините / С.И. Столяров, В.В. Данилов // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2017. – №2(66). – С.74–76.

3. Тактика хирургического лечения больных острым медиастинитом / С.В. Доброквашин, Р.Р. Мустафин, А.Г. Хакимов и др. // Вестник современной клинической медицины. Научные статьи. – 2014. – Т.7, №2. – С.64-67.

4. Тотальный одонтогенный медиастинит как осложнение гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта / И.М. Юлдашев, Б.К. Ургуналиев, А.А. Ашиналиев // Тихоокеанский медицинский журнал. Наблюдения из практики. – 2011. – №3. – С.97-98.

5. Чикинев Ю.В. Оптимизация диагностики и лечения больных вторичным острым медиастинитом различной этиологии / Ю.В. Чикинев, Е.А. Дробязгин, Т.С. Колесникова // Сибирский научный медицинский журнал. – 2015. – Т.35, №1. – С.76-79.

**(© А.А. Дрегалкина, Е.Э. Абель, 2019)**