



ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ анаэробной неклостридиальной хирургической инфекции мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи

А.А.Оганесян

• к.м.н., челюстно-лицевой хирург, старший преподаватель кафедры стоматологии медицинского факультета, Белгородский государственный университет
Адрес: 308007, г. Белгород, ул. Некрасова, 8/9, Областная клиническая больница, отделение челюстно-лицевой хирургии
Тел.: 8 (4722) 50-42-59
E-mail: oganecyan@rambler.ru

Б.В.Трифонов

• д.м.н., зав. кафедрой стоматологии, Белгородский государственный университет
Адрес: 308805, г. Белгород, ул. Преображенская, 56, Стоматологическая поликлиника №1
Тел.: 8 (4722) 27-43-26
E-mail: stom-1@belmail.ru

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Настоящая работа посвящена изучению качественного и количественного состава возбудителей АНХИ у больных с челюстно-лицевой патологией, разработке алгоритмов диагностики и лечения больных с АНХИ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В отделении челюстно-лицевой хирургии Белгородской ОКБ произведен анализ лечения 122 больных с одонтогенной анаэробной неклостридиальной инфекцией за период с 2001 по 2008 гг. Все больные разделены на две клинические группы. Основная — 58(47,5%) больных, которые находились на лечении с 2004-2008 гг., и группа сравнения — 64(52,5%) больных, находившихся на лечении с 2001-2003 гг. Процесс диагностики был аналогичным в обеих группах и включал трехэтапный алгоритм исследований: общеклинические методы; лабораторные и биохимические тесты; инструментальная диагностика (УЗИ, R-графия, СКТ). Исходный уровень микробной обсемененности у больных основной группы определяли в 1г некротизированных тканей, иссекаемых во время операции на глубине не менее 1см ва-

Распределение больных в соответствии с формой гнойной инфекции представлено в табл. 3.

У 12 (20,7%) больных основной группы в программу комплексного лечения были включены методы экстракорпоральной детоксикации: плазмаферез, гемосорбция, гемодиализация.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОБСУЖДЕНИЯ

Наши данные свидетельствуют как о позднем обращении пациентов к хирургу, так и о запоздалой диагностике АНХИ на амбулаторном этапе и даже в стационаре. Пятнадцать больных (12,7%!) до установления диагноза НАИ в течение нескольких дней лечились амбулаторно или в других стационарах Воронежской, Белгородской, Курской, Сумской (Украина) областей, причем правильный диагноз был поставлен в течение первых 3-х суток у 12,8% больных при тяжелом, и у 16,2% — при среднетяжелом течении процесса. Скудость локальных изменений и невозможность адекватной оценки функционирования систем гомеостаза в амбулаторных условиях приводили к тому, что больные, обратившись к стоматологу по

Резюме. Проведен анализ 122 случаев лечения неклостридиальных анаэробных флегмон лица и шеи и их осложнений, определен преобладающий состав микрофлоры, вызывающей воспалительные процессы челюстно-лицевой области и шеи. Предложены алгоритмы диагностики и лечения заболеваний, вызванных неклостридиальной анаэробной инфекцией.

Ключевые слова: неклостридиальный, анаэробный, инфекция.

Diagnosics and treatment of the anaerobic non-clostridial inflammations maxillofacial region and neck (A.A.Oganecyan, B.V.Trifonov).

Summary. 122 cases of treatment of non-clostridial anaerobic phlegmons of the maxillofacial and neck area and their complications were analyzed. The prevailing structure of the microflora causing inflammatory processes of maxillofacial area and a neck is defined. New algorithms of diagnostics and treatment of non-clostridial anaerobic infection are offered

Key words: non-clostridial, anaerobic, inflammations.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анаэробные некротические заболевания мягких тканей характеризуются особой тяжестью клинического течения и сопровождаются высокой летальностью, достигающей 50% и более [1, 3, 5]. В первую очередь это относится к анаэробной неклостридиальной хирургической инфекции (АНХИ) мягких тканей головы и шеи, скудно освещенной в отечественной литературе. Редкие публикации не могли изменить ситуацию в лучшую сторону, и большинство врачей, практикующих в поликлиническом и госпитальном звене, до сих пор не могут избежать диагностических ошибок [2, 4].

■ Таблица 1. Распределение больных с АНХИ лица и шеи в основной и группе сравнения, в соответствии с локализацией воспалительного процесса, n=122

Нозология, локализация	Количество больных основ. группы (n=58)	Количество больных контр. группы (n=64)
Флегмона дна полости рта, языка	20 (16,4%)	31 (25,4%)
Околочелюстные флегмоны	8 (6,5%)	14 (11,4%)
Флегмоны шеи	19 (32,7%)	15 (12,3%)
Контактный медиастинит	9 (7,4%)	4 (3,3%)
Флегмона орбиты, тромбоз кавернозного синуса	2 (1,6%)	-
Всего:	58 (47,5%)	64 (52,5%)

куум-мандреном, исключая аэроконтакт инцизируемого биологического материала. После десятикратного разведения в бескислородных условиях, проводили высевание микроорганизмов на питательные среды для культивирования (Hektoen enteric agar, Haenel agar, Schaedler anaerobe agar, маннитол-солевой агар и питательную среду для контроля стерильности). Каждое исследование проведено 2 раза (посев в двух чашках). Использовались баканализатор "Vitek 32" (Франция) и анаэростат "SANYO MCO 15-AC" (Япония).

Количественная характеристика больных по нозологическим формам и локализации воспалительного процесса представлена в табл. 1.

Для адекватной оценки тяжести состояния больных использовали международную систему SAPS (табл. 2).

■ Таблица 2. Распределение больных по тяжести течения острого воспалительного процесса по SAPS

Группы	Легкая (до 7 баллов)	Средняя (до 12 баллов)	Тяжелая (более 12 баллов)
Основная	12 (20,7%)	29 (50%)	17 (29,3%)
Сравнения	14 (21,9%)	27 (42,2%)	23 (35,9%)

■ Таблица 3. Количественная характеристика больных в клинических группах в соответствии с формой гнойной инфекции

Группы	Местная форма	Генерализованная форма	Всего
Основная	41 (33,6%)	17 (13,9%)	58 (47,5%)
Сравнения	41 (33,6%)	23 (18,9%)	64 (52,5%)

месту жительства, получал консультацию, заключающуюся в назначении обезболивающих препаратов, антибиотиков per os, жаропонижающих средств. Признаки эндогенной интоксикации нарастали, что приводило к явлениям токсической энцефалопатии. Пациенты доставлялись в приемное отделение в крайне тяжелом состоянии с признаками эндотоксемии, выраженной тахи- или брадикардией, гектической температурой, рефрактерной гипотензией, тахипноэ, олигоанурией. Ошибки диагностики в лечебных учреждениях были обусловлены недостаточной информированностью практических врачей об АНХИ челюстно-лицевой области в целом и возможности развития стертых клинических проявлений заболевания в частности. И лишь ухудшение состояния больных или бурное прогрессирование местного процесса заставляло заподозрить это заболевание.

Спектр неклостридиальных анаэробов, участвующих в воспалительном процессе, был достаточно велик. Ведущее зна-

отмечались лишь ее плотный отек, умеренная гиперемия без четкой отграниченности процесса, пальпация зон предполагаемого поражения не вызывала выраженной болевой реакции. Такая маскировка воспалительного процесса, как правило, не отражала истинный объем поражения подлежащих тканей. Объем хирургического вмешательства заключался в радикальной хирургической обработке с максимально возможным иссечением некротизированных тканей.

При ревизии вовлеченных в процесс клетчаточных пространств макроскопически выявлялись признаки гнилостно-некротического поражения мягких тканей. Мышцы — буровато-черного цвета, имели вид “вареного мяса”, легко расслаивались. Наличие бурого экссудата, свободно стекающего в рану, расплавленные грязно-серые участки мышц и фасций интраоперационно подтверждали присутствие неклостридиальных анаэробов.

Следует отметить, что при ревизии зон, прилежащих к сосудам мелкого калибра, не

программы с определением ЦИК, фагоцитоза, стадий дифференцировки и активации клеток проводились через каждые трие суток. Нами использован метод лазерной проточной цитометрии. (Аппарат Векман Coulter Internacional). *Антиоксидантная терапия.* Внутривенная озонотерапия (5-7 процедур), внутривенные инфузии 400 мг мексидола на 200 мл изотонического раствора хлорида натрия, 1 раз ежедневно в течение 9 суток. Коррекция гемореологических нарушений, кардиопротекция. Контроль кислотно-щелочного баланса и ежедневное определение уровня электролитов крови (учитывая проведение гемофильтрации, функционирование проточно-аспирационной дренажной системы, объемный диализ ран с большой поверхностью). Рентгенологический контроль или компьютерная томография органов грудной клетки в динамике. Внутривенная гиперalimentation (липофундин МСТ/ЛСТ 20% BRAUN) с дальнейшим переходом на зондовое энтеральное питание (клинипит, нутризон и др.). *Местное лечение ран* (этапные некрэктомии радикальпелем Сургитрон, вульнеросорбция, мазевые повязки: левомиколь, диксиколь и др.)

Подводя итог, необходимо отметить, что осложнения в основной группе развились у 5 (8,6%) больных, в четырех случаях (6,8%) — развитие острой дыхательной недостаточности (после экстубации) и в одном (1,7%) наблюдении — аррозивное кровотечение на фоне полиорганной недостаточности. Умерло в этой группе 3 (5,2%) больных. Среди больных, находящихся на лечении до 2004 г. (группа сравнения — 64 человек), осложнения развились у 11 (17,2%) больных. В этой группе умерло 6 (9,3%) больных.

ВЫВОДЫ

1. Патогенетически обоснованный подход к лечению больных с одонтогенной неклостридиальной анаэробной инфекцией тканей лица и шеи в зависимости от характера течения и формы заболевания позволяет снизить число осложнений, уменьшить летальность и улучшить результаты лечения.
2. Комплексный алгоритм обследования позволяет наиболее быстро и адекватно верифицировать диагноз одонтогенной анаэробной неклостридиальной инфекции, форму заболевания и прогнозировать объем лечебных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Губин М.А. Анализ результатов диагностики и лечения сепсиса у стоматологических больных / М.А.Губин, Ю.М.Харитонов, Н.Л.Ельцова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах: журнал практической и теоретической биологии и медицины РАЕН им. Вернадского. - М. - 2004. - Том 3, №1. - С. 57-60.
2. Кузьмин Ю.В. Диагностика и лечение анаэробной неклостридиальной инфекции мягких тканей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук - Минск, 2001. - 20 с.
3. Одонтогенные воспалительные заболевания: Руководство для врачей. / Под ред. Т.Г.Робустовой. - М., - 2006. - 664 с.
4. Робустова Т.Г. Динамика частоты и тяжести одонтогенных воспалительных заболеваний за 50 лет (1955-2004). // Стоматология. - 2007. - №3. - С. 63-66.
5. Серажим О.А. Комплексное лечение анаэробной неклостридиальной инфекции мягких тканей: Дис. ... канд. мед. наук - М., 2004. - 135 с.

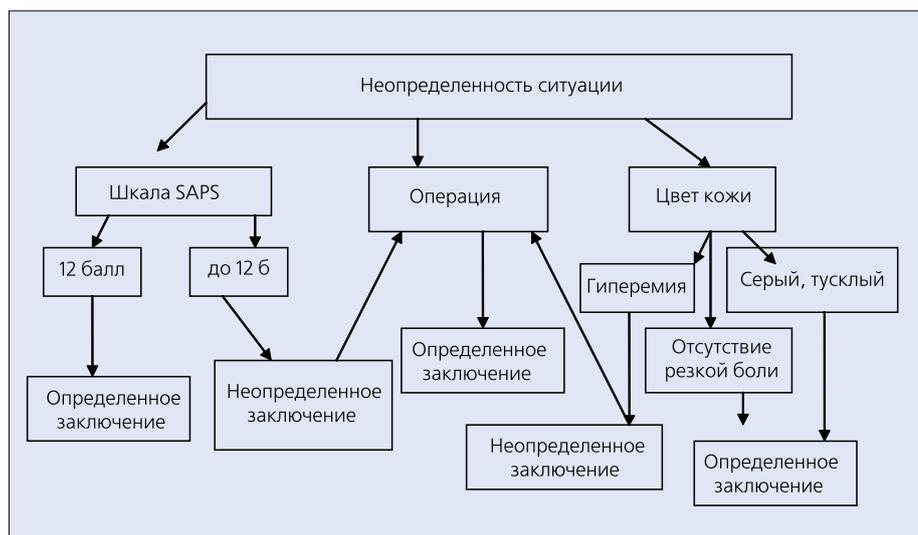


Рис. 1. Алгоритм диагностической программы АНХИ мягких тканей головы и шеи

чение имели *Peptostreptococcus anaerobius* (22,1%), *Fusobacterium necroforum* (18,0%) и *Prevotella melaninogenica* (13,9%), *Peptococcus anaerobius* (12,3%). В 54,2% отмечалась комбинация возбудителей. При этом наблюдались различные, практически не повторяющиеся аэробно-анаэробные ассоциации.

Местные проявления заболевания характеризовались полным соответствием с нозологической формой, локализацией и распространенностью воспалительного процесса. Лечение проводилось по общепринятой программе комплексного лечения хирургической инфекции. В качестве основных хирургических вмешательств использовали метод открытой дренирующей операции с последующей интенсивной послеоперационной терапией.

У всех наблюдавшихся нами пациентов основной группы с генерализованной формой анаэробной неклостридиальной инфекции, в отличие от “классического” начала гнойно-воспалительного процесса, не наблюдалось ярко выраженных локальных изменений в виде воспалительной инфильтрации тканей, гиперемии, локальной гипертермии, асимметрии вследствие экссудативных процессов. Кожа над зоной поражения была мало изменена,

отмечалось кровотечение даже при их вероятном пересечении. Наблюдался некроз стенок и тромбирование сосудов, вследствие чего дифференцировать их от окружающих тканей было весьма затруднительно. Иссекались инфицированные некротизированные ткани до чистых, здоровых, интенсивно кровоснабжаемых мягких тканей, чтобы остановить инфекционный процесс. Предлагаемый нами алгоритм диагностики анаэробной неклостридиальной хирургической инфекции представлен на рис. 1.

Программа комплексного лечения больных основной группы с генерализованной формой течения:

Антибактериальная терапия. При отсутствии антибиотикограммы применение для стартовой терапии схем: тиенам или меронем, ванкомицин + метронидазол. *Детоксикационная терапия.* Помимо общепринятой инфузионно-трансфузионной терапии, включение в комплекс лечебных мероприятий сеансов гемофильтрации, гемодиализации, плазмафереза (Fresenius 4008 и Multifiltrat). *Иммунотропная терапия.* Нами применялись из иммуноглобулинов — сандоглобулин, из медиаторов иммунитета — ронлейкин. Контрольные имму-